

**UN SISTEM SANITAR CENTRAT PE
NEVOILE CETĂȚEANULUI**

**Raportul Comisiei Prezidențiale pentru analiza și elaborarea
politicilor din domeniul sănătății publice din România**

București, 2008

COMISIA PREZIDENTIALĂ PENTRU ANALIZA ȘI ELABORAREA POLITICILOR
DIN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE DIN ROMÂNIA

***Prof.dr.Cristian Vlădescu** - președinte, profesor Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara*

***Prof.dr.Oliviu Pascu** - membru, profesor Universitatea de Medicină și Farmacie, Cluj*

***Prof.dr.Vasile Astărăstoai**e – membru, Președintele Colegiului Medicilor din România*

***Prof.dr.Ion Verboncu** – membru, profesor Academia de Studii Economice, București*

***Prof.Rodica Anghel** – membru, profesor Institutul Oncologic, București*

***Conf.dr.Alin Stănescu** – membru, conferențiar Universitatea București, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului, București*

***Dr.Geza Molnar** – membru, șef secție epidemiologie-sănătate publică, Institutul de Sănătate Publică, Cluj*

***Dr.Victor Olsavszky** - membru, Reprezentant Birou Organizația Mondială a Sănătății pentru România*

***Cezar Irimia** – membru, Vicepreședintele Federației Asociațiilor Bolnavilor de Cancer din România*

CUPRINS

PREAMBUL	6
I. FINANȚAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE	15
- Situația actuală	15
- Nivelul de finanțare	15
- Sursele și modalitățile de colectare a fondurilor destinate sănătății	16
- Metodele de alocare a fondurilor în sănătate.....	17
SOLUȚII	
- Creșterea nivelului de finanțare pentru sectorul de sănătate din România	18
- Dezvoltarea unui sistem de alocare a resurselor în sănătate bazat pe criterii transparente și pe evidențe medicale	19
- Introducerea și susținerea mecanismelor de plată bazate pe eficiența și calitatea actului medical	20
II. ORGANIZAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE	21
- Situația actuală	22
SOLUȚII	
- Reorganizarea sistemului cu descentralizarea organizațională și decizională	24
- Dezvoltarea sistemului de asigurare a calității în sănătate.....	26
- Reconfigurarea sistemului informațional din sectorul de sănătate	28
III. ÎMBUNĂTĂȚIREA ASISTENȚEI SPITALICEȘTI	30
- Situația actuală	31
SOLUȚII	
- Restructurarea și reorganizarea serviciilor spitalicești	34

- Descentralizarea managementului spitalicesc și înființarea unor agenții spitalicești județene care să asigure coordonarea serviciilor spitalicești la nivel județean	35
- Diversificarea și utilizarea de noi metode de finanțare a serviciilor spitalicești care să aibă ca bază performanța și calitatea serviciilor oferite pacienților	36
- Dezvoltarea de noi modele de management pentru asigurarea continuității în îngrijirea bolnavului în condiții de eficiență terapeutică și economică	37
IV. POLITICA MEDICAMENTULUI.....	37
- Situația actuală	38
SOLUȚII	
- Îmbunătățirea procesului de stabilire a componenței listei de medicamente compensate	41
- Modificarea regulilor de compensare și de stabilire a prețului pentru asigurarea utilizării cost-eficientă a resurselor publice	42
- Dezvoltarea unui sistem de monitorizare a prescrierii și eliberării de medicamente și corelarea acestuia cu stimulente pentru utilizarea rațională a medicamentelor	43
V. ÎNTĂRIREA ASISTENȚEI PRIMARE.....	45
- Situația actuală	45
SOLUȚII	
- Dezvoltarea echipelor de asistență primară multidisciplinară	48
- Îmbunătățirea alocării resurselor la nivelul asistenței primare, concomitent cu eficientizarea utilizării lor și integrarea serviciilor de sănătate	49

- Majorarea semnificativă a resurselor destinate dezvoltării asistenței primare, în domenii precum resurse umane, infrastructură fizică, sisteme informatice și de comunicare, echipamente și aparatură medicală	51
VI. RESURSELE UMANE DIN SĂNĂTATE	52
- Situația actuală	52
SOLUȚII	
- Elaborarea unor politici sectoriale coerente de formare, dezvoltare și alocare a resurselor umane în sănătate	57
- Creșterea disponibilității resurselor umane în sectorul de sănătate din România	58
- Stimularea dezvoltării carierei profesionale în domeniul medical	61
VII. CONCLUZII	62
ANEXA 1 - <u>Indicatorii stării de sănătate din România în context internațional</u>	
ANEXA 2 - <u>Lista documentelor de lucru</u>	

PREAMBUL

Aderarea României la Uniunea Europeană a făcut ca starea de sănătate și serviciile sanitare oferite la nivelul țărilor membre ale Uniunii Europene să devină cadru de referință și pentru cetățenii din România.

Datele disponibile arată că un copil care s-a născut în România în anul 2007 are de 6 ori mai mari șanse de a deceda înainte primei sale aniversări, în comparație cu un copil născut în aceeași perioadă în Suedia și de aproape 3 ori mai mare decât unul născut în Ungaria. În același timp, afecțiunile care în multe state ale UE sunt aproape eradicate continuă să afecteze un număr mult prea mare de români, mai ales dintre acelea care pot fi prevenite și controlate printr-un sistem sanitar public eficient și aici se află atât multe dintre bolile transmisibile, precum și multe alte afecțiuni. Spre exemplu: incidența hepatitei B este dublă față de media UE, România are cea mai mare incidență a tuberculozei din UE, iar femeile din România au cea mai mare rată a decesului prin cancerul de col uterin, riscul de deces prin această afecțiune fiind de peste 10 ori mai mare în România decât în țări precum Franța sau Finlanda și de 3-4 ori mai mari decât în Slovacia sau Cehia, deși această formă de cancer este actualmente ușor de prevenit și de vindecat prin depistarea precoce. Referindu-ne la mortalitatea evitabilă, adică acele afecțiuni care pot fi tratate de către un sistem de sănătate funcțional, datele statistice plasează România într-o situație și mai dificilă: aproape jumătate din decesele la bărbați și peste o treime din cele la femei puteau fi evitate¹. Altfel spus, datorită disfuncțiilor sistemului sanitar în România mor anual peste 60 000 de oameni, în fiecare an „dispărând” populația echivalentă a unui oraș de talia Sloboziei sau Giurgiului.

În același timp, o nouă provocare este pusă de către forța de muncă din sectorul sanitar, libertatea de mișcare câștigată odată cu intrarea în UE accentuând decalajul față de situația dificilă deja existentă, când România avea cu aproape o treime mai puțin personal medical la 1000 de locuitori față de media UE, având cel mai mic număr de doctori, dentiști, asistenți medicali sau farmaciști, raportat la populație, din UE.

În aceste condiții, sistemul de sănătate românesc continuă să se bazeze pe asistența spitalicească ca principală metodă de intervenție, România înregistrând în continuare una dintre cele mai mari rate de spitalizare din UE și una dintre cele mai ridicate din lume. De asemenea, accesul la medicamente, în special pentru categoriile defavorizate, rămâne o problemă perpetuă pentru pacienți, epuizarea medicamentelor compensate în primele zile ale unei luni ajungând să fie considerată o situație cvasi-normală, așa cum se întâmplă de altfel și la nivelul multor spitale.

¹ Health Status and Living Conditions in an Enlarged Europe, *Monitoring Report prepared by the European Observatory on the Social Situation - Health Status and Living Conditions Network*, European Commission, Directorate-General "Employment, Social Affairs and Equal Opportunities", 2006

În acest context nu este surprinzător că, deși eforturile financiare ale statului român au crescut considerabil, atât în cifre absolute cât și procentual, aproape toate veniturile și cheltuielile dublându-se în ultimii patru ani pentru aproape toate categoriile de servicii medicale, senzația de lipsuri din sistem continuă să persiste și să se acutizeze.

Nu doar comparația cu alte state ale UE arată situația îngrijorătoare a sănătății și a sistemului de sănătate din România, dar și comparația între diferite regiuni ale țării și între diferite grupuri populaționale arată discrepanțe majore atât în accesul la servicii de sănătate cât și în ceea ce privește indicatorii sanitari; există astfel zone ale României în care numărul personalului medical este mult sub jumătate din media națională, iar accesul la serviciile medicale de bază este puternic restricționat, mediul rural continuând să fie în cea mai dificilă poziție din acest punct de vedere.

Dacă analizăm global performanța sistemului sanitar românesc în contextul internațional și ținând cont de conceptul de performanță al OMS², care se axează în jurul a trei piloni fundamentali: 1.ameliorarea sănătății; 2.creșterea capacității de răspuns față de așteptările populației; 3.asigurarea echității în ceea ce privește contribuția financiară – constatăm că România se situează pe locul 99 la nivel mondial, după țări ca Albania (55), Slovacia (62), Ungaria (66), Turcia (70), Estonia (77).

Tab. 1 Performanța sistemelor de sănătate (O.M.S., 2000)

POZIȚIE	ȚARĂ	POZIȚIE	ȚARĂ
1	FRANȚA	48	CEHIA
2	ITALIA	50	POLONIA
5	MALTA	58	COREEA DE SUD
9	AUSTRIA	55	ALBANIA
14	GRECIA	62	SLOVACIA
17	OLANDA	66	UNGARIA
18	MAREA BRITANIE	70	TURCIA
25	GERMANIA	77	ESTONIA
30	CANADA	99	ROMÂNIA
34	DANEMARCA	102	BULGARIA
37	S.U.A.	130	FEDERAȚIA RUSĂ
38	SLOVENIA	144	CHINA
43	CROAȚIA	167	COREEA DE NORD
		191	SIERRA LEONE

Pornind de la aceste constatări, Comisia prezidențială pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice, înființată prin decizia Președintelui României, a elaborat o propunere de politică publică de sănătate care să poată fi utilizată ca punct de pornire în îmbunătățirea funcționării sistemului de sănătate din România.

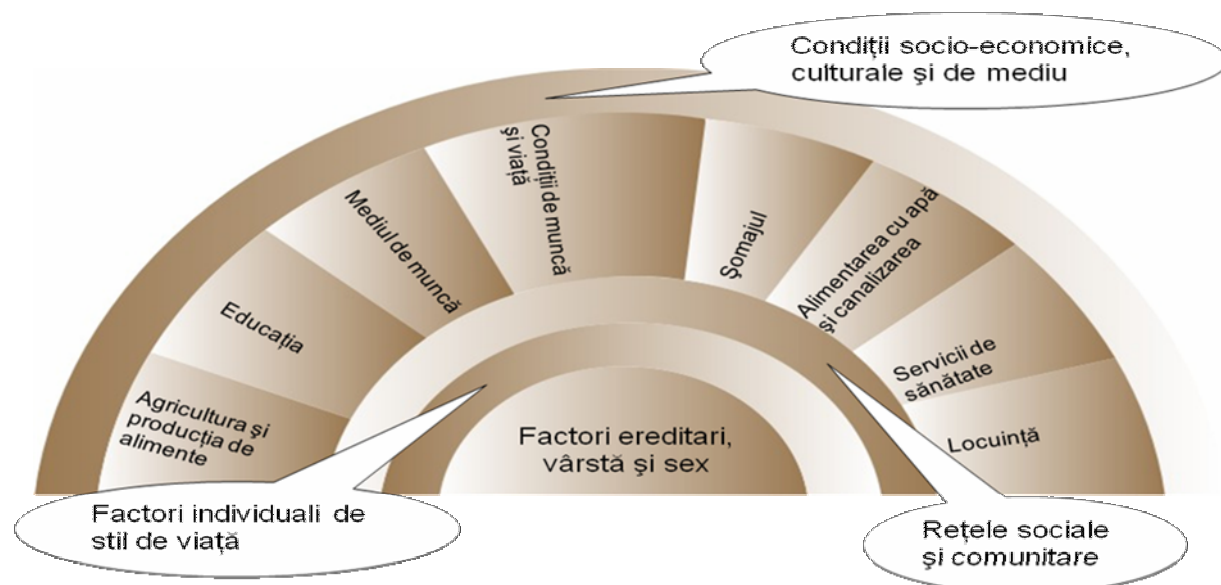
² The World Health Report 2000 - Health systems: Improving performance, WHO, 2000

CONTEXTUL GENERAL

Prezenta Strategie a avut în vedere conceptul de sănătate așa cum a fost el definit de către Organizația Mondială a Sănătății, respectiv drept „stare de bine fizic, psihic și social și nu doar de absența bolii”.

Figura de mai jos prezintă principalii determinanți de care autoritățile trebuie să țină cont pentru îmbunătățirea sănătății populației.

Determinanții sănătății



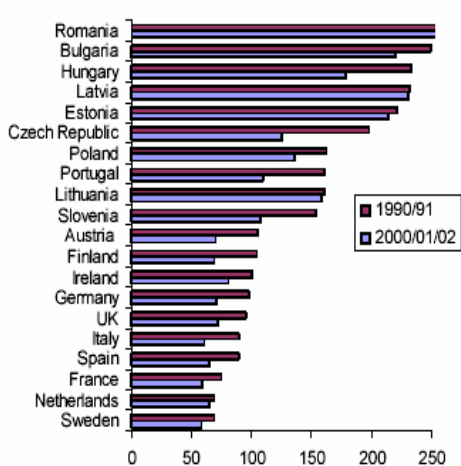
Vârsta, sexul și caracteristicile ereditare sunt considerate ca determinanți de bază ai stării de sănătate. Aceștia sunt însă factori asupra cărora indivizii au control redus. Rețelele sociale și ale comunităților în care este inclusă și familia, joacă un rol considerabil în sănătatea indivizilor. Adeseori prin structurile locale se asigură servicii indivizilor sau comunităților prin care aceștia primesc informații în legătură cu sănătatea și serviciile de sănătate. Astfel, ei primesc sprijinul necesar pentru a juca un rol activ în îmbunătățirea propriei sănătăți. Alți determinanți ai stării de sănătate includ: învățământul, munca, condițiile de viață, condițiile de muncă, agricultura, producția de alimente, apa și igiena, precum și serviciile de sănătate.

În România, așa cum arată evidențele, factorii comportamentali cu impactul cel mai puternic asupra stării de sănătate sunt: fumatul, consumul de alcool, consumul de droguri, dieta și inactivitatea fizică. Conform constatărilor Eurobarometrului UE din 2007, în România există peste 5 milioane de fumători. Dintre aceștia, anual mor aproximativ 38 de mii de persoane din cauza afecțiunilor cauzate ca urmare a consumului de tutun, majoritatea dintre aceștia decedând înainte de a împlini vârsta de 65 de ani.

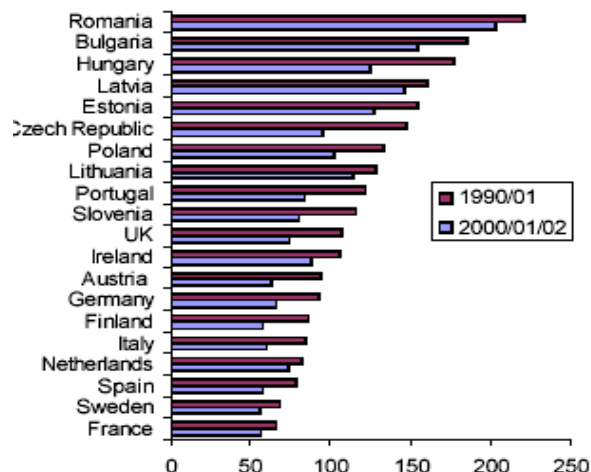
Ca atare, a atinge întregul potențial de sănătate nu depinde numai de furnizarea serviciilor de sănătate. Mulți alți factori, și de aceea mulți indivizi, grupuri, instituții publice sau private

trebuie să joace un rol în efortul general de a crește starea de sănătate și de a atinge potențialul de sănătate al unei națiuni.

Din punct de vedere al stării de sănătate, populația României prezintă unii dintre cei mai defavorabili indicatori din întreaga zonă europeană, nu doar de la nivelul UE. (Anexa I). Datele de morbiditate și mortalitate prezintă un amestec de indicatori specifici țărilor dezvoltate, mortalitate prin boli cardio-vasculare, creșterea bolilor neoplazice, cu indicatori specifici mai ales în țările în curs de dezvoltare, precum recrudescența bolilor infecțioase, de la tuberculoză la cele cu transmitere sexuală. Astfel, deși prezintă o ușoară îmbunătățire, speranța medie de viață de 71,7 ani, continuă să fie printre cele mai scăzute din regiune. Indicatorii de mortalitate infantilă și mortalitate maternă, care au o puternică corelare cu performanța sistemului de sănătate, plasează în continuare România pe ultimele locuri în Uniunea Europeană. Principalele cauze de deces în România sunt reprezentate de bolile aparatului cardiovascular, urmate de tumori, boli digestive, leziuni traumatice, otrăviri și boli ale aparatului respirator. De remarcat că, spre deosebire de tendința de reducere a mortalității cauzate de bolile cardiovasculare din vestul UE, în România se înregistrează o puternică tendință de creștere a acesteia. În ceea ce privește decesele atribuibile afecțiunilor maligne, chiar dacă frecvența acestora este sub media UE, se remarcă decesele evitabile precum cele în cazul cancerului de col, aspect ce reprezintă un indicator direct al inadecvării sistemului sanitar la nevoile reale ale populației. Se poate astfel constata că în România modelele de morbiditate și mortalitate au suferit modificări importante în ultimele decenii, în sensul creșterii prevalenței bolilor cronice și a mortalității din aceste cauze, în contextul creșterii ponderii populației vârstnice, asociată cu acțiunea multiplă a factorilor de risc biologici, de mediu, comportamentali și cu influența condițiilor socio-economice și de asistență medicală. Analizele UE referitoare la decesele evitabile datorate sistemului sanitar arată, conform celor două grafice de mai jos, că Romania ocupă primul loc în UE, atât la mortalitatea la femei cât și la bărbați; mai mult, dacă tendința în acest domeniu este de scădere semnificativă în toate celelalte țări ale UE, în Romania aceasta este fie redusă (la femei), fie staționară (la bărbați).



Mortalitatea evitabilă bărbați, decese %oo.ooo loc.



Mortalitatea evitabilă femei, decese %oo.ooo locuitori

Nu doar comparațiile în ceea ce privește indicatorii stării de sănătate sunt defavorabili, ci și cei care se referă la accesul la servicii de sănătate de bază la care România prezintă unii dintre

cei mai reduși indicatori, la aspecte precum numărul de medici, farmaciști sau asistenți raportat la populație, ca și numărul de consultații pe locuitori. Disparitățile în ceea ce privește starea de sănătate și accesul la servicii de sănătate nu se referă însă doar la comparațiile cu alte țări, ci și la diferite regiuni și zone din România. Cea mai mare discrepanță se întâlnește în mediul rural, unde numărul personalului medical în general și al medicilor în special este de câteva ori mai mic decât în urban, același lucru fiind evident și pentru diferite instituții medicale, de la farmacii la spitale și centre de sănătate.

Sistemul sanitar răspunde în continuare ineficient problemelor majore de sănătate ale românilor, modelul actual punând accentul pe asistență curativă și preponderent pe cea spitalicească, în defavoarea celei ambulatorii și de asistență primară. Cu jumătate din populație care locuiește în mediul rural, unde spitalele funcționale sunt practic inexistente, acest aspect duce la probleme majore în accesibilitatea la servicii de sănătate de bază.

Finanțarea sistemului sanitar continuă să fie neadecvată și utilizată într-un mod ineficient. În ciuda unei creșteri a ponderii cheltuielilor totale pentru sănătate din PIB, nivelul de finanțare a sistemului de sănătate din România rămâne scăzut în context european, mai ales având în vedere lunga perioadă de subfinanțare cronică și lipsă de investiții din sănătate. Pe lângă subfinanțare se poate vorbi de o utilizare arbitrară a resurselor; alocarea resurselor între diferite regiuni, între diferite tipuri de servicii de sănătate și între diferite instituții de sănătate este ineficientă și inechitabilă. Nu se realizează și nu se utilizează studii de cost-eficiență pentru alocarea resurselor; alocarea acestora nu se face în mod transparent nefiind bazată pe criterii clare și constant utilizate. Această situație, coroborată cu lipsa unor criterii clare și coerente de performanță la nivelul instituțiilor de sănătate face dificilă implementarea unor sisteme de management eficiente care să recompenseze managerii eficienți.

Există un acces redus, marcat de inechități, la servicii sanitare de calitate, principalele diferențe fiind înregistrate între mediul rural și cel urban. Rata brută a mortalității a fost în mediul rural de aproape 2 ori mai mare decât în mediul urban, atât din cauza unui grad mai mare de îmbătrânire a populației, dar și datorită unor curențe în asigurarea serviciilor de sănătate necesare. Asigurarea populației din mediul rural cu medici este de peste 3 ori mai mică față de rata medie a asigurării cu medici în mediul urban, existând aproape 100 de localități fără niciun medic. În același timp, există importante diferențe de acoperire regională, zonele cel mai slab acoperite cu personal medical în mediul rural fiind cele din Nord și Est.

Managementul resurselor umane din sectorul sanitar este deficitar, în condițiile în care comparativ cu țările europene, nivelul asigurării populației din România cu medici și cadre medii sanitare este inferior mediilor europene. În afară de distribuția teritorială neuniformă a personalului medical se mai remarcă și insuficiența personalului de specialitate mai ales pentru sectoarele preventive, medico-sociale, sănătate publică și managementul îngrijirilor de sănătate, pondere inadecvată a personalului auxiliar, concentrarea personalului medical în zonele urbane și în spitale. Alte probleme se referă la lipsa stimulentei pentru alegerea carierei medicale și a susținerii specialiștilor tineri, slaba organizare a procesului de formare continuă și postuniversitară a medicilor, nivelul scăzut al salariilor și lipsa de legătură între performanță medicală și veniturile realizate oficial etc. Toate aceste aspecte relevă disfuncții majore la nivelul procesului de planificare și formare a personalului medical, aspecte ce țin de mai multe instituții care nu au politici coordonate coerente în domeniu. Concomitent, modelul educațional din

sănătate are o performanță redusă, nici una dintre instituțiile medicale românești neaflându-se în primele 500 din lume, în nici unul dintre clasamentele importante existente.

Altă problemă o reprezintă lipsa de integrare a serviciilor de sănătate în cadrul sistemului astfel încât să se asigure continuitatea îngrijirilor. Sistemul de sănătate din România funcționează cu sectoare independente unul de celălalt. Asistența primară nu are legături funcționale cu cea spitalicească, iar cea de promovare a sănătății și de prevenire a îmbolnăvirilor cu cea curativă. Modelul care presupune specializarea serviciilor și absența echipelor interdisciplinare conduce și el la neinclusiunea pacienților într-o abordare integrată. Sistemul de stimulente în funcțiune nu încurajează în niciun fel abordarea integrată a îngrijirilor, iar acest lucru nu face decât să fie în defavoarea pacientului. În acest context serviciile de îngrijire de lungă durată, cele de îngrijire la domiciliu, ca și serviciile sociale sunt slab dezvoltate, neexistând astfel, alternative viabile la o parte din serviciile spitalicești care ar putea fi astfel preluate de instituții mai eficiente.

Managementul deficitar al informațiilor din sănătate, în condițiile existenței mai multor sisteme paralele de informații coordonate și controlate de către proprietari diferiți (Ministerul Sănătății Publice și unitățile subordonate, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, spitale, cabinete particulare, institute de cercetare și învățământ, etc.), acompaniată de absența unor standarde (definiții, indicatori, codificări, nomenclatoare, etc.), a condus la duplicarea raportărilor, la apariția unor incoerențe a datelor, la pierderea sau chiar inaccesibilitatea unor informații, cu impact major asupra funcționalității sistemului sanitar. Lipsa unui sistem funcțional al informațiilor în sănătate face imposibilă și existența unui sistem viabil de asigurare a calității serviciilor de sănătate la toate nivelurile asistenței de sănătate.

Colaborarea intersectorială este inadecvată, relevată și de nivelul ridicat al determinantilor de altă natură decât serviciile de sănătate care au impact negativ asupra stării de sănătate a populației din România și pentru care nu există programe dezvoltate și acțiuni eficiente. Evaluarea impactului politicilor altor sectoare asupra stării de sănătate, un instrument deosebit de util și insistent recomandat de către organizațiile internaționale, nu este practică în România, neexistând o reglementare legislativă în acest sens, neexistând evaluatori specializați, iar comunicarea cu alte sectoare fiind greoaie.

PRINCIPII

Dezvoltarea strategiei s-a bazat pe patru principii: **echitate, calitate, responsabilitate și centrarea pe pacienți/cetățeni**; toate aceste principii au fost în diferite grade, asumate și acceptate de toate guvernările post 1990, ele fiind în același timp în concordanță cu toate acordurile și documentele internaționale la care România este semnatară.

Echitatea

”Fiecare individ trebuie să aibă oportunități juste de ași atinge întregul potențial de sănătate, nimeni nu trebuie să fie dezavantajat în atingerea acestui potențial, dacă acest lucru poate fi evitat. Inechitățile se referă la diferențele în sănătate care nu sunt numai necesare și evitabile dar, în plus, sunt considerate și injuste.” (Health 21, WHO³)

³ World Health Organization (1999), Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region, European Health for All Series, No. 6, Copenhagen.

Echitatea înseamnă că: sunt abordate inegalitățile din sănătate iar oamenii sunt tratați corect în funcție de nevoi. Cetățenii care fac parte din grupurile cu nivel socio-economic mai scăzut suferă o povară disproporțională a îmbolnăvirilor. Principiul echității recunoaște că factorii sociali, de mediu și cei economici, inclusiv lipsurile, educația, condițiile de trai și nutriția afectează atât starea de sănătate a individului, cât și abilitatea acestuia de a accesa serviciile. Accesul la îngrijiri de sănătate trebuie să fie astfel construit încât sistemul să răspundă la nevoile oamenilor mai curând decât să acorde acces în funcție de localizarea geografică, apartenența culturală sau abilitatea de a plăti. Perceperea unei lipse de corectitudine și tratament egal sunt în centrul multor plângeri făcute împotriva sistemului existent. Îmbunătățirea echității accesului va îmbunătăți sănătatea prin asigurarea că oamenii știu la ce servicii au dreptul, cum să le obțină și că barierele financiare sau de altă natură în calea primirii acestor servicii sunt mult reduse, dacă nu eliminate total. Echitatea va trebui să stea în centrul dezvoltării tuturor politicilor publice pentru a reduce diferențele în starea de sănătate, diferențe care se regăsesc de-a lungul întregului spectru social al României. Aceste politici vor asigura accesul echitabil la servicii bazate pe nevoi.

Centrarea sistemului pe cetățean

Sistemul de sănătate românesc trebuie să devină unul care ajută oamenii să fie mai sănătoși, un sistem care este corect, în care oamenii să aibă încredere și care este acolo când e nevoie de el. Modul în care serviciile de sănătate sunt furnizate în cadrul sistemului trebuie personalizat. Indivizii diferă în multe moduri, inclusiv în ceea ce privește cunoștințele și capacitățile lor de a înțelege sistemul sau propria stare de sănătate. Indivizii au nevoi și preferințe diferite, iar serviciile trebuie adaptate acestor diferențe. Acest lucru înseamnă că:

- serviciile trebuie organizate, localizate și accesate în așa fel încât să se țină cont de nevoile și preferințele comunităților pe care le deservesc;
- sistemele sociale și de sănătate trebuie să fie capabile să asimileze diferențele preferințelor pacienților și să încurajeze procesul de luare în comun a deciziilor;
- consumatorului să i se dea un control mai mare, dar și o responsabilitate mai mare pentru propria sănătate;
- consumatorii trebuie să aibă acces la informații de mare calitate în ceea ce privește sănătatea pentru a beneficia total de sistemul social și de sănătate și pentru a putea participa la deciziile legate de propria lor sănătate. Informațiile de calitate disponibile stimulează alegerea informată și sporesc șansele de menținere sau recăpătare a stării de sănătate;
- o implicare sporită a consumatorului ca și partener în planificare și evaluare, reprezintă o componentă importantă în promovarea transparenței și responsabilizării în sistemul de sănătate.

Un sistem de sănătate centrat pe om este un sistem al viitorului care va avea structuri dinamice și integrate care se vor putea adapta diverselor și schimbătoarelor nevoi de sănătate ale societății în general și ale indivizilor în particular. Aceste structuri vor împuternici oamenii pentru a participa activ în luarea deciziilor în ce privește propria lor sănătate.

Calitatea

Câștigarea încrederii populației în sistemul de sănătate presupune garantarea calității.

Calitatea în sănătate înseamnă că:

- sunt stabilite standarde bazate pe dovezi în parteneriat cu consumatorii și sunt validate extern;
- îmbunătățirea continuă este o valoare recunoscută și acceptată a sistemului de sănătate.

Oamenii doresc să știe că serviciile și îngrijirile pe care le primesc se bazează pe cea mai bună practică și pe evidențe și că îndeplinesc standardele aprobate și certificate. Îmbunătățirea calității în sistemul de sănătate necesită implementarea ghidurilor internațional recunoscute bazate de evidențe, educație continuă și angajamentul instituțiilor medicale și a profesiilor medicale în acest demers. Garantarea calității presupune ca deficiențele sistemului să fie identificate, corectate și progresul în acest domeniu monitorizat. Nu este suficientă doar stabilirea și atingerea standardelor. Doar dezvoltarea unei culturi a calității în tot sistemul de sănătate poate asigura furnizarea unor servicii omogene, de înaltă calitate și integrate atât la nivel local, regional și național. Acest lucru implică o abordare interdisciplinară și o evaluare continuă a sistemului folosind tehnici precum auditurile clinice. De asemenea, calitatea înseamnă că sistemul informațional trebuie să aibă capacitatea de a asigura feedback profesioniștilor precum și consumatorilor în ceea ce privește calitatea serviciului prestat și primit. Calitatea este unul dintre principiile de bază care stau la fundamentul strategiei de sănătate. Puținele inițiative în domeniul calității care au avut loc până în acest moment nu au reprezentat o componentă a unui plan general coordonat. Este timpul de a încadra calitatea în mod deliberat în sistemul de sănătate prin programe comprehensive și coordonate la nivel național și local.

Responsabilizare

Responsabilizarea include responsabilități financiare, organizaționale și profesionale care vor fi incluse în toate capitolele strategiei.

Responsabilizarea este cu atât mai eficientă cu cât se realizează mai aproape de locul în care oamenii beneficiază, sau nu, de deciziile luate. De aceea un corolar al responsabilității este descentralizarea organizațională și decizională, ori de câte ori este posibil. Modele de planificare și evaluare mai bune trebuie să demonstreze că resursele existente sunt utilizate în mod cât mai eficient posibil. Întărirea și clarificarea responsabilității, precum și mecanismele de măsurare vor necesita acțiuni pe mai multe fronturi. În plus, astăzi profesioniștii din domeniul medical funcționează într-un mediu mult mai solicitant. Ghidurile bazate pe dovezi, standarde profesionale mai înalte, cerințe tot mai mari ale organizațiilor din sistemul de sănătate, precum și așteptările și drepturile pacienților sunt doar câteva din cerințele la care profesioniștii din domeniul sanitar ar trebui să răspundă într-un sistem de sănătate modern. Acesta este un alt aspect al responsabilizării care trebuie sprijinit și întărit.

SOLUȚII

Așa cum am arătat anterior sănătatea este influențată și condiționată de o multitudine de factori, mulți aflați în afara sistemului de servicii de sănătate. Abordarea tuturor problemelor ce țin de acești factori ar fi trebuit practic să se adreseze tuturor sectoarelor socio-economice cu impact asupra sănătății. Cum acest aspect ar fi făcut practic inaplicabilă o strategie de sănătate, Comisia a decis să selecteze și să se concentreze pe acele zone de intervenție capabile, pe de-o parte, să ducă la rezultate concrete într-un termen mediu de timp și, pe de altă parte, zone care sunt – sau ar trebui să fie - în cea mai mare măsură sub influența autorităților de sănătate din România. În același timp Comisia a ținut cont și de factorii majori determinanți ai stării de sănătate, recomandând intervenții pentru acele zone care pot fi în mod nemijlocit influențate prin politici de sănătate.

Pentru a răspunde disfuncțiilor din sistemul sanitar Comisia a identificat 6 arii majore asupra cărora ar trebui să se intervină:

- Finanțarea sistemului de sănătate
- Organizarea sistemului de sănătate
- Politica Medicamentului
- Asistența Primară
- Serviciile Spitalicești
- Resursele Umane

Pentru fiecare dintre aceste domenii este realizată o analiză detaliată a situației prezente cu principalele disfuncții identificate și cu recomandările ce ar putea duce la soluționarea respectivelor probleme. În elaborarea recomandărilor, Comisia a avut în permanență în vedere principiile care stau la baza strategiei, astfel încât să poată fi atins **obiectivul principal** al sistemului sanitar adică **îmbunătățirea stării de sănătate a populației din România și accesul echitabil la servicii de sănătate** care ar trebui să fie:

- *sigure* (să evite vătămarea pacienților de către serviciile medicale care ar trebui să îi ajute);
- *eficace* (serviciile să fie bazate pe cunoștințe științifice pentru toți cei care ar putea beneficia și să se restrângă furnizarea de servicii celor care cel mai probabil nu vor avea un beneficiu, se evită astfel atât suprautilizarea cât și subutilizarea);
- *prompte* (să reducă timpii de așteptare și întârzierile atât pentru cei care primesc cât și pentru cei care oferă servicii medicale);
- *eficiente* (să evite pierderile, inclusiv pierderi de echipament, idei și energie).

I. FINANȚAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

Modul în care un sistem funcționează este determinat în mod esențial de felul în care este finanțat și organizat, inclusiv în ceea ce privește colectarea și utilizarea fondurilor. Cum cele două aspecte nu pot fi separate dar, mai ales în cadrul sistemului de sănătate din România, prezintă unele aspecte specifice, ele vor fi tratate distinct ținând însă cont de strânsa lor intricare în funcționarea sistemului de sănătate.

Situația actuală

Aspectul finanțării sistemului de sănătate a fost unul dintre cele mai dezbătute și controversate subiecte în ultimii 18 ani. Pentru a avea o imagine de ansamblu a acestei componente a sistemului sanitar trebuie avute în vedere următoarele aspecte:

- nivelul de finanțare;
- sursele și modalitățile de colectare a fondurilor și
- metodele de alocare a fondurilor în sănătate.

Nivelul de finanțare

Cheltuielile din sectorul sanitar au fost în România în mod tradițional scăzute, în comparație cu media europeană și chiar a fostelor țări socialiste. Una din explicații este legată de considerarea sectorului sanitar drept unul neproductiv și prin urmare cu o prioritate redusă în alocările bugetare. În plus numărul redus de personal medical, în special al medicilor a dus la cheltuieli scăzute în acest sector prin două mecanisme. Mai întâi, cheltuielile de personal reprezintă principala cheltuială în orice sistem de sănătate – iar numărul redus al personalului sanitar din România a făcut ca bugetul total să fie redus – și în al doilea rând, consumul și consecutiv cheltuielile medicale sunt influențate/determinate de recomandările personalului medical, în special al medicilor. Un număr redus al personalului medical duce și el la o reducere a consumului medical și concomitent la o pondere scăzută a bugetului sanitar în PIB. După 1990 această situație s-a menținut, chiar dacă numărul personalului sanitar a crescut în cifre absolute, el rămânând mult sub media UE raportată la populație. Cu toate acestea, în ultimii ani bugetele sanitare au crescut atât în cifre absolute, de la circa 90 Euro/locuitor la peste 200 Euro/locuitor în ultimii ani, cât și ca pondere în PIB de la cca. 3% la peste 4% în aceeași perioadă de timp. În ciuda acestei creșteri, România continuă să fie pe unul dintre ultimele locuri din UE în ceea ce privește resursele alocate sănătății. Ținând cont de perioada îndelungată de finanțare redusă și, în același timp, de tendințele demografice - cu o populație care îmbătrânește - și cele de morbiditate și mortalitate – cu una dintre cele mai precare stări de sănătate din Europa -, o așteptare rezonabilă ar fi aceea că cheltuielile pentru sănătate pe locuitor să fie crescute cel puțin pentru o perioadă medie de timp, iar acest lucru ar trebui reflectat în proiecțiile bugetare multianuale.

Cu toate acestea, actualele proiecții din Cadrul fiscal al cheltuielilor pe termen mediu – MTEF - pentru cheltuielile publice în sectorul de sănătate proiectează o reducere a cheltuielilor pentru sănătate, de la 3,3% din PIB în 2006, la 2,5% din PIB în 2009 în principal datorită

creșterii PIB-ului⁴. În același timp propunerea de buget pentru 2009, arată de facto o reducere a bugetului pentru sănătate de la 4,1% din PIB în 2008 la 3,9 % din PIB în 2009. Acest aspect este în contradicție nu doar cu necesitățile naționale în domeniu, ci și cu experiența majorității țărilor din UE și OCED care sugerează că procentul din PIB cheltuit pentru sănătate tinde mai curând să crească, decât să scadă, o dată cu creșterea PIB-ului.

Sursele și modalitățile de colectare a fondurilor destinate sănătății.

În prezent, sursele de finanțare a bugetului public de sănătate sunt reprezentate de: bugetul de stat, bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUAS), bugetele locale, veniturile proprii, creditele externe, fondurile externe nerambursabile, donații și sponsorizări. În totalul surselor de finanțare, ponderea o deține Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUAS), cu un procent de 75% în anul 2007. FNUAS este în prezent finanțat din contribuțiile angajaților (5,5% din venitul acestora) și angajatorilor (5,5% din fondul de salarii). De remarcat că contribuțiile pentru FNUAS au scăzut progresiv de la un procent total de 14% în anul 2001 la 11% în 2008. În același timp, trebuie menționat că numărul contribuabililor direcți a scăzut semnificativ în aceeași perioadă de timp, cu circa 4 milioane de persoane în 2007 față de 2000, ajungându-se ca circa 5 milioane de persoane să contribuie la finanțarea unui sistem de care ar trebui să beneficieze în mod egal 22 milioane de cetățeni. Acest fapt s-a datorat excluderii de la plată a diferitelor categorii populaționale, fără însă a aloca concomitent fonduri echivalente care să compenseze aceste scutiri de plată a contribuțiilor de sănătate.

Începând cu anul 2006 alături de veniturile fiscale generale o sursă importantă a bugetului sănătății este reprezentată de taxa pe viciu instituită pe produsele de tutun și alcool. În acest fel, Ministerul Sănătății Publice dispune de un buget semnificativ pentru finanțarea acelor servicii de sănătate publică care nu sunt finanțate de FNUAS. În acest context este de remarcat că în ultimii 2 ani Ministerul Sănătății Publice nu a reușit să cheltuiască integral sumele semnificative pe care le-a avut la dispoziție.

Tot de la bugetul de stat provin și fondurile alocate de ministerele și agențiile cu rețea de sănătate proprie, precum Ministerul Apărării Naționale, Ministerul Internelor și Reformei Administrative, Serviciile de Informații, Ministerul Transporturilor, cu sume mult sub cele ale FNUAS și MS. Același lucru poate fi spus și despre bugetele autorităților locale, unde cheltuielile sanitare se situează printre cele mai reduse categorii bugetare, una din explicații fiind structura actuală a sistemului sanitar, cu influența și, consecutiv, responsabilitatea extrem de redusă a segmentului local al autorităților publice.

O altă sursă importantă de venituri din sectorul de sănătate este reprezentată de **cheltuielile private** ale populației. Acestea la rândul lor pot fi făcute fie prin intermediul **asigurărilor private** de sănătate, fie prin **plata directă** a serviciilor de sănătate. În România asigurările de sănătate private sunt ne semnificative ca procent în totalul cheltuielilor private, cauzele fiind legate de nefinalizarea legislației necesare (deși legislația primară există, elaborarea normelor de

⁴ Conform datelor din *Studiului de politică sectorială România – Sectorul de Sănătate* ECSHD al Băncii Mondiale, 2007

aplicare este întârziată cu peste 2 ani) și de lipsa unui cadru fiscal suficient de stimulat, concomitent cu lipsa unor furnizori privați, în special la nivelul spitalelor care reprezintă cea mai mare cheltuială a sectorului sanitar. În acest context proporția persoanelor care achită direct, din propriul buzunar, serviciile de sănătate este în creștere, iar aceste cheltuieli au crescut și ele, măbind vulnerabilitatea financiară a populației. Se estimează că totalul cheltuielilor private în sănătate în România este între un sfert și o treime din totalul bugetului sanitar, ceea ce reprezintă una dintre cele mai mari contribuții directe din UE. Consecința acestei situații este **reducerea accesului** la serviciile de sănătate necesare, în special a populației cu venituri reduse. Mai mult, studii ale Băncii Mondiale precum cel citat anterior arată că plățile directe pentru serviciile de sănătate, în special pentru tratamentul spitalicesc, oficial și neoficial - au dus chiar la sărăcirea unor persoane. Astfel, numărul total al populației sărace din România în 2004 a crescut cu 2% datorită plăților directe, în timp ce numărul persoanelor aflate în sărăcie extremă a crescut cu 8% datorită sumelor mari pe care au trebuit să le plătească pentru servicii de sănătate pe care sistemul de asigurări de sănătate era conceput, în principiu, să le acopere pentru toate persoanele asigurate.

Metodele de alocare a fondurilor în sănătate

Metodele utilizate pentru alocarea resurselor între diferite **tipuri de servicii de sănătate** (precum asistență primară vs. spitalicească sau asistență curativă vs. promovarea sănătății), între **diferite zone** ale țării (diferite județe sau localități) și între diferite **instituții de sănătate** sunt vitale pentru a asigura atât echitatea funcționării sistemului sanitar, cât și pentru a stimula direcția către care dorim să se îndrepte sistemul sanitar.

La ora actuală criteriile care stau la baza alocării resurselor, în special a celor legate de investiții, sunt neclare la nivelul autorităților responsabile. Nu există publicate elemente și criterii de alocare a resurselor transparente și bazate pe evidențe. Alocarea subiectivă și lipsită de mecanisme de măsurare a performanței investiționale duce la situația în care resursele disponibile limitate sunt utilizate ineficient, cu impact direct asupra stării de sănătate a populației. Mai mult, perpetuarea acestor mecanisme are loc de la nivel național până la nivelul unităților sanitare, unde alocarea resurselor între diferitele secții și compartimente este deseori la fel de impredictibilă și ineficientă. Sunt astfel descrise numeroase situații în care au fost achiziționate echipamente costisitoare care ulterior stau nefolosite, fie din cauza lipsei de personal fie din cauza lipsei de fonduri pentru instalare sau consumabile, etc.

Lipsa unor asemenea *proceduri și criterii de alocare clare*, inclusiv din punct de vedere al responsabilității pentru deciziile luate, poate duce nu doar la cheltuieli ineficiente la momentul luării deciziilor, dar și pe termen lung. Un exemplu de acest fel este și investiția anunțată de Ministerul Sănătății Publice pentru construirea a 28 de spitale noi fără a fi prezentate explicit criteriile care au stat la baza deciziilor legate de localizarea, structura, dimensiunea, etc. respectivelor unități. În plus, aceste spitale odată realizate vor necesita fonduri substanțiale pentru funcționare care în lipsa unor proiecții de bugete multianuale nu este clar de unde vor fi redirectionate, fără a discuta de aspectul esențial, i.e. resursele umane necesare. Dacă se are în vedere închiderea unor spitale deja existente, acestea ar fi trebuit nominalizate transparent, concomitent cu măsurile de planificare bugetară care să limiteze investițiile în acele spitale, în special în acele zone care nu pot fi relocate către noile spitale.

Mecanismele de alocare a resurselor trebuie să facă referire și la metodele prin care se stimulează utilizarea resurselor externe sistemului sanitar public. O asemenea abordare se referă la strategiile de privatizare din sănătate care ar trebui să stimuleze acele practici care să permită pacienților să aibă acces la cele mai eficiente servicii de sănătate. În lipsa unei strategii publice de privatizare asumate pentru sectorul sanitar, s-a ajuns la frecvente situații în care s-au privatizat centrele profitabile, rămânând în sectorul public zonele puternic consumatoare de resurse, fără a beneficia nici măcar de investiții private semnificative în sectoarele privatizate sau de o calitate crescută a serviciilor medicale oferite.

SOLUȚII

RECOMANDAREA 1

Creșterea nivelului de finanțare pentru sectorul de sănătate din România.

În mare parte dezbateră publică asupra serviciilor de sănătate se concentrează asupra costurilor crescute. Există într-adevăr îngrijorări justificate în ceea ce privește creșterea cheltuielilor din sănătate atât la nivel național cât și internațional. Contextul corect pentru aceste dezbateri este cel în care **cheltuielile cu sănătatea sunt privite ca și o investiție care aduce beneficii dar și creșteri ale costurilor**. Pe lângă valoarea socială intrinsecă a îmbunătățirii sănătății populației, o sănătate mai bună aduce în mod direct și beneficii economice, ca de exemplu: reducerea absenteismului de la locul de muncă, fapt care conduce la creșterea productivității economice; creșterea speranței de viață și reducerea mortalității premature poate conduce la o perioadă mai lungă a vieții productive sau la participarea la activitățile comunității. De asemenea, o bună calitate a infrastructurii de sănătate poate fi un factor important pentru îmbunătățirea gradului de atractivitate a unor regiuni geografice în contextul dezvoltării industriale și comerciale. Dezbaterile despre cheltuielile din sănătate trebuie să recunoască valoarea economică și socială care rezultă din investiția din sănătate și în personalul din cadrul serviciilor de sănătate.

Ținând cont de cele menționate anterior cât și în analiza situației financiare actuale, este necesară o **creștere continuă și predictibilă** a resurselor financiare alocate sănătății, inclusiv prin generalizarea **bugetelor multianuale**, care să poată duce la recuperarea dezechilibrelor induse de deceniile de subfinanțare anterioare, comparativ cu restul țărilor membre ale UE. Pe termen mediu, în următorii 4 -7 ani alocația pentru sănătate ar trebui să ajungă la nivelul **6% din PIB**.

Aceste fonduri vor trebui să facă față nevoilor de sănătate existente și neacoperite în prezent, nevoilor ce vor apărea ca urmare a îmbătrânirii populației cu creșterea numărului de vârstnici, sporirii cererilor de noi proceduri investigaționale și de tratament apărute prin dezvoltarea rapidă a tehnologiei medicale, ca și nevoilor de investiții în instituțiile de sănătate.

Pentru sporirea sumelor disponibile trebuie regândită **strategia de reducere a contribuțiilor** la FNUAS a populației. Se poate avea în vedere utilizarea unei metode similare cu cea a pensiilor private: procentele reduse din contribuția individuală obligatorie să fie redirecționate către un sistem de asigurări private de sănătate, concomitent cu un regim fiscal stimulator pentru respectivele sume. Dacă la nivel individual 2-3 procente din venituri nu reprezintă o sumă semnificativă, la nivel de sistem aceste sume pot reprezenta - la venitul mediu actual - circa 100

milioane euro disponibili anual suplimentar în sistem (cu această sumă s-ar putea, de exemplu, rezolva toate cazurile de oncologie pediatrică ca și cele de chirurgie a nou-născutului).

Concomitent cu reorganizarea sistemului sanitar, sumele disponibile de la nivelul autorităților locale vor trebui să crească, atât prin transferurile de la nivel central, cât și prin creșterea ponderii veniturilor locale alocate pentru sănătate, în concordanță cu nevoile sanitare și așteptările populației, astfel încât să reprezinte **minimum 5% din bugetul local**.

Pentru revenirea la menirea contributivă a sistemului de asigurări de sănătate, este necesar ca plata contribuțiilor de sănătate - pentru toți cei care sunt scutiți - să fie acoperită din alte surse publice (buget de stat, buget de asigurări sociale etc.) – o estimare în acest sens la nivelul anului 2007 fiind de circa 600 milioane euro anual. Ținând cont de menirea pentru care a fost înființat FNUAS, i.e. finanțarea serviciilor de sănătate ale populației asigurate, trebuie ca toate serviciile ce nu se încadrează în acest concept să fie finanțate din alte surse, sporind astfel și pe această cale resursele disponibile în sistem. În același timp trebuie avută în vedere și îmbunătățirea capacității de colectare a fondurilor specifice pentru sănătate.

Concomitent cu aceste resurse interne, va trebui crescută capacitatea de atragere de **fonduri externe**, în special de la nivelul UE și în special în investiții și infrastructura necesară, iar acest lucru va putea fi realizat cu succes doar prin conlucrarea autorităților centrale cu cele de la nivel local, inclusiv prin crearea de noi instituții care să faciliteze accesarea unor asemenea fonduri.

Având în vedere sumele importante cheltuite în mod direct - oficial și neoficial – de către populație pentru plata unor servicii de sănătate la care ar trebui să aibă dreptul gratuit conform legii, sumele respective ar trebui supuse unor deduceri fiscale anuale, integrale sau parțiale. Acest lucru va reduce pe de o parte povara financiară a pacienților și, în același timp, va permite, prin elaborarea legislației necesare, **fiscalizarea tuturor veniturilor** din sistem. Pentru a putea implementa un asemenea model, introdus de altfel în țări comparabile cu România din punct de vedere al sistemului sanitar (Slovacia), este nevoie de definirea clară a bunurilor și serviciilor medicale ce pot face obiectul unui asemenea demers, precum și al grupurilor populaționale care ar putea fi exceptate – sau a căror contribuție ar trebui suportată din alte fonduri.

RECOMANDAREA 2

Dezvoltarea unui sistem de alocare a resurselor în sănătate bazat pe criterii transparente și pe evidențe medicale

Trebuie subliniat că esența sistemului de sănătate trebuie să fie nivelul serviciilor furnizate și nu nivelul finanțării. De aceea, organizarea și finanțarea sistemului trebuie făcută în așa fel încât să se asigure că fondurile sunt utilizate în cel mai eficient mod care să permită furnizarea unor servicii sanitare de calitate și adecvate nevoilor pacienților. Altfel spus, nu doar nivelul finanțării este important ci și, mai ales, **modul cum sunt utilizate aceste resurse**.

În acest sens, transparența decizională la toate nivelurile în care se alocă resurse publice este esențială pentru eficientizarea și creșterea responsabilității în sistem. Pentru aceasta, trebuie ca la nivelul structurilor decizionale naționale - și cu precădere la nivelul Ministerului Sănătății Publice să se elaboreze și să fie publicate **rapoarte multianuale de finanțare** care să prevadă minimal următoarele elemente:

- obiectivele specifice pentru toate alocările financiare pentru diferite programe și servicii;

- criteriile de alocare a fondurilor la nivel național, regional, județean, local și/sau instituțional; în mod minimal aceste criterii ar trebui să țină cont de distribuția pe grupe de vârstă a populației, morbiditatea locală și nivelul veniturilor, precum și orice factor local specific;
- explicitarea clară a mecanismelor individuale de finanțare.

Toate aceste rapoarte trebuie să prevadă, mai ales în cazul investițiilor importante, modul în care respectivele alocări financiare răspund obiectivelor principale de politică sanitară, respectiv furnizarea echitabilă de servicii de înaltă calitate, accesibile pentru toată populația care are nevoie de ele. Ori de câte ori este posibil, alocarea fondurilor ar trebui făcută pe baze competitive, i.e. prin selectarea acelor proiecte locale sau regionale care răspund cel mai bine priorităților de politică sanitară făcute publice de autorități.

Pentru alocarea resurselor între diferite tipuri de servicii trebuie avute în vedere cu precădere acele servicii care pot contribui cel mai mult la reducerea îmbolnăvirilor și la scăderea ratei deceselor evitabile, cu accentul pus pe alocarea către sectorul de îngrijiri primare și către serviciile de **prevenție și promovare a sănătății**, cu încurajarea celor mai eficiente forme de practică în aceste domenii (vezi secțiunea asistenței primare).

La nivel de instituții medicale alocarea resurselor trebuie să aibă la bază evidențe științifice, dezvoltarea de ghiduri și protocoale clinice fiind o condiție pentru alocarea eficientă a resurselor atât la nivel de secții și departamente, cât și la nivel individual, fiind în același timp esențială și ca mijloc de evaluare și monitorizare a eficienței utilizării resurselor. De asemenea, este necesară dezvoltarea, introducerea și susținerea mecanismelor de **evaluare a calității** actului medical, în lipsa unor asemenea criterii neputându-se face comparații între eficiența diferitelor instituții medicale (în special între spitale, ca principal utilizator de resurse din sistem).

O altă metodă de eficientizare a alocării și utilizării resurselor publice constă în dezvoltarea **de parteneriate** pentru furnizarea de servicii de sănătate, astfel încât fiecare sector, public și privat, să contribuie cu acele practici în care este cel mai eficient. Pentru aceasta este necesară dezvoltarea unei **strategii** privind **practica privată** în sistemul de sănătate, cu clarificarea modului de implicare a sectorului privat în cel public de sănătate. De la specificarea condițiilor în care pot coexista în aceeași instituție pacienți publici și privați, până la modalitățile și zonele care sunt considerate adecvate privatizării. O asemenea strategie implementată cu succes duce pe de o parte, la creșterea eficienței utilizării fondurilor, iar pe de altă parte, la sporirea resurselor publice disponibile în sistem, prin preluarea unor cheltuieli importante, precum cele de investiții, de către sectorul medical privat. Nu în ultimul rând, o asemenea abordare - dacă are succes - poate crea o presiune asupra instituțiilor de sănătate publică, de îmbunătățire a calității serviciilor medicale, prin modelul concurențial oferit de practica privată.

RECOMANDAREA 3

Introducerea și susținerea mecanismelor de plată bazate pe eficiența și calitatea actului medical

În prezent *plata* majorității serviciilor de sănătate furnizate în sectorul sanitar din România **nu ține cont de performanța** actului medical, în special la nivelul unde au loc cele mai multe prestații, i.e. în spitale. Atât medicii cât și restul personalului medical sunt plătiți prin salarii care țin cont în mică măsură de cantitatea și calitatea serviciilor medicale efectuate; în general,

creșterile salariale au avut loc prin introducerea unor stimulente financiare care spun foarte puțin despre activitatea medicală și au legătură cu locul în care se desfășoară aceasta (prime de stabilitate, de localitate izolată, sporuri în funcție de locul de muncă etc.). Cu toate acestea, sistemul DRG prin care sunt finanțate spitalele de către casele de asigurări de sănătate, permite înregistrarea manevrelor medicale efectuate și a gradului de complexitate a acestora, astfel încât includerea unei componente care să reflecte performanța medicală se poate realiza relativ rapid, prin modificarea cadrului legislativ privitor la salarizarea personalului medical.

O altă variantă care ar lega veniturile de prestația medicală presupune posibilitatea personalului medical și în special a medicilor de a încheia contracte de prestări servicii cu mai multe instituții medicale publice, pentru activități specifice. În același timp integrarea serviciilor medicale între asistența primară și cea secundară creează posibilitatea ca personalul medical din ambele sectoare să activeze la cele două niveluri, din nou pe bază contractuală (vezi și secțiunea despre spitale și asistență primară). **Diversificarea serviciilor** oferite, cuplată cu diversificarea **surselor de finanțare** reprezintă o altă oportunitate de corelare a veniturilor cu activitatea medicală. Trebuie spus însă că la ora actuală mare parte din aspectele calitative ale activității medicale sunt practic necunoscute, neexistând un sistem de dezvoltare, implementare și evaluare a calității actului medical; de aceea pentru a putea conecta acest aspect de plată a serviciilor medicale este necesară dezvoltarea unui sistem de asigurare a calității în cadrul sectorului de sănătate din România (vezi și secțiunea privind Agenția Națională pentru Calitate și Informație în Sănătate - ANCIS);

Trebuie menționat că independent de modalitatea de plată a serviciilor de sănătate furnizate, pentru un sistem de plată eficient esențială este corelarea acestuia cu **rezultatele cuantificabile** asupra stării de sănătate a pacienților și asupra populației în general atunci când este vorba de servicii de promovare a sănătății și prevenire a îmbolnăvirilor. În finalul acestei secțiuni Comisia subliniază faptul că doar creșterea sumelor disponibile pentru sănătate nu va fi suficientă pentru furnizarea unor servicii eficiente și de calitate pentru pacienții din România, fără realizarea unor politici concomitente în domenii precum organizarea serviciilor de sănătate sau furnizarea serviciilor medicale.

II. ORGANIZAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

Modul de planificare, organizare și furnizare a serviciilor de sănătate are un impact deosebit asupra sănătății și bunăstării populației. Structurile organizatorice trebuie să fie astfel concepute încât să asigure un sistem sanitar adaptabil, capabil de reacție rapidă, care să răspundă nevoilor populației într-un mod eficient și la costuri rezonabile. Este de la sine înțeles că, luată separat, o anumită structură organizatorică a sistemului sanitar nu poate asigura furnizarea unor servicii eficiente și orientate către pacienți. Este nevoie ca aceste structuri să fie coroborate cu o serie de politici și practici adecvate din alte domenii, ceea ce înseamnă inclusiv o funcție eficientă de resurse umane și o cunoaștere clară a direcției de acțiune. Cadrul reformei organizatorice din prezenta Strategie are drept obiectiv sprijinirea unui proces decizional eficient, bazat pe informațiile disponibile, promovând astfel servicii de cea mai bună calitate.

Situația actuală

Sistemul de sănătate din România are în multe privințe aceleași modalități de funcționare neschimbate în ultimii 30 de ani. În primul rând, sistemul **este construit în jurul administrației centrale** și în subsidiar în jurul personalului medical, pacientul sau reprezentanții acestuia fiind practic lipsiți de orice putere de a influența sistemul pe care ei îl finanțează. Singura modificare majoră a fost introducerea sistemului de asigurări de sănătate, care avea ca scop organizațional clarificarea și întărirea responsabilității principalului cumpărător de servicii de sănătate – Casa Națională pentru Asigurări de Sănătate (CNAS), prin alegerea directă la nivel local a structurilor de conducere; pe această bază structurile locale ar fi avut și **legitimitate și responsabilitate directă** în fața populației, beneficiind și de o largă autonomie în colectarea și gestionarea fondurilor de asigurări de sănătate. Această paradigmă nu a fost însă acceptată politic și ulterior aprobării în Parlament, legea a fost modificată semnificativ, ajungându-se și la nivelul CNAS la un sistem centralizat, controlat practic de către Ministerul Sănătății Publice și Ministerul Finanțelor Publice, cu un grad redus de autonomie și cu neclarități și suprapuneri de roluri cu alte instituții.

În interiorul sistemului de sănătate autoritatea centrală, Ministerul Sănătății Publice (MSP) menține o structură organizatorică, centrală și locală, care are puțină legătură cu nevoile de sănătate ale populației. Astfel, în organigrama Ministerului Sănătății Publice nu se regăsesc distinct structuri care să se ocupe cu ariile care consumă cele mai multe resurse și furnizează cele mai multe servicii medicale din sistem, i.e. spitalele (nu există o direcție pentru asistența spitalicească). În același timp, zone esențiale pentru funcționarea eficientă a unui sistem sanitar modern nu sunt dezvoltate de loc în niciuna dintre structurile Ministerului Sănătății Publice. Astfel, sistemele de asigurare a calității, siguranța pacientului și managementul riscului sunt zone care nu au niciun fel de reprezentare la nivelul structurilor decizionale deși **calitatea actului medical și siguranța pacientului** ar trebui să fie zonele pe care autoritățile sanitare ar trebui să le monitorizeze în mod constant.

O altă zonă de responsabilitate importantă, **alocarea resurselor**, funcționează practic după aceleași metode neschimbate în ultimele decenii. Deciziile în aceste arii sunt luate netransparent și fără a avea la bază **criterii** acceptate, atât la nivel național cât și internațional. Alocarea resurselor publice în sănătate trebuie să țină cont de **evidențele** disponibile pe plan național și internațional, de datele de statistică cantitativă și calitativă, de studii de prevalență și trenduri ale diferitelor patologii etc., concomitent cu încadrarea lor în sistemul de valori politice ale decidenților. Luarea deciziilor fără o bază tehnică și științifică acceptabilă este posibilă și datorită lipsei unor mecanisme de responsabilitate viabile, astfel încât importante resurse din sănătate ajung să fie în multe cazuri utilizate ineficient și discreționar. Asemenea exemple de decizii care au implicat alocarea de importante resurse fără existența unor studii de susținere bazate pe evidențe, sau, în unele cazuri în ciuda unor asemenea studii și recomandări, sunt frecvente, ultimele fiind reprezentate de deciziile de a investi sume uriașe în construirea a numeroase spitale noi (vezi și secțiunile despre alocarea resurselor și spitale) și programul de evaluare a stării de sănătate. Aceasta din urmă reprezintă o abordare neutilizată de niciun stat dezvoltat, scopul declarat – evaluarea stării de sănătate – fiind obținut prin multe alte demersuri mult mai

eficiente și mai precise de altfel (analiza datelor statistice existente și raportate în mod constant poate aduce informații mai multe și mai precise, iar pentru o anchetă se utilizează grupuri selecționate după o metodologie strictă care să poată asigura reprezentativitatea și validitatea rezultatelor obținute, aspecte care lipsesc în cadrul demersului actual).

La nivel local Autoritățile Județene de Sănătate Publică sunt practic o replică a acelorași disfuncții de la nivel central; în plus legătura lor cu comunitățile pe care ar trebui să le servească este minimă, iar responsabilitatea organizațională pentru modul în care răspund nevoilor de sănătate locale este de asemenea extrem de redusă.

Pentru luarea unor decizii adecvate este nevoie de un **sistem informațional** care să permită identificarea priorităților de sănătate și care să poată evalua rapid modul în care resursele sunt utilizate la diferite nivele ale sistemului, într-o manieră care să permită feedback-ul eficient al factorilor decizionali. Pentru aceasta este necesar un sistem informatic care să ofere informațiile adecvate în timp util despre domenii variate precum utilizarea resurselor de sănătate, productivitatea muncii, impactul economic și social al determinantilor stării de sănătate și a diferitelor tipuri de intervenții, a gradului de acoperire și al accesibilității la diferite servicii de sănătate, etc.

La ora actuală în România **nu există** dezvoltată o **politică coerentă în domeniul informațiilor din sănătate** și de aceea toate încercările de a construi un sistem informațional în sănătate (SIS) eficient – bazat pe tehnologii informaționale și de comunicare moderne - nu au avut succes până acum, în ciuda cheltuirii a peste 300 milioane Euro. Se pot identifica mai multe (sub)sisteme; primul, tradițional, gestionat de Ministerul Sănătății Publice colectează un volum supradimensionat de date, din care numai o mică parte a datelor este utilizată în procesul de luare a deciziei și pentru evaluarea performanțelor sistemului de sănătate. Al doilea sistem, gestionat de CNAS, axat pe monitorizarea aspectelor economice ale furnizării serviciilor de sănătate, se află în construcție de circa 10 ani și care, datorită concepției defectuoase, are dificultăți majore de implementare. Concomitent cu aceste sisteme naționale, există numeroase fluxuri informaționale mai mici, practic independente unul de celălalt, legate de programele naționale de sănătate sau de diferite instituții, spre exemplu fiecare mare spital având dezvoltat un sistem informatic propriu. Toate aceste circuite și sisteme nu comunică unul cu celălalt și în ciuda importantelor resurse alocate nu sunt decât în mod sporadic și aleator utilizate pentru luarea deciziilor. Chiar și așa, datele obținute sunt insuficient prelucrate și utilizate, analizele țintite și interpretările datelor fiind extrem de reduse, iar atunci când se fac nu există o politică de diseminare a informațiilor obținute în acest mod. Acest aspect ține de modalitatea în care decidenții iau deciziile, fără a recurge la date care să le fundamenteze și - pe de altă parte - de lipsa personalului calificat la toate nivelurile decizionale din sistemul sanitar, aspecte ce duc în ultimă instanță la un **management deficitar al informațiilor în sistemul de sănătate**, cu repercursiuni majore în actul decizional.

Un alt aspect se referă la **cadrul legislativ și normativ incomplet** sau, uneori, confuz, în care pe de o parte **rolurile și responsabilitățile** instituționale nu sunt clar definite sau alteori există suprapuneri între diferite atribuții instituționale și structuri organizaționale. Acest lucru este datorat permanentelor schimbări de direcție în ceea ce privește structura și rolul sistemului sanitar, concomitent cu aceeași lipsă de resurse calificate pe diferite nivele decizionale. Ca exemplificare amplul pachet legislativ care a fost asumat de Parlament în 2006, a fost în mai

puțin de un an modificat de peste 100 ori, uneori în prevederi esențiale și în același timp toată legislația secundară necesară – normele de aplicare – a fost mult întârziată, astfel încât multe din prevederile legislative nu pot fi aplicate nici în prezent.

O altă zonă esențială pentru asigurarea unei bune stări de sănătate a populației ține de mecanismele și structurile necesare pentru a asigura o **colaborare intersectorială adecvată**, ținând cont de faptul că mulți dintre determinanții majori ai stării de sănătate nu pot fi influențați numai de către sectorul sanitar. Din acest punct de vedere capacitatea Ministerului Sănătății Publice de a se implica în activități de influențare a altor sectoare pentru respectarea de către acestea a stării de sănătate a populației și a unui mediu de viață sănătos este redusă. Nu există niciun document oficial în acest sens care să statuiască rolul Ministerului Sănătății Publice în acest demers, în concordanță cu recomandările Uniunii Europene care menționează obligativitatea evaluării politicilor, programelor și a oricăror intervenții din alte sectoare din punct de vedere al impactului asupra stării de sănătate a populației.

SOLUȚII

RECOMANDAREA 4

Reorganizarea sistemului cu descentralizarea organizațională și decizională

Două dintre principiile ce stau la baza realizării obiectivelor strategiei de sănătate se referă la plasarea pacientului - și a cetățeanului în general - în centrul sistemului de sănătate, împreună cu responsabilitatea decidenților în fața sa. Acest lucru presupune o schimbare majoră a mecanismelor decizionale și de responsabilitate, astfel încât decizia să poată fi luată cât mai aproape de locul unde sunt furnizate și utilizate serviciile de sănătate. În acest mod se asigură o mai bună adecvare la nevoile de sănătate ale populației concomitent cu responsabilizarea directă a celor ce iau deciziile în fața comunității. Concomitent structurile centrale, în special Ministerul Sănătății Publice, retrăgându-se din managementul de nivel local, se pot concentra pe funcțiile strategice, i.e. dezvoltarea de politici sectoriale, supravegherea și îndrumarea întregului sistem, incluzând activitățile din afara sistemului care au impact asupra stării de sănătate, ca și dezvoltarea mecanismelor și structurilor de cooperare intersectorială. Pentru aceasta este necesară restructurarea Ministerului Sănătății Publice astfel încât să răspundă acestor noi roluri și dezvoltarea de noi structuri la nivel central și local, concomitent cu modificarea statutului unităților sanitare.

La nivelul fiecărui județ și a municipiului București, se înființează, în bugetarea Consiliului Județean, un compartiment specific, cu personalitate juridică, cu personal distinct, numeric bine definit în funcție de numărul populației din județ și mărimea rețelei de asistență medico-sanitară din județ, denumită **Autoritatea Medicală Județeană (AMJ)**. AMJ-ului i se vor transfera o serie din atribuțiile instituțiilor aflate până în prezent în subordinea Ministerului Sănătății Publice precum:

- coordonarea funcțională și profesională a tuturor activităților de asistență medicală din județ;
- supravegherea și evaluarea stării de sănătate a populației și dezvoltarea de servicii care să răspundă nevoilor neacoperite sau nou apărute;
- alocarea resurselor la nivel județean în funcție de nevoile de sănătate ale populației;

- răspunde de asistența primară și de asistența comunitară;
- coordonează serviciile de urgență la nivel județean;
- screeningul factorilor de risc la nivel local și dezvoltarea de măsuri specifice pentru reducerea impactului acestora;
- supravegherea și evaluarea situațiilor/fenomenelor cu risc pentru starea de sănătate a populației și solicitarea colaborării structurilor de specialitate abilitate pentru eliminarea/anihilarea riscului;
- dezvoltarea, coordonarea și implementarea programelor de sănătate naționale sau locale. Pentru programele de sănătate de interes național Ministerul Sănătății Publice va nominaliza institutele sau unitățile specializate de profil care vor asigura coordonarea din punct de vedere metodologic.

Tot la nivel județean vor funcționa compartimente ale **Inspecției Sanitare de Stat**, instituție organizată ca activitate în structura și subordonarea Ministerului Sănătății Publice, prin:

- Inspecția Sanitară Centrală de Stat, colectiv cu personalitate juridică
- Inspecția Sanitară de Stat județeană și a municipiului București (42), colective fără personalitate juridică care funcționează în teritoriul județelor și a capitalei.

Conducerea executivă centrală este asigurată de Inspectorul șef Sanitar Central de Stat, numit de conducerea Ministerului Sănătății Publice, pe baza examenului concurs. Conducerea executivă a compartimentelor județene este asigurată de Inspectorul Sanitar de Stat șef al județului. Unitatea este finanțată exclusiv din bugetul de stat și angajații inspecției au statut de funcționar public.

- Activitățile de sănătate publică, neacoperite de structurile aflate în subordinea CJ și anume: supravegherea și controlul bolilor,
- supravegherea riscurilor pentru sănătate din mediul comunitar și muncă și
- implementarea obiectivelor promovării sănătății a populației

vor fi gestionate la nivel local de structurile locale ale **Institutului Național de Sănătate Publică**. Acest institut, similar organizatoric cu situația existentă în țări precum Belgia, Germania sau SUA, se va înființa prin unificarea institutelor/centrelor de sănătate publică existente în țară, asigurând, prin concentrarea într-o singură unitate, performanța profesională și resursele umane de specialitate necesară activităților specifice. Va cuprinde trei Centre Naționale (de Supraveghere și Control a Bolilor, de Supraveghere a Mediului Comunitar și Muncă și de Promovare a Sănătății) și secțiile externe cu profil de activitate profesională identică cu ale Centrelor Naționale, distribuite în teritoriul național în locația actualelor Institute Regionale de Sănătate Publică, asigurând un sistem informațional coerent pentru supraveghere și posibilitate optimă pentru alertă și răspuns precoce în toate situațiile de risc sau critice, amenințări pentru starea de sănătate a populației. Este o unitate cu personalitate juridică și buget de stat, cu funcție de coordonare profesională națională și punct focal pentru relațiile internaționale profesionale legale.

Pentru coordonarea celei mai costisitoare părți a furnizării de servicii medicale se înființează **Agencia Județeană (și a Municipiului București) pentru Servicii Spitalicești (AJSS)**. Concomitent, în funcție de tipul lor (comunale, orășenești, municipale, județene, etc.) spitalele vor trece de facto în subordinea autorităților locale, Consilii locale sau Consilii Județene. Spitalele regionale și cele de îngrijiri terțiare vor putea rămâne în subordinea Ministerului

Sănătății Publice, dar acesta va delega managementul lor și resursele necesare către AJSS. AJSS va fi condusă de un Consiliu Director și un director al agenției, acesta având în subordine un birou de sprijin, cu un număr redus de angajați. Membrii Consiliului Director vor fi numiți de către instituțiile care au în subordine spitale: Consiliile Locale, Consiliul Județean, Ministerul Sănătății Publice, directorul fiind numit prin vot majoritar. Aceste noi instituții, care vor prelua **practic funcțiile de planificare a serviciilor spitalicești la nivel județean** vor putea decide și în ceea ce privește situații precum: dezvoltarea și implementarea unor roluri și funcții complementare între unitățile variate de servicii ce alcătuiesc rețeaua, redistribuirea resurselor între unități, pentru adaptarea la noile priorități de servicii de sănătate, sau la cele care au suferit modificări, folosirea în comun sau raționalizarea unor resurse costisitoare (de exemplu, tehnologia modernă de investigare a bolnavilor) sau aplicarea pentru finanțări din resurse externe fie ele de la nivelul UE, fie al diferitelor programe naționale.

Sistemul de asigurări sociale de sănătate, administrat prin intermediul **Casii Naționale de Asigurări de Sănătate** și a **caselor județene de asigurări** va trebui să aibă clar delimitate juridic și organizatoric funcțiile de cumpărare a serviciilor de sănătate în numele asiguraților, împreună cu structurile necesare pentru evaluarea calității și eficienței serviciilor contractate. La nivel local va colabora cu structurile caselor județene pentru a stabili necesarul de servicii ce trebuiesc contractate ca să acopere principalele nevoi de sănătate ale populației.

RECOMANDAREA 5

Dezvoltarea sistemului de asigurare a calității în sănătate

Sistemul de sănătate necesită un program de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și care să furnizeze informații legate de calitatea furnizării serviciilor și să urmărească îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate. Acest sistem de calitate va evalua și îmbunătăți calitatea serviciilor medicale, va menține și va crește satisfacția pacientului, va demonstra și va eficientiza cheltuirea fondurilor în sistemul de sănătate.

Pentru atingerea acestui deziderat vor fi necesare următoarele :

- dezvoltarea (de către autoritățile sanitare) unei strategii naționale pentru asigurarea calității serviciilor de sănătate;
- dezvoltarea structurilor necesare acțiunilor pentru îmbunătățirea calității – prin Agenția Națională pentru Calitate și Informație în Sănătate (ANCIS);
- dezvoltarea unui program național de pregătire în calitate și asigurarea calității.

ANCIS va fi dezvoltată ca autoritate independentă care va include în structura sa și *Comisia de Acreditare a Spitalelor*. Statutul independent îi va asigura capacitatea de a stabili și monitoriza standardele de calitate din domeniul de sănătate într-un mod obiectiv. Structurile sale vor fi astfel stabilite încât să permită flexibilitate operațională. Acest lucru ar putea implica stabilirea unor grupuri de experți naționali sau internaționali pe timp limitat, care să lucreze pe proiecte specifice. Acest model este în concordanță cu existența agențiilor de acest fel atât în UE (NICE și SIGN în Marea Britanie, HAS și ANAES în Franța sau Agenția pentru Calitate în Germania), cât și în America de Nord.

ANCIS va avea următoarele responsabilități majore:

- promovarea și implementarea de programe structurate de asigurare a calității;
- revizuirea și raportarea anuală asupra unor seturi de servicii;

- supravegherea acreditării și dezvoltarea evaluării tehnologiilor medicale (HTA);
- dezvoltarea sistemului informațional în sănătate.

ANCIS:

- va trebui să se asigure, în numele cetățenilor/pacienților că serviciile oferite în sistem îndeplinesc standardele naționale agreeate atât la nivel clinic cât și la nivel managerial;
- va evalua felul în care serviciile de sănătate sunt administrate și oferite pentru a asigura că se obțin cele mai bune rezultate cu resursele existente.

Pentru **promovarea calității la nivel național** ANCIS va:

- dezvolta și disemina standardele agreeate precum și ghiduri/modele de cea mai bună practică ca și bază pentru dezvoltarea protocoalelor locale de îngrijiri;
- introduce și supervizează procesele de acreditare în întregul sistem de sănătate; acest lucru se va realiza lucrând în strânsă legătură cu organismele de acreditare a spitalelor;
- promova un program de **evaluare a impactului asupra sănătății** (HIA), în conformitate cu metodologia și recomandările OMS și UE;
- promova și consilia asupra inițiativelor naționale în domeniul siguranței pacientului;
- colaborează cu alți factori cheie precum Ministerul Sănătății Publice, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România.

ANCIS va dezvolta **programe anuale de evaluare a serviciilor** în consultare cu Ministerul Sănătății Publice, CMR, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu cei care lucrează în sistem și cu publicul. Aceste evaluări pot fi făcute pe grupuri de îngrijiri cum ar fi cele din domeniul sănătății mintale, pe tipuri de boli sau condiții cum sunt cancerul sau serviciile de nefrologie, sau pe sectoare cum ar fi asistența primară. Evaluările vor fi efectuate la nivel național, dar și regional. Evaluările vor fi legate de dezvoltarea calității standardelor pentru diferitele servicii și ar putea acoperi orice aspect al performanței, inclusiv aspectele legate de managementul clinic.

ANCIS va elabora și publica un **raport național de evaluare a performanței** în relație cu fiecare domeniu de servicii examinat, în conformitate cu standardele naționale specificate. Raportul pe fiecare domeniu selectat va detalia în mod clar dacă standardele cerute au fost îndeplinite, neîndeplinite sau depășite. Evaluarea va examina dacă serviciile furnizate au condus la o îmbunătățire reală a stării de sănătate pentru pacient. Raportul va trebui redactat astfel încât să poată oferi recomandări pentru deciziile de investiții ale autorităților publice din domeniu. ANCIS va avea drept țintă încurajarea și promovarea dezvoltării standardelor de calitate și nu doar blamarea situațiilor în care standardele sau rezultatele sunt slabe. Rapoartele vor trebui să ofere sugestii pentru îmbunătățiri specifice, iar acestea vor fi documente publice.

ANCIS va asigura și activitățile necesare în cadrul procesului de **evaluare a tehnologiilor din sănătate** (*health technology assessment - HTA*).

Există o nevoie tot mai mare de a analiza - sub toate aspectele - noile dezvoltări din domeniul îngrijirilor de sănătate (de la noi medicamente, la noi proceduri diagnostice și terapeutice) pentru a stabili dacă ele sunt eficiente și dacă utilizarea lor este justificată. HTA implică analiza rezultatelor cercetărilor asupra implicațiilor medicale, organizaționale, sociale, etice și economice ale dezvoltării, difuzării și utilizării tehnologiilor din sănătate. HTA poate juca un rol cheie în asigurarea faptului că se utilizează cele mai potrivite și moderne tratamente într-un mod în care se obține un maximum de sănătate și se obține cea mai bună valoare pentru fondurile

investite. HTA este o componentă cheie a îngrijirilor bazate pe evidențe. Așa cum relevă multe rapoarte⁵ **în România nu există în acest moment o structură coerentă în domeniul HTA.** Acest lucru determină un răspuns mai lent la nevoia de schimbări din domeniul tehnologiilor din sănătate. Un sistem structurat de HTA va permite sistemului de sănătate să:

- introducă în mod rapid tehnologii care aduc beneficii semnificative și dovedite în sănătate;
- prevină introducerea de tehnologii care nu pot atinge cerințele de analiză bazată pe dovezi;
- monitorizeze continuu eficiența tehnologiilor după introducerea acestora.

Această strategie prevede ca **autoritatea de calitate în sănătate** să supervizeze dezvoltarea HTA și să promoveze uzul acesteia pentru decizii vitale de politică de sănătate, atât pe parcursul evaluării inițiale, cât și în faza de implementare, monitorizare și evaluare a rezultatelor. Acest demers se va baza și pe experiența și pe cooperarea cu instituții similare din alte țări.

RECOMANDAREA 6

Reconfigurarea sistemului informațional din sectorul de sănătate.

Îndeplinirea obiectivelor asumate prin Strategia pentru sănătate și furnizarea unor servicii sanitare de calitate, în concordanță cu așteptările oamenilor, presupun existența unor informații adecvate, cuprinzătoare, de calitate, care să fie disponibile, accesibile și oportune. Prin urmare, sistemele corespunzătoare de informare, bazate pe fluxuri rapide și eficiente de schimb de informații, sunt esențiale pentru reușita Strategiei și pentru funcționarea eficientă a sistemului de sănătate. Informațiile necorespunzătoare reprezintă o deficiență majoră, de natură să limiteze capacitatea de ierarhizare, planificarea, procesul decizional, furnizarea unor servicii eficiente, dar și capacitatea de monitorizare și evaluare pe toate palierele. Este nevoie de un fundament clar pentru identificarea priorităților în asistența sanitară, pentru demonstrarea performanțelor și prestarea unor servicii care să justifice sumele cheltuite. Perfecționarea informațiilor în domeniul sanitar este esențială pentru stabilirea premiselor care stau la baza oricăror hotărâri în acest sens.

Îmbunătățirea modului de colectare și prelucrare a informațiilor în domeniul sanitar este înlesnită în mare măsură de progresele înregistrate la nivel mondial în domeniul tehnologiei informației și comunicării. Această tehnologie are capacitatea să îmbunătățească în mod radical furnizarea informațiilor în domeniul sanitar, eficientizând și ameliorând totodată furnizarea serviciilor de sănătate. Colaborarea deplină între autoritățile din domeniu este absolut necesară pentru a asigura exploatarea la maxim a avantajelor tehnologiei informației și comunicării.

Pentru ca sistemul informațional din sănătate să răspundă acestor deziderate sunt necesare următoarele

- dezvoltarea unei **Strategii Naționale Informatice pentru Sănătate**;

⁵ Un exemplu recent în acest sens este reprezentat de raportul *Romania: Studiul Sectorului Farmaceutic*, realizat pentru Banca Mondială de Andreas Seiter în 2007.

- **reorganizarea structurilor** necesare – prin Agenția Națională pentru Calitate și Informație în Sănătate (ANCIS);
- elaborarea unui **program susținut de investiții** în dezvoltarea sistemelor informatice de sănătate națională, conform dispozițiilor Strategiei Naționale Informatice pentru Sănătate.

Strategia Informatică va avea menirea să promoveze:

- accesul rapid la informații de calitate privind sănătatea, serviciile sociale și sanitare atât pentru publicul larg, pacienți, cât și pentru specialiștii în domeniu, administratori, manageri și factori decizionali;
- utilizarea optimă a tehnologiei informației și comunicării în vederea eficientizării serviciilor operaționale și sporirii receptivității serviciilor;
- procese decizionale și de planificare bazate pe informațiile disponibile;
- evaluarea impactului exercitat de deciziile investiționale asupra serviciilor;
- consolidarea rolului informațiilor în îmbunătățirea sănătății, inclusiv din perspectiva importanței stilului sănătos de viață, educația și instruirea, pentru a asigura exploatarea eficientă a cunoștințelor acumulate, în avantajul tuturor celor implicați;
- comunicarea mai rapidă și mai eficientă între toate sectoarele din acest domeniu de activitate

ANCIS va avea atribuții majore în funcționarea sistemului informațional din sănătate:

- va conduce dezvoltarea informațională, în conformitate cu Strategia Națională Informatică în Sănătate;
- va dezvolta standarde informaționale, definiții și dicționare de date;
- va dezvolta și stabili seturi de date minimale;
- va asigura calitatea datelor și informațiilor;
- va evalua dezvoltările propuse în ceea ce privește datele și standardele tehnice;
- va promova educația, formarea și dezvoltarea abilităților pentru personalul de domeniu;
- va promova și coordona cercetarea și dezvoltarea națională în domeniul e-health;
- va dezvolta o bibliotecă națională virtuală care să ghideze procesul decizional în sănătate;
- va promova acțiuni comune pentru asigurarea securității confidențialității datelor din sănătate;
- va dezvolta și aproba ghiduri referitoare la accesul la informația deținută de agenții din sănătate;
- va colabora la dezvoltarea specificațiilor celor mai adecvate pentru achiziționarea de tehnologie din domeniul informatic pentru întregul sistem de sănătate.

Programul de investiții este necesar pentru a asigura infrastructura informatică coerentă necesară pentru obținerea unor informații de calitate privind sănătatea. O infrastructură robustă care să cuprindă servicii de specialitate și rețeaua de comunicații aferentă reprezintă o necesitate absolută pentru *colectarea, diseminarea și utilizarea eficientă* a informațiilor de sănătate. Instituțiile și organizațiile sanitare individuale au dezvoltat deja, într-o măsură mai mare sau mai mică, rețele de comunicații la scară locală sau regională, dar care nu comunică și nu sunt integrate în niciun fel, făcând de multe ori ca informațiile necesare să nu fie colectate, iar informațiile disponibile să nu fie utilizate. Este esențial să se aibă în vedere în cadrul acestui program, potențialul de utilizare a rețelei în cazul unor cereri noi, care necesită resurse sporite,

cum ar fi transfer video, de imagini și servicii de telefonie în sprijinul conceptelor de *tele-medicină*, *tele-conferință* și *eLearning*. Progresele pe calea dezvoltării conceptului de „e-sănătate” vor fi înlesnite considerabil de disponibilitatea la scară largă a serviciilor de internet de mare viteză și la costuri scăzute. Ca o recunoaștere a importanței îmbunătățirii accesului public la informațiile de sănătate, se impune crearea unui **website de sănătate națională**, prin intermediul căruia publicul larg să aibă acces la informații standardizate privind sănătatea și îngrijirea medicală (ex. gestionarea problemelor de sănătate, siguranța și eficiența intervențiilor), disponibilitatea serviciilor de sănătate la nivel local sau drepturile de care beneficiază.

Tehnologia modernă a informației și comunicării are potențialul să îmbunătățească în mod radical gama și tipul de servicii, precum și metoda de furnizare a acestora, atât pentru profesioniști, cât și pentru publicul larg. Tehnologia informației și comunicării poate asigura accesul rapid la evidențe clinice și administrative, furnizând totodată o gamă variată de informații în sprijinul procesului decizional. Datele centralizate în această etapă vor constitui o sursă cheie de informații în perspectiva planificării și evaluării performanțelor. Sistemele „tele-medicină” și „tele-asistență” pot aduce diagnosticul specializat și expertiza clinică mai aproape de oameni, îndeosebi de cei aflați în locații îndepărtate, sporind astfel **nivelul de accesibilitate și reacție** al serviciilor de sănătate. Sistemul informatic va conduce la introducerea treptată a sistemelor de schimb de informații și a evidențelor electronice pentru pacienți, cunoscute sub denumirea de **dosarul medical electronic**; acesta, coroborat cu **cardul național de asigurat** – cerut de lege a fi implementat din 2008 – va duce la o evidență amănunțită atât a stării de sănătate cât și a serviciilor furnizate, cu detalii despre costuri și calitatea actului medical. Totodată introducerea acestei tehnologii va veni în sprijinul procesului clinic și va oferi un potențial extraordinar de îmbunătățire a calității și siguranței asistenței, inclusiv prin facilitarea continuității în îngrijirea pacientului.

În final, promovarea sistemului informatic trebuie văzută și ca un factor central al procesului de luare a deciziilor și de planificare a serviciilor de sănătate, care trebuie să se bazeze pe informațiile de calitate, primite în timp util, privind starea de fapt.

III. ÎMBUNĂTĂȚIREA ASISTENȚEI SPITALICEȘTI

O mare proporție din capacitatea actuală a spitalelor este dedicată unor servicii și proceduri care, în secolul XXI, nu ar trebui să fie furnizate într-un cadru spitalicesc; multe din aceste proceduri pot fi oferite mai sigur și mai eficient în condițiile de tratament în ambulatorul spitalelor, sau chiar la nivelul comunității în totalitate. Populația din România reprezintă partea fără nici o vină în această situație. Oamenii nu pot aprecia performanța relativ scăzută a sistemului lor spitalicesc, iar în absența unor servicii de calitate, cuprinzătoare, acordate în cadrul comunității, nu au altă alternativă decât obținerea de îngrijiri la nivelul spitalului. Viziunea din această strategie include un sector spitalicesc modern, înalt performant, care să fie ușor accesibil cetățenilor ce au nevoie de serviciile de urgență, incluzând cele de traumatologie, sau afecțiuni care le pun viața în pericol, sau boli cronice grave. Aceste persoane vor primi tratament intensiv în cadrul unor spitale bine dotate, având la dispoziție o gamă largă de modalități de diagnostic și tratament. La nivelul acestora, pacienții vor fi îngrijiți de un personal motivat, bine pregătit și care este recompensat corespunzător pentru obținerea de performanțe clinice cuantificabile.

Situația actuală

România are una dintre **cele mai ridicate rate de internare din lume**. Sectorul spitalicesc din România consumă în mod constant peste 50% din bugetul CNAS, la care se adaugă fondurile de la Ministerul Sănătății Publice pentru investiții și fondurile pentru programele derulate prin spitale. Toate aceste fonduri duc la un procent cu mult peste media de 40% alocată pentru spitale în UE. Poziția netă în favoarea asistenței spitalicești este reflectată și de numărul internărilor, care este mult mai mare decât al celor din grupul țărilor care au aderat la UE înainte de mai 2004, al celor care au aderat după această dată și chiar mai mare decât în țări precum Bulgaria sau Croația. Mai mult decât atât, această predilecție pare să persiste, întrucât rata internărilor în România a crescut constant în perioada 1997 - 2007. Cu toate acestea un studiu pilot pentru pregătirea aplicării DRG întreprins în 24 spitale a stabilit că 57% din paturi nu erau necesare, pe baza comparației cu un eșantion de spitale din SUA.⁶ Această situație pare să se mențină și după introducerea noului sistem de finanțare, de vreme ce analiza rapoartelor DRG arată că în mod constant o serie de cazuri, reprezentând un procent important din totalul internărilor, sunt afecțiuni care pot fi și sunt tratate în alte țări la nivele inferioare de asistență medicală, i.e. la nivelul asistenței primare sau în ambulator (este vorba de afecțiuni precum hipertensiunea arterială, probleme medicale ale spatelui, afecțiuni digestive la persoane cu vârsta peste 17 ani, fără complicații și boli conexe, tulburări menstruale și ale aparatului genital la femei, etc.). Mai mult, nu există practic o clasificare coerentă a tipurilor de îngrijiri ce se pot realiza și, ulterior, deconta din bani publici la nivelul diferitelor spitale, ajungându-se ca spitale terțiare, înalt performante și costisitoare să efectueze operații banale ce se pot efectua fără riscuri la nivelul unor unități spitalicești cu dotări și competențe de bază, fapt ce duce la utilizarea inefficientă a unor resurse și așa reduse.

Datele statistice existente arată că în România numărul intervențiilor chirurgicale asupra persoanelor spitalizate este de aproape trei ori mai mare decât media UE (conform raportului Băncii Mondiale privind asistența spitalicească în Romania). În plus, datele din rapoartele oficiale arată că majoritatea internărilor din spitalele înalt specializate au loc sub forma internărilor de urgență, fiind vorba în multe cazuri de procente de peste 80% din numărul total al internărilor anuale. Toate aceste aspecte, moștenite practic din perioada comunistă, când spitalul era singurul loc unde se puteau accesa medicamentele gratuite sau serviciile medicale dorite, duc la creșterea cheltuielilor spitalicești, cu diminuarea resurselor pentru celelalte segmente ale asistenței medicale, intrând într-un **cerc vicios în care nefinanțarea suficientă a asistenței extraspitalicești duce la dezvoltarea insuficientă a acesteia și, consecutiv la preluarea unor cazuri ce ar fi trebuit rezolvate la acest nivel de către spitale**, cu consecința creșterii cheltuielilor la acest nivel și reducerea resurselor pentru celelalte nivele ale asistenței medicale etc.

⁶ Conform Raportului Bancii Mondiale privind Strategia Națională de Raționalizare a Serviciilor Spitalicești, realizat de Ray Blight pentru Ministerul Sănătății în 2003

În același timp unele măsuri care în principiu ar fi trebuit să aibă un impact favorabil asupra performanței spitalelor, i.e. sistemul DRG, din cauza lipsei de monitorizare și a slabei capacități de implementare, au dus la perpetuarea unora din vechile probleme ale sistemului spitalicesc, concomitent cu apariția altora specifice. Astfel, prin aplicarea sistemului DRG, spitalele utilizează diverse mecanisme precum creșterea numărului de internări, pentru a-și mări veniturile și a-și putea acoperi costurile fixe. Întrucât nu sunt folosite mecanisme pentru controlul internărilor, acestea se fac cu precădere prin internarea pacienților care ar putea fi tratați în ambulatoriu; acești pacienți necesită cheltuieli mici, dar reprezintă o bună sursă de venit, însă conduc la o ineficiență generală a sistemului. Spitalele își măresc veniturile și prin serviciile de asistență medicală în ambulator, spitalizare de zi etc., deși astfel de servicii pot fi furnizate în ambulator cu cheltuieli reduse. În ultimii ani metodele de a masca ineficiența s-au diversificat, apărând pe piață și companii de consultanță specializate care sprijină spitalele să codifice internările astfel încât să obțină fonduri mai mari pentru aceleași tipuri de afecțiuni, această activitate drenând resurse altfel destinate îngrijirii pacienților.

Personalul medical spitalicesc din România reprezintă unul dintre cele mai reduse procente comparativ cu media UE și chiar cu cea a noilor state membre din 2004 (Tab.2), integrarea în UE sporind șansele ca acest aspect să se deterioreze și mai mult prin emigrarea în special a medicilor tineri.

Tab. 2 Numărul și procentul medicilor care lucrează în spital în țări europene

Țara	Total medici spital	Procent medici Spital
Franța	39880	22.5
Cehia	8141	26.1
Bulgaria	9796	34.4
Belgia	16020	39.8
România	16313	40.4
Lituania	6273	42.9
Elveția	10113	44.0
Estonia	1912	44.4
Rusia	284326	46.1
Germania	135854	47.3
Slovenia	2251	50.0
Finlanda	7808	50.6
Ungaria	18646	51.7
Croația	5393	52.4
Slovacia	10970	57.6
Portugalia	22501	72.3

Sursa: OMS, HFA Database 2001

Această insuficiență maschează și alte dezechilibre importante în repartiția personalului medical, în special medici și asistente specializate, fiind frecvent întâlnite cazurile când la nivelul unor spitale există un singur medic specialist pe o secție, care în principiu trebuie să asigure continuitatea îngrijirii pentru toți bolnavii internați 24 ore, 7 zile pe săptămână, lucru care evident că nu se (poate) întâmpla. Una din cauzele frecvent invocate pentru această penurie de personal medical este modalitatea de salarizare, neatractivă atât din perspectiva veniturilor obținute, cât și datorită faptului că nu stimulează personalul performant.

Chiar dacă alocarea resurselor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate către spitale se face pe bază contractuală, după un algoritm relativ clar și transparent, există în continuare diferențe importante între costurile decontate pentru același tip de intervenție la diferite spitale (Tariful pe Caz Ponderat - TCP), deși acesta s-a redus în ultimii ani. Situația este mult mai proastă în ceea ce privește alocarea resurselor pentru investiții de la nivelul Ministerului Sănătății Publice, unde practic nu există **criterii clare și transparente de alocare**, altele decât cele stabilite ad hoc și în marea majoritate a cazurilor pe baze strict subiective.

În același context se înscrie și recenta inițiativă de construire a 8 spitale regionale pentru asigurarea de servicii specializate costisitoare la nivel regional, împreună cu construirea a încă 20 de noi spitale județene, situație care va mări ceea ce constituie deja o capacitate spitalicească excedentară și nu va face decât să sporească presiunea asupra cheltuielilor spitalicești. Și în acest caz se poate constata lipsa de transparență în fundamentarea unei decizii cu un impact financiar major – mult mai mare decât orice altă acțiune din ultimii 20 de ani, și nu doar pe momentul investiției, ci și pentru următorul deceniu.

În ceea ce privește un domeniu crucial pentru eficiența asistenței spitalicești – **managementul** – probabil că cea mai succintă caracterizare ar fi confuzia și incoerența, toți miniștrii sănătății de după 1989 afirmând acest domeniu ca o prioritate a lor, dar la final de mandat situația fiind practic neschimbată. Chiar ultimele modificări legislative în ceea ce privește **conducerea spitalelor**, nu au rezistat mai mult de câteva luni, toate prevederile cu impact referitoare la managementul spitalelor fiind revocate de aceeași putere care le promovase. S-a ajuns astfel la paradoxul în care managerii spitalelor să aibă mai puțină putere decizională decât anterior (spre exemplu directorii spitalelor clinice nu-și pot alege directorii adjuncți sau șefii de secție decât cu acordul Universităților de Medicină și/sau a Academiei de Științe Medicale) și mult mai puțină autonomie, putând fi revocați oricând de către Ministrul Sănătății Publice care i-a numit. Directorii de spital nu au nici puterea și nici autoritatea necesară pentru a organiza și conduce în mod eficace resursele de personal, în conformitate cu schimbările cerute de nevoile de sănătate ale populației. Așa cum stau lucrurile în prezent, directorii spitalelor nu pot efectua transferuri de personal între spitale, reduceri ale personalului conform strategiei, redirecționarea personalului către alte programe de îngrijire, impunerea reorientării profesionale a acestuia în vederea adaptării la noile roluri și așa mai departe. Deficiențele manageriale, cuplate de multe ori cu finanțarea defectuoasă, duc la situația în care spitalele nu mai au consumabile sau chiar medicamente, cerându-li-se pacienților să își aducă ei înșiși articolele de care au nevoie. În plus, nenumărate studii și rapoarte vorbesc de **plățile informale** care limitează și îngreunează accesul la diferite servicii spitalicești, această practică acționând în multe cazuri

că o metodă de raționalizare de facto a serviciilor oferite (un studiu recent⁷ estima totalul plăților informale din România anului 2004 la peste 300 milioane de euro, majoritatea având loc la nivelul spitalelor).

E de remarcat aici practic rolul extrem de redus atribuit **autorităților locale** în administrarea spitalelor și se explică astfel și suportul redus pe care acestea îl acordă la rândul lor, fondurile locale fiind extrem de reduse în bugetul total al spitalelor.

O altă zonă cu serioase probleme este cea de **asigurare a calității** în sistemul spitalicesc, ca de altfel în întreg sistemul de sănătate din România. Normele și standardele de calitate sunt în faze incipiente de dezvoltare, dar chiar și așa respectarea normelor și condițiilor minime nu este pusă în aplicare, un număr însemnat de spitale funcționând fără autorizație sanitară. Asistența medicală spitalicească din România nu se bazează pe **ghiduri sau protocoale**, iar furnizarea serviciilor și rezultatele obținute nu sunt evaluate și monitorizate corespunzător, activitatea spitalelor nefiind decât sporadic supusă auditului și evaluării clinice. În aceste condiții, infecțiile nosocomiale revin periodic, cu consecințe ce merg până la decesul pacienților și în special al celor mai sensibili, nou-născuții și vârstnicii. O altă metodă de îmbunătățire a calității larg utilizată pe plan internațional, **acreditarea spitalelor** nu este pusă în practică în ciuda prevederilor legale atât din 2006, dar și din 1999.

SOLUȚII

RECOMANDAREA 7

Restructurarea și reorganizarea serviciilor spitalicești în patru mari categorii:

- **îngrijiri pentru cazurile acute;**
- **îngrijiri pentru cazurile cronice, asupra cărora se vor concentra serviciile spitalicești pe viitor;**
- **îngrijiri pentru vârstnici, transferate către noi așezăminte și servicii, și**
- **îngrijiri pentru cazurile sociale, de asemenea transferate către instituții și servicii special create.**

Reorganizarea spitalelor, ținând cont de aceste categorii, va duce la **concentrarea resurselor medicale** înspre primele două categorii, la celelalte două categorii cerințele limitându-se în principal la cazare și masă, iar în ceea ce privește personalul, componenta cea mai importantă a acestuia este cea de îngrijire. Nici unul din acestea din urmă servicii (vârstnici și cazuri sociale) nu necesită prezența permanentă a unui cadru medical, putând fi solicitați medicii de familie din apropiere, sau către alte surse adecvate, pentru acoperirea necesarului de asistență medicală, inclusiv prin contractarea serviciilor medicale specializate necesare. În funcție de numărul de pacienți existent în fiecare caz, profilul de personal ar putea include și o componentă de nursing. În ceea ce privește programul de îngrijiri pentru cazurile sociale, Ministerul Sănătății Publice ar trebui să colaboreze cu Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse.

⁷ Conform unui sondaj realizat în 2005 de LEGICON și CURS pentru Ministerul Sănătății Publice în cadrul unui proiect al Băncii Mondiale

În ceea ce privește programele spitalicești (pentru acuți și cronici), acestea vor putea fi clasificate, în funcție de specialitățile furnizate de fiecare spital, pentru fiecare specialitate în **3 niveluri de îngrijire** plecând de la cel de bază (nivelul 1) și până la nivelul cel mai avansat (nivelul 3). Concomitent cu această acțiune de reorganizare va trebui dezvoltată și o componentă de **integrare funcțională** verticală a serviciilor spitalicești cu cele de la nivel comunitar, astfel încât să se asigure continuitatea în îngrijirea bolnavului.

RECOMANDAREA 8

Descentralizarea managementului spitalicesc și înființarea unor agenții spitalicești județene care să asigure coordonarea serviciilor spitalicești la nivel județean.

O trăsătură a sistemelor de sănătate bazate pe principiile pieței o constituie existența unui grad înalt de **responsivitate** a serviciilor față de nevoile în schimbare ale populației. Acesta este cel mai bine realizabil în condițiile în care deciziile operaționale sunt luate la un nivel cât mai apropiat de cel al furnizării serviciilor. Mai mult, magnitudinea deciziilor necesare în privința unor aspecte cum ar fi restructurarea bunurilor și serviciilor, implementarea programelor de îngrijire, încadrarea cu personal conform noilor modalități de îngrijire, etc., va face imposibilă avansarea strategiei în condițiile existenței în continuare a unui sistem centralizat de decizie operațional. Totuși, acest **proces de descentralizare** a responsabilității manageriale trebuie să fie însoțit de o îmbunătățire semnificativă a managementului serviciilor la nivel regional deoarece structurile de management actuale nu vor putea face față (lucru evident, fiindcă dacă actualele structuri ar fi avut această capacitate, nu ar mai fi existat necesitatea exprimată permanent de reformare a sistemului spitalicesc). Pentru acest motiv, cuplat cu necesitatea **planificării și coordonării** activității spitalicești la nivel județean se propune înființarea unei instituții specializate: **Agenția Județeană (și a Municipiului București) pentru Servicii Spitalicești** (asemenea instituții sunt comune în sistemele sanitare naționale precum cel românesc, un exemplu concret fiind Franța unde forma de organizare este cea a unei regii autonome, inclusiv la nivelul Parisului). Concomitent, în funcție de tipul lor (comunale, orășenești, municipale, județene etc.) spitalele vor trece de facto în subordinea autorităților locale, consilii locale sau consilii județene. Spitalele regionale și cele de îngrijiri terțiare vor putea rămâne în subordinea Ministerului Sănătății Publice, dar acesta va delega managementul lor și resursele necesare către Agenția Județeană (și a Municipiului București) pentru Servicii Spitalicești.

Agenția Județeană (și a Municipiului București) pentru Servicii Spitalicești va fi condusă de un Consiliu Director și un director al Agenției, acesta având în subordine un birou de sprijin, cu un număr redus de angajați. Membrii Consiliului Director vor fi numiți de către instituțiile care au în subordine spitale: Consiliile Locale, Consiliul Județean, Ministerul Sănătății Publice, directorul fiind numit prin vot majoritar. Aceste noi instituții, care vor prelua practic funcțiile de planificare a serviciilor spitalicești la nivel județean, vor putea decide și în ceea ce privește situații precum dezvoltarea și implementarea unor roluri și funcții complementare între unitățile variate de servicii ce alcătuiesc rețeaua, redistribuirea resurselor între unități, adaptarea la noile priorități de servicii de sănătate, sau la cele care au suferit modificări, folosirea în comun sau raționalizarea unor resurse costisitoare (de exemplu, tehnologia modernă de investigare a bolnavilor) sau aplicarea pentru finanțări din resurse externe fie ele de la nivelul UE, fie al

diferitelor programe naționale (acestea din urmă fiind una din principalele modalități de intervenție ale autorităților centrale, prin care să încurajeze anumite tipuri de servicii sau de organizări instituționale).

RECOMANDAREA 9

Diversificarea și utilizarea de noi metode de finanțare a serviciilor spitalicești care să aibă ca bază performanța și calitatea serviciilor oferite pacienților

Procesul de finanțare ar trebui să se concentreze asupra cumpărării de către casele de asigurări a unor servicii spitalicești sigure, de înaltă calitate, și să conțină mecanisme de responsabilitate care să asigure că acest lucru se întâmplă. Aceasta înseamnă că procesele de finanțare și cumpărare trebuie prevăzute cu o metodă care să certifice faptul că se plătește numai pentru rezultatele spitalicești de calitate corespunzătoare. Nivelele de finanțare pentru serviciile spitalicești ar trebui **legate în acest caz de existența acreditării**. De exemplu, dacă un spital nu reușește să obțină acreditarea într-o perioadă de timp predeterminată, nivelul finanțării pentru serviciile sale ar trebui redus cu un procent fix. Aceasta ar crea un contra stimulent financiar puternic pentru spitale față de ignorarea standardelor corespunzătoare de calitate pentru serviciile lor.

În mod similar, **ghidurile de practică reprezintă instrumente recunoscute de îmbunătățire a calității îngrijirilor**, în special a celor mai complexe, trebuind introduse stimulente pentru aplicarea acestora. De exemplu, odată ce ministerul declară că un ghid de practică se aplică pentru o anumită specialitate, spitalul va primi rambursarea integrală a serviciilor furnizate numai dacă poate dovedi că folosește în mod curent ghidurile aprobate. Concomitent cu dezvoltarea acestor ghiduri vor trebui dezvoltate și **protocoale de internare cuprinzătoare** pentru fiecare din cele patru tipuri de îngrijiri, ținând cont de datele care sugerează probleme serioase la nivelul internărilor (de la una dintre cele mai mari rate de internări în urgențe din UE, până la indicatori precum indici de operabilitate scăzuți sub 30%, ceea ce înseamnă că din 100 de persoane internate într-o secție de chirurgie doar 30 sunt supuse unor intervenții chirurgicale, limita acceptată la nivel internațional fiind de minim 70%). Pentru facilitarea educației medicale continue a personalului medical, spitalele vor trebui să prevadă în buget resurse dedicate acestui scop, așa cum este de fapt regula în majoritatea sistemelor de sănătate occidentale. Altfel, o cerință legitimă și în același timp obligatorie legal devine una formală, în lipsa unor resurse care să o susțină, așa cum este cazul astăzi.

Pentru realizarea acestui deziderat **Agencia Națională pentru Calitate și Informații în Sănătate - ANCIS** (vezi secțiunea referitoare la organizarea sistemului), împreună cu Comisia de Acreditare a Spitalelor din subordine va trebui să dezvolte **minimum 10 ghiduri naționale** pentru primele DRG ca frecvență de internare, urmând ca ulterior numărul acestora să crească cu minimum 5 pe an. Autoritățile sanitare împreună cu furnizorii privați și publici vor trebui să examineze metodele de plată actuale pentru a înlătura barierele care în prezent împiedică creșterea calității, și să construiască stimulente mai puternice pentru dezvoltarea calității. Autoritățile de sănătate vor trebui să dezvolte o agendă de cercetare pentru a identifica, testa, pilota și evalua diferite opțiuni pentru o mai bună aliniere la metodele de plată curente cu scopurile de creștere a calității.

RECOMANDAREA 10

Dezvoltarea de noi modele de management pentru asigurarea continuității în îngrijirea bolnavului în condiții de eficiență terapeutică și economică.

În afara utilizării ca regulă a criteriilor de calitate ca bază a rambursării serviciilor spitalicești din fonduri publice, va trebui încurajat acel tip de organizare spitalicească care să corespundă cel mai bine nevoilor și resurselor locale, scopul final fiind acela de a asigura **accesul pacienților la serviciile de care au nevoie în momentul în care au nevoie**. Pentru aceasta, autoritățile de la nivel local pot avea în vedere **diversificarea** formelor de management, de la concesionarea acestora către companii private pe baza unor criterii de performanță medicală și eficiență economică clare și transparente, până la susținerea unor grupări de spitale într-o rețea cu o singură conducere care să poată decide alocarea și utilizarea resurselor de care dispun în scopul menționat mai sus. Concomitent, conducerea spitalelor ar trebui să stimuleze abordarea muncii în **echipe terapeutice**, atât cea intra-spitalicească cât și între personalul din spital și cel care lucrează în comunitate, spre exemplu utilizarea oportunităților semnificative existente pentru integrarea funcțională între medicii de familie și medicii specialiști din spital, cu o atenție specială acordată oportunităților specifice de integrare funcțională a serviciilor oferite pentru afecțiunile cronice.

De asemenea, se pot avea în vedere **noi modalități de plată** a personalului medical, inclusiv prin angajarea unora dintre aceștia de către autoritățile locale și a altora prin contracte de servicii specifice, care astfel ar recompensa financiar direct activitatea superioară, cantitativ și calitativ, a unor profesioniști medicali și, concomitent, ar putea acoperi nevoile pentru anumite specialități deficitare la nivelul unor spitale. În plus, s-ar putea introduce în mod legal și posibilitatea de alegere a medicului de către pacient, chiar dacă acesta nu lucrează full-time în spitalul în care pacientul este internat. În plus managementul spitalului ar trebui să aibă în vedere stimularea personalului pentru implementarea unui număr de noi „modalități de îngrijiri”, referitor la care există deja cunoștințe avansate la nivel mondial în ceea ce privește eficacitatea și eficiența (de la intervenții invazive în ambulatoriul spitalului până la dezvoltarea de servicii de *nursing*), precum și introducerea unor metode de administrare precum externalizarea serviciilor nemedicale.

IV. POLITICA MEDICAMENTULUI

Comparativ cu celelalte țări membre ale UE, România cheltuie unul dintre cele mai mari procente din bugetul sanitar pentru consumul de medicamente al populației. În același timp structura consumului medicamentos este influențată puternic de lipsa unei strategii coerente în domeniu și de marketingul industriei farmaceutice, care în lipsa unor reglementări specifice reușește să promoveze utilizarea unor produse extrem de scumpe și care nu se suprapun întotdeauna peste nevoile populației. Dacă scopul sistemului de sănătate este îmbunătățirea sănătății populației – a duratei și a calității vieții – atunci acest lucru se poate realiza doar prin utilizarea în cel mai bun mod a resurselor disponibile. Pentru piața farmaceutică acest lucru înseamnă identificarea intervențiilor cele mai eficace și eficiente economic pentru fiecare afecțiune. Astfel de intervenții sunt propuse în actuala strategie, cu precădere în zone legate de evaluarea performanței medicamentelor compensate, creșterea transparenței și coerenței

decizionale în toate nivelurile cu impact asupra domeniului farmaceutic, utilizarea metodelor de prescriere, finanțare și rambursare care să pună în centrul sistemului pacientul.

Situația actuală

Medicamentele reprezintă cea mai mare cheltuială a sistemului de asigurări din România, după cheltuielile de personal. În bugetul total al sistemului sanitar din România medicamentele reprezintă aproape un sfert, mult peste media țărilor europene și chiar a celor din zona noastră. Dacă acest lucru poate fi oarecum justificat prin valoarea (în Euro) încă redusă alocată consumului sanitar în România, pe termen mediu menținerea acestei tendințe poate deveni generatoare de importante dezechilibre în sistemul sanitar. Consumul pe piața medicamentelor din România a crescut de la mai puțin de 300 milioane USD în 1998 (anul anterior introducerii sistemului de asigurări de sănătate) la circa 2 miliarde Euro în 2007, în condițiile scăderii populației rezidente în România cu peste 1 milion de persoane în aceeași perioadă. De această creștere populația României a beneficiat în mod diferit, reliefând **inechitățile profunde** ce domnesc în sistem – deși circa 50% din populația României locuiește în mediul rural, mai puțin de 30% din numărul de farmaciști lucrează în aceste zone, iar consumul de medicamente este chiar mai redus decât acest procent, ținând cont că doar 20% din numărul total al medicilor, cei care determină de fapt consumul de medicamente prin prescripțiile făcute, lucrează în mediul rural. În același timp creșterea accentuată a bugetelor pentru medicamente, mai ales în ultimii 4 ani, s-a făcut în principal pe seama unor medicamente din import extrem de scumpe. Analiza listei cu primele 20 de medicamente prescrise în România arată că multe din acestea sunt produse biologice foarte noi, extrem de scumpe, de care beneficiază un număr extrem de redus de persoane, iar altele sunt mărci scumpe, care ar putea fi înlocuite de produse generice, mult mai ieftine și cu aceleași rezultate terapeutice pentru pacienți. Pe baza acestei analize se poate constata și că aproximativ 8% din pacienți consumă cca. 70% din resursele dedicate asistenței farmaceutice din România⁸.

Toate acestea sugerează că marketingul producătorilor este unul dintre cei mai importanți factori în creșterea consumului de medicamente, iar acesta nu se suprapune în mod necesar și pe nevoile de sănătate ale populației din România. Un alt motiv care duce la situația de criză cronică cu acutizări repetate a consumului de medicamente se datorează neclarității și uneori incoerenței reglementărilor din acest domeniu, care deschid calea spre abuzuri și corupție. Aceste disfuncții se regăsesc la toate nivelurile importante ale politicii medicamentului, de la modalitățile de elaborare a listei de medicamente compensate, la modalitățile de stabilire a prețurilor de decontare și până la prescrierea medicamentelor și modul în care sunt eliberate către populație. Astfel, deși există definit un mecanism instituțional în ceea ce privește stabilirea listei de medicamente compensate, în practică acesta este puțin funcțional și extrem de vulnerabil în fața presiunilor și abuzurilor. În esență, deciziile sunt luate într-un mod lipsit de transparență și de predictibilitate, fără a exista nicio evaluare sistematică privind impactul deciziilor luate asupra sănătății publice sau asupra sustenabilității financiare a sistemului. Practic **analizele farmaco-economice și cele de impact sunt cvasi-inexistente**, singurele date fiind cele furnizate de

⁸ Conform datelor din rapoartele CNAS pentru anii 2006 și 2007

companiile de medicamente care promovează propriile produse. Capacitatea tehnică a Ministerului Sănătății Publice de a face asemenea analize este extrem de limitată, iar acest lucru face ca decizii importante pentru sănătatea populației și funcționarea sistemului să aibă o importantă componentă subiectivă, fiind greu de înțeles argumentele care au stat la baza introducerii unui medicament pe lista de compensări și cu atât mai puțin rațiunea tehnică pentru care este compensat într-un procent mai mare sau mai mic.

O altă zonă sensibilă și care determină disfuncții în piața medicamentului se referă la modalitatea de **stabilirea a prețurilor** la medicamente și care are aceleași probleme legate de transparența și coerența sistemului, reglementările în domeniu abundând în mențiuni ambigue de genul prețul se stabilește “de regulă” sau corelarea “se poate face” care nu sunt decât porți deschise pentru subiectivism și abuz.

O altă zonă în care apar comportamente ce induc o utilizare inefficientă a resurselor este cea legată de **distribuția și eliberarea** medicamentelor către populație. Un astfel de mecanism vicios constă în **oferirea de discounturi** de către producători către distribuitori, aceștia la rândul lor oferind bonusuri farmaciilor cu circuit deschis pentru a promova anumite medicamente, chiar dacă sunt mai scumpe. Sistemul de plată al farmaciilor stimulează și el acest mecanism, cu cât un medicament este mai scump, cu atât este mai mare câștigul farmaciei care-l eliberează. În același timp companiile farmaceutice alocă resurse semnificative pentru influențarea comportamentului medicilor prescriptori în diferite moduri, de la oferirea de sponsorizări pentru participarea la diferite activități, până la plăți directe pentru prescrierea anumitor medicamente, existând diferite forme de a “legaliza” aceste tipuri de practică (gen contracte de sponsorizare sau de marketing). Lipsa unui cadru de reglementare clar și coerent în acest domeniu nu face decât să accentueze practici cu care s-au confruntat în timp multe sisteme sanitare, dar care au făcut eforturi pentru a le reduce amploarea și impactul.

În afara acestor practici aflate la limita legii, sunt documentate și numeroase cazuri în care apar situații clar ilegale și în care sunt plătite **rețete pentru medicamente care nu au fost niciodată eliberate pacienților** (aceștia fiind fie decedați, fie plecați din localitate), acest lucru fiind posibil și datorită sistemului rudimentar de control de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care încearcă de circa 10 ani să implementeze un sistem informatic de monitorizare a consumului medicamentos.

În plus, formatorii de opinie medicală de la nivel universitar sunt de multe ori angajați ca și colaboratori sau experți pentru promovarea anumitor medicamente. Aceleași persoane sunt ulterior (sau chiar concomitent) și experți în comisiile Ministerului Sănătății Publice care fac recomandări în ceea ce privește politica medicamentului, uneori ajungând și în poziții de demnitate publică din care pot lua direct decizii în domeniu. În acest context **omniprezența conflictelor de interes** nu este surprinzătoare și nici faptul că nu întotdeauna sunt declarate. Ca urmare, în luarea deciziilor în ceea ce privește medicamentele acceptate pe listele de compensare există de regulă o mare acceptare de medicamente noi, cu puțină considerație față de relațiile cost-beneficiu și de impactul general asupra sănătății publice.

Deși există reglementări care limitează numărul de farmacii la populație, excepțiile de la acestea se fac în mod generos, ducând din nou la o creștere a consumului cu puține rezultate în starea de sănătate a populației, fără a menționa aspectul permanenței suspiciunii referitoare la bazele ce au stat la baza aprobării unor excepții de la lege.

În ceea ce privește **modalitățile de prescriere** situația se încadrează în contextul general de confuzie și incoerență, cu decizii puțin argumentate și cu lipsa responsabilității pentru impactul deciziilor luate și cu atât mai puțin cu respect pentru pacient. Astfel, deși una din tendințele mondiale ale sistemelor performante și una din recomandările Organizației Mondiale a Sănătății, făcute inclusiv cu ocazia diferitelor rapoarte⁹ solicitate de guvernul român, este de a favoriza prescripția care să încurajeze consumul genericilor, autoritățile sanitare din România s-au poziționat contra acestui trend, revocând prescripția pe bază DCI (a substanței active din medicament și nu pe baza denumirii comerciale). Acest mod de prescriere aducea în primul rând avantaje pacientului care putea alege orice medicament corespunzător respectivei substanțe, toate având aceeași acțiune terapeutică. Acolo unde din diferite motive justificate medical, doctorul consideră că este necesar numai un anumit medicament, acesta putea să solicite expres acest medicament. Pe baza acestei măsuri administrative, în cei 2 ani de aplicare, doar pentru primele 10 medicamente prescrise, consumul generic¹⁰ pentru același DCI a crescut cu peste 25%, în acest fel crescând și accesul populației la medicamente. Renunțarea la prescrierea generică duce în principal la limitarea dreptului pacientului de a alege medicația dorită, pe baza prescripției medicale și în secundar duce la reducerea resurselor disponibile pentru consumul medicamentos al populației, totodată și medicii au în timp de suferit, ne mai făcând legătura dintre medicamentul prescris și acțiunea sa terapeutică, de vreme ce nu mai prescriu substanța activă, ci un nume comercial. De altfel datele de pe primul semestru din 2008¹¹ arată pentru prima oară în ultimii ani o scădere a consumului de medicamente generice și o creștere semnificativă a celor originale (*brand name*). Astfel, potrivit datelor Cegedim, creșterea pieței medicamentelor originale a fost de 26% (în euro) în prima jumătate a acestui an, comparativ cu perioada similară a anului trecut, în timp ce segmentul medicamentelor generice a raportat o scădere de 2%.

Tot legat de modalitățile de prescriere trebuie reamintit și aici faptul că sistemul românesc nu a reușit încă **adoptarea unor ghiduri terapeutice**, măcar pentru cele mai frecvente afecțiuni, în ciuda a numeroase recomandări din partea unor consultanți – individuali și organizaționali - internaționali și în ciuda a numeroase angajamente ale autorităților române din domeniu. Datorită acestui fapt practica prescripțiilor medicale are variații foarte mari, neexistând niciun mijloc obiectiv de monitorizare și evaluare a acesteia, iar doctorii neavând nicio răspundere economică pentru medicamentele prescrise. Consecutiv, ei devin mult mai ușor receptivi la ofertele de cooperare cu companiile farmaceutice, iar crearea de loialitate față de noi medicamente mai scumpe este astfel mai ușor de obținut.

O altă reglementare care are un impact negativ asupra pacienților este prevederea care alocă **bugete fixe farmaciilor**, astfel încât în multe situații pacienții sunt nevoiți să alerge de la o locație la alta, chiar și atunci când per total există fonduri suficiente la nivelul unei regiuni. Acest lucru nu se poate modifica prin utilizarea actualelor mecanisme de finanțare, indiferent de

⁹ Așa cum se menționează spre exemplu în raportul O.M.S. privind Politica Medicamentului, realizat la cererea Ministerului Sănătății din România în 2003.

¹⁰ Conform evaluărilor Comisiei, pe baza analizei datelor CNAS și Cegedim

¹¹ Date Cegedim, citate în ZF din 13 august 2008.

formula de alocare a fondurilor către farmacii și, în plus, a creat permanenta suspiciune de alocări discreționare și subiective.

În afara medicamentelor utilizate în farmaciile cu circuit deschis se mai utilizează medicamente și prin intermediul **programelor de sănătate** și, firește, în cadrul spitalelor. Ambele domenii au fost caracterizate de neclaritate în ceea ce privește modul de achiziții și eliberare către populație. Spre exemplu în cadrul programelor naționale se achiziționează cantități mari prin licitații naționale, prețul urmând a fi semnificativ mai mic decât în cazul medicamentelor eliberate prin farmacii. Acest lucru a fost doar parțial realizat în ultima licitație națională din 2003, Consiliul Concurenței amendând unele dintre companiile participante pentru **practici de cartel** prin care ar fi stabilit între ele ce prețuri să ofere în cadrul licitației. În plus, după anul 2003 nu a mai fost realizată nicio licitație națională pe programe, piața medicamentului fiind blocată și împărțită de companiile câștigătoare în 2003. Din 2007 s-a renunțat complet la modalitatea de licitații naționale, toate medicamentele respective fiind distribuite prin farmaciile cu circuit deschis, cu prețul fixat prin decizie administrativă și nu prin licitație (chiar imperfectă) ca până atunci, fapt ce a condus la prețuri semnificativ mai mari decât cele ce ar fi putut fi obținute prin licitații (având drept consecință finală reducerea resurselor disponibile pentru pacienți).

Concluzionând, principalele probleme din domeniul farmaceutic cu impact asupra accesibilității pacienților la terapia adecvată țin mai ales de domeniul politic, managerial și administrativ, neexistând nici la ora actuală un document oficial coerent privind politica medicamentului care să ofere orientări cel puțin pe termen mediu tuturor actorilor din sistem.

SOLUȚII

RECOMANDAREA 11

Îmbunătățirea procesului de stabilire a componenței listei de medicamente compensate

Principalele două aspecte ce ar trebui îmbunătățite în acest proces se referă la:

- transparența procesului și
- îmbunătățirea capacităților tehnice ale luării deciziei.

Cele două aspecte sunt interdependente, ele neputând fi abordate separate. Astfel, din punct de vedere al transparenței, reglementările UE cer ca o decizie privind compensarea să fie luată în termen de 90 de zile pe baza unor criterii prestabilite cunoscute de toți actorii sistemului. Acest fapt implică nu doar decizia dacă un medicament este compensat, ci și în ce proporție și pentru ce afecțiuni. În plus, trebuie stabilit și cum anume se controlează utilizarea sa în sistemul public, existând disponibile din practica internațională diferite modele în acest sens, una dintre cele mai uzitate fiind necesitatea existenței unei aprobări prealabile pentru utilizarea sa în anumite circumstanțe; și în acest caz este însă necesară utilizarea unor criterii de aprobare clare și transparente.

Pentru luarea deciziilor menționate mai sus este esențială existența unor **specialiști** cu competențe în domenii precum farmaco-economia, medicina bazată pe dovezi, cost-eficiență, sănătate publică etc. De regulă, asemenea echipe sunt organizate și funcționează în cadrul unor instituții specializate și care în România nu există ca atare. Pentru acest motiv s-a propus crearea unei **Agenții pentru Calitate și Informații în Sănătate (ANCIS)** în cadrul căreia să funcționeze și o echipă care să fie dedicată demersului de evaluare farmaceutică ca parte a procesului mai

larg de evaluare a tehnologiilor medicale (*Health Technology Assessment*). Printre criteriile pe care ar putea să le ia în considerare se pot număra următoarele:

- respectivul medicament este pe lista de compensare din alte țări membre UE;
- boala pe care o tratează reprezintă (sau nu) o problemă de sănătate publică în România;
- noul tratament are efecte terapeutice superioare celor deja existente;
- noul tratament nu este mai scump decât variantele disponibile;
- efectele adverse ale noului tratament sunt mai reduse decât ale celor disponibile pe piață;
- noul tratament poate fi acordat în concordanță cu normele de bună practică: există protocoale terapeutice disponibile, metode de diagnostic și monitorizare etc.;
- se poate limita cu ușurință utilizarea medicamentului în afara indicațiilor;
- impactul financiar asupra bugetului de sănătate din România, ținând cont de morbiditatea specifică.

Pe baza răspunsurilor la fiecare din aceste întrebări se pot alcătui scoruri și rapoarte detaliate de către specialiștii Agenției pentru Calitate (ANCIS) care vor fi apoi puse la dispoziția decidenților ce vor decide includerea în listă și nivelul de compensare. Trebuie subliniat că astfel de demersuri sunt utilizate ca regulă în multe țări occidentale unde aprobarea de noi medicamente pe lista compensatelor din fonduri publice nu se face fără evaluarea eficacității și eficienței comparative cu produsele deja existente pe piața locală.

RECOMANDAREA 12

Modificarea regulilor de compensare și de stabilire a prețului pentru asigurarea utilizării în condiții de cost-eficiență a resurselor publice

O variantă care ar putea reduce unele din disfuncțiile analizate în descrierea situației actuale constă în înlocuirea adaosului procentual actual de la nivelul farmaciilor, care stimulează eliberarea medicamentelor mai scumpe, cu o **sumă fixă** pentru fiecare medicament eliberat la nivelul farmaciei. De asemenea, același principiu s-ar putea aplica și la nivelul pacienților: în locul actualei formule cu diferite praguri de compensare s-ar putea stabili o singură variantă de compensare generală, urmând ca pacienții să plătească o sumă fixă pentru fiecare medicament prescris (modalitatea este întâlnită și în alte țări din UE precum Marea Britanie). Acest model ar reduce inechitatea (și în oarecare măsură anomalia) actuală când un pacient trebuie să plătească 10% sau 50% din valoarea unui medicament de zeci de lei, iar altul nu plătește nimic dintr-un medicament cu valoare de câteva sute sau mii de lei, indiferent de capacitatea de plată a fiecăruia. Se pot menține sau introduce noi excepții de la aceste plăți pentru diferite grupuri populaționale pe baze transparente și agreate la nivelul societății.

În același timp trebuie subliniat că modalitățile actuale de stabilire a prețului la medicamente duc la frecvente disensiuni și conflicte pe piața farmaceutică, pornite în bună măsură și de la reglementările ambigue din domeniu (spre exemplu se spune că prețul se stabilește “de obicei” pe baza prețului din anumite țări, ceea ce lasă loc la subiectivism și eventual abuz) și de aceea este necesară revizuirea acestor reglementări cu eliminarea unor asemenea formulări. În plus, utilizarea exclusiv a prețului ca mijloc de control al pieței farmaceutice nu s-a dovedit a fi eficientă în nici un alt sistem și evident nu este nici în România. De aceea trebuie avute în vedere modalități suplimentare de intervenție în acest domeniu reglementat, dar care să distorsioneze cât mai puțin funcționarea pieței farmaceutice. Un asemenea procedeu este cel al **contractelor cost-**

volum. În esență, prin aceste contracte dintre producător/distribuitoare și plătitor – Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau spitalul – se stabilește un **preț al medicamentelor pentru un anumit volum de vânzări**, urmând ca prețul să scadă pe măsură ce volumul crește. În acest fel se previne situația în care producătorii de medicamente sunt înclinați să-și crească numărul de pacienți prin includerea unora care nu au ca principală indicație respectivul medicament, dar care aduc profituri suplimentare. Mai mult, acest procedeu duce la **transferul bonusurilor și discounturilor** de volum pe care producătorii le fac distribuitorilor către pacienți prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau spitalelor. În fine, în acest mod se realizează și împărțirea riscului depășirii bugetului între producător/distribuitoare și plătitorul public, cu raționalizarea comportamentului primului, astfel încât să nu intre în zona care i-ar putea produce pierderi financiare.

RECOMANDAREA 13

Dezvoltarea unui sistem de monitorizare a prescrierii și eliberării de medicamente și corelarea acestuia cu stimulente pentru utilizarea rațională a medicamentelor

Pentru a putea monitoriza eficient un sistem de prescriere a medicamentelor sunt necesare criterii obiective și transparente de evaluare. Acest lucru nu este posibil fără existența unor **ghiduri și protocoale de practică medicală** bazate pe evidențe medicale și pe cele mai bune practici din domeniu adaptate la contextul epidemiologic și socio-economic din România. Experiența din alte țări, cuplată cu situația din România, a demonstrat că cel mai eficient mod de realizare a acestui demers este prin intermediul unor instituții specializate: ANAES (ulterior devenită HAS) în Franța, NICE în Anglia, SIGN în Scoția etc. Acest rol ar trebui jucat în România de **ANCIS**, care ar putea ierarhiza cele mai frecvente afecțiuni, cu cea mai mare variabilitate în practica medicală și dezvolta ulterior ghidurile clinice adecvate, utilizând pentru aceasta atât ghidurile existente internațional cât și situația și expertiza locală. Metodologia pentru o asemenea abordare este de altfel acceptată de Guvernul României, prin semnarea Recomandării 13/2001 a Consiliului Europei privind Elaborarea Ghidurilor de Practică Medicală.

Problema lipsurilor și dificultăților de acces la anumite farmacii: modalitatea actuală de a stabili plafoane pentru fiecare farmacie nu poate duce decât la perpetuarea disfuncțiilor sistemului farmaceutic actual. Farmaciștii nu pot influența consumul de medicamente - care sunt prescrise de medici – și, de aceea terminarea bugetelor alocate la farmacii nu ține de modul în care acestea se comportă. În același timp această metodă duce la disparități în aprovizionarea populației cu medicamente, chiar și atunci când există fonduri. Soluția optimă ar fi introducerea **bugetelor de practică** la medicii prescriptori, atât medicii de familie cât și specialiștii aflați în relații contractuale cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate și **renunțarea la bugetele/plafoanele pentru farmacii**. Pentru început aceste bugete pot fi orientative, urmând ca acolo unde există deviații mari de la practica medie să se facă analize ale motivelor acestor deviații, cu eventuala ajustare a bugetelor. Acest demers ar trebui însoțit de **reintroducerea prescripției pe bază DCI**, așa cum se recomandă de altfel în majoritatea rapoartelor din acest

domeniu¹². În funcție de utilizarea eficientă a resurselor se pot promova bonusuri către medicii prescriptori.

De asemenea, se recomandă ca toate spitalele să-și construiască propriile **formulare de medicamente** pentru A) medicamente disponibile fără restricții, B) medicamente disponibile cu restricții și C) medicamente care nu sunt disponibile și care nu au fost aprobate de comisia terapeutică și farmaceutică din spital. Trebuie ținut cont și de faptul că există o relație strânsă între promovarea medicamentelor, utilizarea medicamentelor noi și scumpe și costul total al medicamentelor și de obicei, utilizarea medicamentelor noi și scumpe începe în spitale. Spitalelor ar trebui de asemenea să li se ceară să elaboreze **ghiduri** despre cum să se comporte cu reprezentanții companiilor farmaceutice și cum ar trebui să privească promovarea acestora de noi medicamente (așa cum se întâmplă de altfel din ce în ce mai mult la nivelul UE). Acest demers ar trebui să aibă loc într-un cadru mai general de reglementare a **eticii promovării medicamentelor** care ar trebui realizat de către Ministerul Sănătății Publice. Există numeroase exemple în acest sens, de la limitarea contactelor dintre reprezentanții companiilor de medicamente și medici, până la declararea tuturor beneficiilor obținute de personalul medical și a conflictelor de interese implicite.

Trebuie însă menționat faptul că nici un demers de monitorizare nu poate fi eficient în absența unui **sistem informatic integrat** care să permită evaluarea la nivelul prescriptorilor și eliberarea la nivelul farmaciilor. Acest lucru presupune finalizarea sistemului integrat unic început la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, dar și promovarea **dosarului medical electronic al pacientului** care ar elimina în mare măsură aspectele legate de fraudele în prescripțiile medicamentoase.

O alta măsură, care este detaliată mai mult la secțiunea dedicată finanțării sectorului sanitar, se referă la promovarea/încurajarea dezvoltării de asigurări **private** care să acopere o parte din costul medicamentelor, reducând astfel presiunea asupra fondurilor publice.

În finalul acestei secțiuni trebuie subliniat că toate aceste demersuri trebuie să aibă ca obiectiv ultim accesul pacientului la medicamentele necesare, iar pentru acest lucru este necesară o **campanie permanentă de informare și educare** a pacientului, inclusiv cu privire la terapiile medicamentoase bazate pe dovezi.

¹² Inclusiv ultimul raport al OMS *Draft report on Pricing and Reimbursement of Pharmaceuticals in Romania*, April 18-21, 2008, care are drept recomandare explicită reintroducerea prescripției pe DCI

V. ÎNTĂRIREA ASISTENȚEI PRIMARE

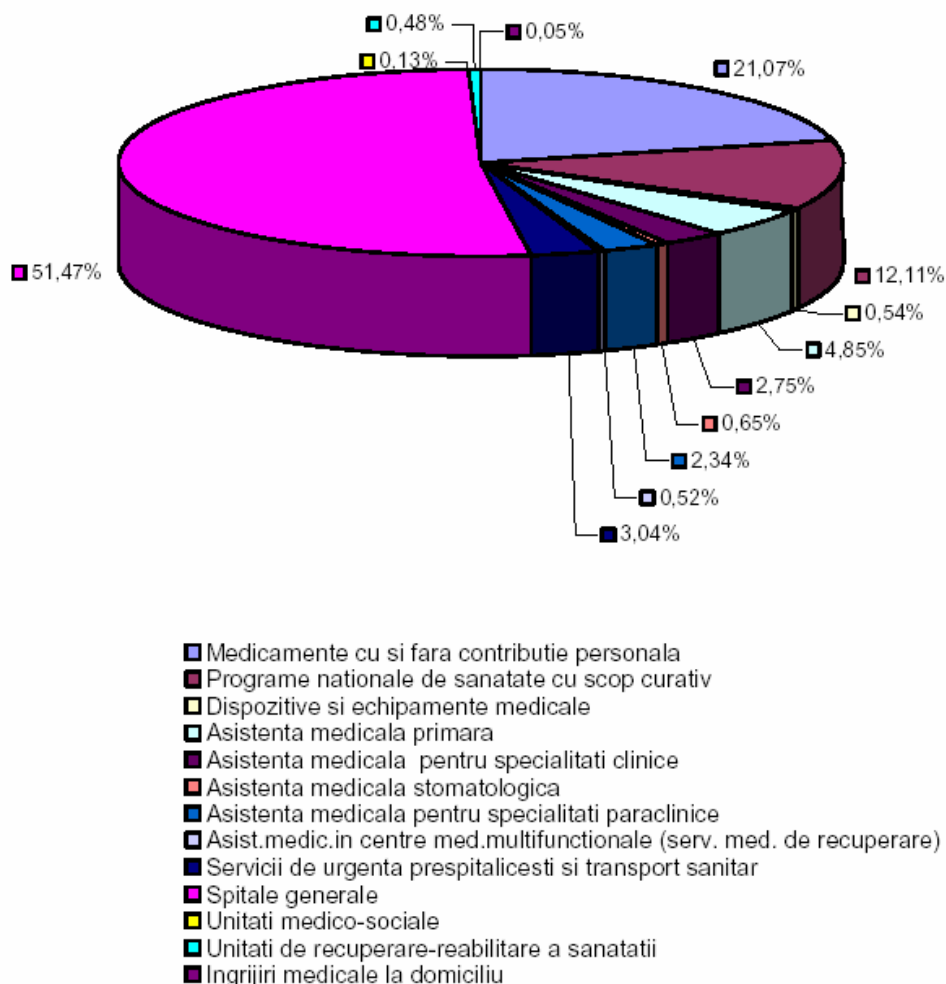
Asistența primară trebuie să devină elementul central al sistemului de sănătate și reprezintă cadrul corespunzător pentru a satisface 70%-80% din nevoile legate de serviciile de sănătate. Serviciile integrate de asistență primară pot avea rezultate mai bune și se pot dovedi mai eficiente din punct de vedere al costurilor. Dacă sunt elaborate în mod corespunzător, serviciile de asistență primară pot contribui la prevenirea sau diminuarea condițiilor care ar putea necesita ulterior spitalizarea. În ansamblu, consolidarea sistemului de asistență primară va avea un efect major din perspectiva reducerii cererii de servicii de specialitate, dar și a utilizării resurselor spitalicești, îndeosebi a celor legate de accidente, urgențe și servicii ambulatorii. Obiectivul acestei strategii este de a dezvolta capacitatea asistenței primare de a asigura o gamă completă de servicii de sănătate și de a răspunde astfel nevoilor din domeniu. Acest demers presupune majorarea semnificativă a surselor de finanțare destinate dezvoltării asistenței primare, în domenii precum resursele umane, infrastructura fizică, sisteme informatice și de comunicare, echipamente și aparatură medicală, concomitent cu integrarea serviciilor atât pe orizontală, prin rețelele comunitare, cât și pe verticală, prin parteneriatul cu serviciile de specialitate.

Situația actuală

Sistemul de asistență primară a fost primul care a suferit o schimbare majoră după 1989, fiind la ora actuală singura componentă a sistemului public semnificativ schimbată din punct de vedere organizațional față de perioada anterioară anului 1989. Astfel, toți medicii de familie care furnizează asistență primară au practici private, fiind furnizori independenți de servicii de sănătate, care furnizează asistență medicală populației pe baza contractului cu casele locale de asigurări. Populația își poate alege și schimba liber medicul de familie, existând astfel, în principiu, posibilitatea competiției pe baza serviciilor furnizate.

Cu toate că majoritatea administrațiilor au declarat asistența primară o prioritate, în conformitate, de altfel, cu recomandările Organizației Mondiale a Sănătății sau ale Băncii Mondiale, organizații care au sprijinit cu resurse umane și financiare importante acest sector, resursele alocate zonei de asistență primară au fost în permanență mult sub media UE, nedepășind niciodată 10% din bugetul alocat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cel mai frecvent fiind în jurul a 5% din totalul cheltuielilor.

Ponderea asistenței medicale pe domenii în totalul cheltuielilor pentru servicii medicale și medicamente



Sursa: Raport Casa Națională de Asigurări Sănătate pentru anul 2006

În același timp asistența primară se confruntă cu un **deficit de personal** și în special de medici, prognozele fiind și mai îngrijorătoare dacă actualele tendințe se mențin¹³. Deși medicul de familie este în multe cazuri singura instituție medicală accesibilă la nivelul comunităților rurale și în acest domeniu există numeroase disparități, existând aproape 100 de **localități fără medic**. La nivel național, numărul de locuitori care revin la un medic în zona rurală este de peste 6 ori mai mare decât în urban. Și aceste date ascund însă importante dezechilibre regionale, în

¹³ Așa cum rezultă și dintr-un recent document finanțat de USAID "Summary Report of Financing and Training Needs of Small Scale Health Service Providers and Distributors in Romania" Draft Report, Banking on Health Project, June 2007.

timp ce în regiunile din Sud și Sud-est revin 773 și, respectiv 655 locuitori la 1 medic, în regiunea de Nord-Est se înregistrează 1 medic la 2778 locuitori, pentru a da doar câteva exemple.

O altă insuficiență a actualului sistem de asistență primară se referă la **infrastructura** aferentă asistenței primare care este **slab dezvoltată**; din momentul în care au devenit furnizori privați de servicii, niciun program de investiții nu a mai fost elaborat pentru dotarea cu aparatură medicală necesară în conformitate cu cerințele secolului XXI, deși au existat propuneri de îmbunătățire a acestei situații venite din partea unor organisme internaționale. Fondurile alocate pentru practica medicală au fost insuficiente în majoritatea cazurilor pentru a permite investiții proprii. În plus, sistemul de rambursare a oferit puține stimulente pentru medicii care ar fi dorit să facă investiții individuale în propriile cabinete.

În afara posibilității reduse de a oferi servicii medicale diversificate datorate lipsei de aparatură, un alt aspect care a grevat eficacitatea și eficiența asistenței primare ține de organizarea sa și a întregului sistem sanitar. Astfel, modalitățile de finanțare **nu au stimulat** sub nicio formă **lucrul în echipă** (care ar fi putut prin concentrarea resurselor să mai reducă din impactul lipsurilor financiare), peste 80% din cabinetele medicilor de familie funcționând ca practici individuale. În aceste condiții nu este surprinzător că **serviciile sunt fragmentate**, lucrul în echipă fiind aproape inexistent. La acest aspect se adaugă și **decuplarea** aproape completă a asistenței primare de celelalte servicii de sănătate, fapt care duce la serioase discontinuități în urmărirea evoluției stării de sănătate a pacienților. În acest context lipsa unui **sistem informatic funcțional** nu face decât să accentueze aceste neajunsuri. Se ajunge astfel că numeroase servicii care în mod normal ar putea fi asigurate într-un mod corespunzător în cadrul asistenței primare să fie furnizate actualmente în unitățile spitalicești cu costuri semnificativ mai mari, cu disconfort și riscuri crescute pentru pacienți. Astfel, o bună parte din primele 20 de diagnostice de boli tratate în spitalele românești sunt exemple tipice de afecțiuni care se tratează în afara spitalului, dacă este să amintim doar hipertensiunea sau afecțiunile medicale ale spatelui. În același timp, la nivelul practicii de familie nu există niciun fel de responsabilizare a medicilor pentru **prescrierea rațională** a medicamentelor și, într-un cadru mai general, a investigațiilor medicale, dimensiunea economică a activității lor fiind ignorată cu desăvârșire.

La nivelul practicii medicului de familie se remarcă o insuficientă capacitate de **promovare a sănătății** prin oferirea către populație de informații și mijloace de intervenție **asupra determinantilor stării de sănătate**, care să deplaseze accentul către serviciile preventive de sănătate, precum și spre creșterea nivelului de educație pentru sănătate a populației în vederea adoptării comportamentelor sănătoase. Acest lucru se datorează atât resurselor insuficiente, cât și modalităților de motivare care pun un accent redus pe acest gen de intervenții. În plus, sistemul de educație medicală actual nu oferă decât în mod sporadic cunoștințe și deprinderi în această zonă, promovând la nivelul asistenței primare proceduri medicale diagnostice și terapeutice, cu foarte puțin accent pus pe **prevenție și reabilitare**.

Impactul numărului redus de personal ca și insuficiența personalului calificat într-o serie de domenii cheie care funcționează în asistența primară este accentuat de tipul de organizare și „tradiția” care nu stimulează și nu are în vedere munca în **echipe pluridisciplinare**, care ar putea astfel să diminueze încărcătura personalului medical. Modelele de succes de la nivel internațional în asistența primară includ pe lângă medici, asistente, moașe și asistenți sociali, mediatori sanitari, nutriționiști și dieteticieni, logopezi, fizioterapeuți, farmaciști, psihologi,

dențiști, specialiști în comunicare, specialiști în sănătate publică etc. În modelul actual, medicii de familie sunt **izolați** complet nu doar **de asistența spitalicească** dar și **de majoritatea serviciilor comunitare**. Cu alte cuvinte, nu sunt înlesnite sau încurajate comunicarea și diviziunea muncii cu alți profesioniști în domeniul asistenței primare, fapt ce nu poate avea decât repercursiuni negative asupra îngrijirii populației dintr-o anumită comunitate. În aceste condiții nu mai reprezintă o surpriză faptul că rolul și implicarea **autorităților locale** în sprijinirea asistenței primare este minim.

De asemenea, serviciile de asistență primară **în afara orelor de program** sunt insuficient dezvoltate, în special în zonele rurale sau ale orașelor mici unde nu există alte instituții medicale care să preia solicitările populației în afara medicilor de familie, cauzele fiind în bună măsură cele menționate anterior (organizare și motivare).

O altă zonă care necesită îmbunătățiri este cea legată de **asigurarea calității** serviciilor oferite. Deși asociațiile profesionale ale medicilor de familie au fost printre cele mai active în dezvoltarea unor protocoale de practică, implementarea acestora a rămas în multe cazuri la situația de deziderat, iar sistemul sanitar în ansamblul său nu a creat cadrul necesar pentru valorificarea unor demersuri de asigurare a calității.

SOLUȚII

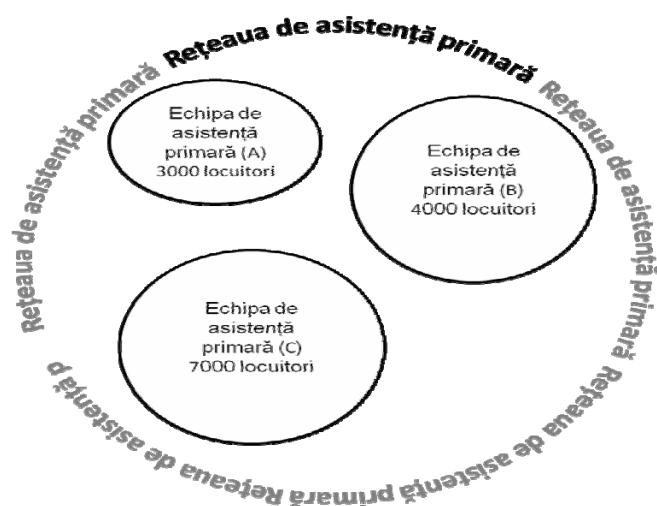
RECOMANDAREA 14

Dezvoltarea echipelor de asistență primară multidisciplinară

Acolo unde există mai mulți medici de familie se vor dezvolta mecanisme de finanțare care să stimuleze asocierea a doi sau mai mulți medici de familie, prin concentrarea resurselor putându-se obține creșterea eficienței la nivelul practicii și, consecutiv, o mai bună calitate a serviciilor oferite populației. Va fi introdusă o nouă abordare a asistenței primare, bazată pe lucrul într-o **echipă multidisciplinară**. Astfel, printre membrii **echipei de asistență primară** se vor număra *medici de familie, asistente medicale, moașe, asistenți sociali și comunitari, fizioterapeuți și personal administrativ*.

Echipele astfel constituite vor putea deservi grupuri mai mari de populație, cuprinse între 3.000 și 7.000 de oameni, în funcție de specificul regiunii – rural sau urban. Mai multe asemenea echipe se pot asocia în **rețele de asistență primară**, aceste rețele urmând să dispună de resurse suplimentare, inclusiv la nivelul personalului, propunându-se ca într-o asemenea rețea să fie implicați și *dențiști, psihologi, dieteticieni, personal de îngrijire la domiciliu, mediatori sanitari, specialiști IT, în funcție de resursele și necesitățile locale putând fi implicate și alte categorii de personal*. Prin utilizarea unei astfel de rețele se va putea asigura și **continuitatea** în acordarea îngrijirilor de asistență primară pe parcursul întregii săptămâni. Prin acest demers un număr de medici vor putea avea un call-center la sfârșit de săptămână care va dirija apelurile telefonice către medicul de permanență care va putea apoi îndruma pacientul către cele mai adecvate forme de asistență medicală. O astfel de abordare va face mai probabilă îndreptarea eforturilor asistenței primare și spre zonele care astăzi sunt deficitare și care la nivel comunitar au cel mai mare impact asupra stării de sănătate: **promovarea sănătății, prevenția și reabilitarea**.

Echipe și rețeaua de asistență primară



Echipe de asistență primară:

Medici de familie,
Asistente medicale,
Moașe,
Asistenți sociali și comunitari,
Fizioterapeuți și
Personal administrativ

Rețeaua de asistență primară:

Dentisti,
Psihologi,
Dieteticieni,
Personal de îngrijire la domiciliu,
Mediatori sanitari,
Specialiști IT,
Alte categorii de personal

O abordare bazată pe lucrul într-o echipă interdisciplinară va contribui la consolidarea capacității asistenței primare de a asigura îngrijirea unui procent cât mai mare de pacienți chiar în cadrul comunității. Gama variată de aptitudini din interiorul echipei va permite o repartizare mai adecvată a sarcinilor de lucru, astfel încât fiecare membru al echipei să-și poată pune în valoare capacitatea profesională. De asemenea, această componentă a echipei va înlesni o comunicare îmbunătățită între membrii săi și, prin diminuarea sarcinii de lucru datorate degrevării membrilor echipei de atribuții ce nu le revin, va crește eficiența și calitatea serviciilor oferite populației. Printr-o asemenea abordare se va putea ajunge la o **extindere a serviciilor la nivelul comunităților** și a serviciilor medicale în zonele rurale și localitățile mici a căror populație nu este acoperită corespunzător în prezent.

RECOMANDAREA 15

Îmbunătățirea alocării resurselor la nivelul asistenței primare, concomitent cu eficientizarea utilizării lor și integrarea serviciilor de sănătate

Pentru stimularea unei asemenea abordări se vor **diversifica metodele de plată** inclusiv prin introducerea **unor bugete de practică globale, cu prioritate** pentru acele practici care vor intra în tipul de abordare a echipelor multidisciplinare. Fondurile vor proveni atât de la casele locale de asigurări și de la Ministerul Sănătății Publice, dar și de la autoritățile locale, iar atunci când se vor dezvolta și de la casele de asigurări private, pentru serviciile suplimentare oferite la acest nivel. Recomandarea este ca pe măsură ce activitatea de asistență primară se va diversifica, bugetul alocat să ajungă la echivalentul a cca. **10%-15% din bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate**. În cadrul bugetelor de asistență primară vor fi prevăzute categorii mari (de ex. personal, servicii, medicamente), urmând ca medicul de familie ce va coordona echipa să aibă autonomie și flexibilitate în alocarea fondurilor în funcție de nevoile populației deservite. În

plus investițiile vor fi făcute de către autoritățile locale și centrale cu prioritate acolo unde se vor dezvolta asemenea echipe multidisciplinare.

O altă metodă recomandată a fi dezvoltată constă în **diversificarea serviciilor oferite**, atât în ceea ce privește orele de lucru cât și gama acoperită. În cadrul acesteia se pot încadra modele care oferă acces la serviciile medicale după orele obișnuite de program, inclusiv prin utilizarea consultațiilor telefonice. Pentru circumstanțe specifice se pot dezvolta și utiliza linii telefonice de suport la care personalul poate fi reprezentat și de asistenți medicali special pregătiți care utilizând protocoale special concepute pot oferi informații care să îndrume pacienții spre cele mai adecvate forme de tratament. Alte tipuri de unități ce se pot crea la nivel comunitar sunt **unități de îngrijire**, inclusiv pentru afecțiuni minore și care au ca personal permanent asistenți medicali (se degreveză astfel unitățile medicale de o serie de activități care nu necesită prezența medicului, dar care nu pot fi făcute de pacienți singuri, spre exemplu administrarea de tratamente injectabile recomandate de doctori sau schimbarea unor pansamente la injurii minore etc., în prezent acestea aglomerând cabinetele medicale și chiar camerele de gardă ale spitalelor). La nivelul rețelelor de asistență primară, datorită populației mult mai mari arondate va exista posibilitatea de a contracta servicii suplimentare care să poată răspunde mai bine nevoilor locale de sănătate.

În același timp o abordare bazată pe lucrul într-o echipă interdisciplinară va contribui la consolidarea capacității asistenței primare de a asigura îngrijirea unui procent cât mai mare de pacienți chiar în cadrul comunității. Pentru acest demers este necesară **integrarea pe verticală a** echipei de asistență primară cu serviciile de specialitate. Printre reglementările necesare a fi dezvoltate în acest sens se numără proceduri administrative precum **protocoale de trimitere**, dar și servicii specifice precum **acces direct la facilitățile de diagnosticare**, scheme de externare și de asistență individuală, modalități de asistență integrată, dar și de protocoale de îngrijire comună, în special **pentru bolile cronice**. În aceste condiții, echipele de asistență primară ar putea prelua într-un mod mai eficient o mare parte din atribuțiile de asistență care revin în prezent serviciilor de specialitate, inclusiv a celor de la nivelul spitalelor.

În contextul acestei recomandări trebuie subliniat că orice majorare și alocare suplimentară de resurse în cadrul asistenței primare ar trebui să fie strâns legată de utilizarea unui sistem coerent de indicatori de calitate pentru practica echipei de asistență primară. Acești indicatori trebuie să se refere atât la calitatea clinică, dar și la alte domenii cu impact direct asupra pacientului precum organizarea practicii medicale. Autoritățile de sănătate trebuie să definească principalele domenii în care să fie dezvoltați acești indicatori de calitate, recomandarea Comisiei fiind de a începe cu acele afecțiuni care determină cea mai mare parte a îmbolnăvirilor și deceselor evitabile, cu accentul pus pe afecțiunile cronice. Odată decise afecțiunile, va fi sarcina ANCIS să dezvolte - concomitent cu ghidurile clinice - și seturi de asemenea indicatori.

RECOMANDAREA 16

Majorarea semnificativă a resurselor destinate dezvoltării asistenței primare, în domeniul precum resursele umane, infrastructura fizică, sisteme informatice și de comunicare, echipamente și aparatura medicală.

Pentru succesul modelului integrat, pluridisciplinar de asistență primară descris va fi nevoie de noi modalități de lucru pentru toți cei implicați în furnizarea serviciilor de asistență primară la

nivelul comunității. Vor fi, de asemenea, necesare investiții în **infrastructura fizică** pentru a putea dezvolta un mediu prietenos atât pentru cei care lucrează în el, cât și pentru pacienți. Acest lucru se referă atât la restructurarea și recondiționarea actualelor practici, cât și la dotarea acestora cu echipamente de diagnostic și terapeutice adecvate. Deși pot exista diferențe în conținutul dotării standard a unei practici în funcție de specificul local, se recomandă elaborarea unui **set minim de echipamente** pentru fiecare nivel (echipa de asistență primară și rețeaua de asistență). Chiar dacă în mod ideal ar fi să existe spații fizice care să permită gruparea tuturor membrilor echipei de asistență primară într-un singur loc, lipsa unui amplasament unic nu va afecta comunicarea dintre membrii echipei, având în vedere sistemele eficiente de comunicare și evidență electronică existente la ora actuală și care vor trebui implementate și la nivelul asistenței primare din România.

Ca atare, al doilea element care va necesita investiții este reprezentat de existența unei **tehnologii informatice și de comunicare** adecvate, care însă nu va fi suficient decât cuplat cu capacitatea și complianța personalului de a utiliza aceste facilități. Pentru dezvoltarea acestei dimensiuni, resursele vor putea veni atât din partea Caselor de Asigurări de Sănătate, care va trebui să finalizeze sistemul integrat unic informatic (SIUI) care cuprinde numeroase componente ce pot sprijini direct asistența primară, dar și de la Ministerul Sănătății Publice și comunitatea locală, pentru servicii specifice (de la evidența populației, până la dezvoltarea unor metode de informare și educare la nivelul comunității sau programe de promovare a sănătății și prevenire a îmbolnăvirilor). În același timp aplicațiile informatice vor trebui să permită și **integrarea verticală** cu asistență de specialitate și cea spitalicească, astfel încât să poată fi facilitată continuitatea în urmărirea pacientului. Din această perspectivă dezvoltarea **dosarului medical electronic** unic al pacientului va fi una din cerințele obligatorii pe termen mediu, concomitent cu luarea tuturor măsurilor pentru securizarea confidențialității acestuia. Pe termen scurt, este recomandată dezvoltarea unui document oficial privind **strategia informatică de sănătate națională**, care să integreze toate proiectele și tentativele de informatizare într-o formă coerentă și să facă o proiecție a resurselor necesare pentru finalizarea informatizării sistemului de sănătate.

Nu în ultimul rând, modelul propus are și implicații majore legate de **forța de muncă necesară**. Deși mare parte a membrilor echipei de asistență primară descrisă anterior vor proveni din personalul deja existent, modelul propus presupune o creștere și diversificare semnificativă a serviciilor oferite, care va necesita personal suplimentar. O parte a efortului presupus de extinderea serviciilor va fi atenuat prin comasarea resurselor, în special la nivelul rețelelor de asistență primară, ca și prin utilizarea sistemului informatic. În același timp trebuie dezvoltat un **plan de implementare** în care resursele umane suplimentare să fie clar planificate, inclusiv pentru programe specifice de educație și formare suplimentară. În acest context se recomandă dezvoltarea unor **module naționale de formare** postuniversitară interdisciplinară pentru membrii echipelor de asistență primară.

În final trebuie menționat ca pentru a avea mai mult succes decât încercările anterioare, acest demers trebuie să se bazeze pe mecanisme de implicarea activă a reprezentanților locali în deciziile care au impact major asupra sănătății comunitare, iar această implicare nu este posibilă fără **descentralizarea reală** a sistemului sanitar.

VI. RESURSELE UMANE DIN SĂNĂTATE

Resursele umane sunt elementul - cheie pentru buna funcționare a sistemului de sănătate, în conformitate cu necesitățile populației. România se confruntă cu un dezechilibru major în ceea ce privește planificarea, formarea și gestionarea resurselor umane în sănătate, având cea mai redusă rată de personal raportată la populație din Uniunea Europeană (UE) pentru aproape toate categoriile de personal. Lipsa unui document de politică a resurselor umane în sănătate nu face decât să adâncească aceste dezechilibre, cu repercursiuni majore asupra sănătății populației. Planificarea resurselor umane din sănătate va trebui să treacă de la determinarea numărului de personal din diferite specialități pe baza nevoilor definite doar de reprezentanții profesiei respective, la determinarea necesarului de profesioniști în funcție de starea de sănătate a populației și proiecțiile acesteia pe termen mediu și lung. Absența unor politici care să încurajeze personalul medical să lucreze în zonele în care există deficite de personal, cuplată cu o capacitate redusă de management a personalului la nivelul autorităților de sănătate a dus la inechități marcante în accesul la serviciile de sănătate. Condițiile de muncă nesatisfăcătoare, lipsa unor stimulente adecvate și sistemul de promovare profesională duc la o forță de muncă descurajată, un procent important, mai ales din rândul tinerilor, dorind să emigreze. Toate acestea, asociate cu un sistem de învățământ nereformat, conduc la un sistem care ține cont doar în mică măsură de nevoile populației. Pentru reformarea sa este nevoie de modificări atât ale numărului și capacității profesionale a personalului sanitar, cât și a educației, distribuției, managementului și condițiilor de lucru ale forței de muncă din sănătate.

Situația actuală

Resursa umană este reprezentată de acel personal medical sau non-medical care face posibilă intervenția individuală sau colectivă în domeniul sănătății publice și reprezintă cea mai importantă resursă a sistemului de sănătate. În România se întâlnesc probleme majore legate de resursele umane ale sistemului de sănătate, atât din punct de vedere cantitativ cât și calitativ.

Dezechilibrul numeric este reprezentat la nivel național de o subacoperire sau, în unele cazuri cu lipsa de personal. Acest lucru se referă atât la numărul total de personal, care pentru majoritatea profesiilor medicale situează România pe ultima poziție în UE, raportat la numărul de locuitori, dar și la distribuția pe anumite domenii. Așa cum se poate observa și în tabelul următor, în România pentru toate categoriile de personal medical, densitatea profesională este la jumătate față de țările UE - 25.

Anul	Medici		Medici de familie	Dentiști		Farmaciști		Asistente Medicale	
	RO	EU	RO	RO	EU	RO	EU	RO	EU
1995	1,77	3,13		0,27	0,57	0,12	0,68	4,31	7,32
1996	1,81	3,19		0,26	0,58	0,11	0,71	4,41	7,40
1997	1,79	3,23		0,24	0,59	0,8	0,71	4,06	7,40
1998	1,84	3,26		0,24	0,60	0,7	0,72	4,09	7,47
1999	1,91	3,31		0,23	0,60	0,7	0,73	4,04	7,52
2000	1,89	3,37	0,51	0,22	0,60	0,7	0,75	4,02	7,60
2001	1,89	3,40	0,51	0,23	0,61	0,7	0,77	4,03	7,67
2002	1,91	3,43	0,52	0,22	0,62	0,6	0,78	4,18	7,79
2003	1,96	3,19	0,53	0,23	0,60	0,6	0,76	3,99	6,90
2004	1,98	3,21	0,53	0,23	0,61	0,6	0,72	4,01	6,94
2005	1,95	3,18	0,53	0,22	0,61	0,5		3,72	7,00

Sursa: OMS/Europa - Baza de date Europeană HFA, 2007 și Ministerul Sănătății Publice- Anuarul de statistică sanitară 2005

Analiza densității medicilor în țările din regiunea Europeană a Organizației Mondiale a Sănătății, arată că România se află pe locul 31 din 33 de țări, cu o densitate de 1,9 medici la 1000 locuitori, doar Albania și Bosnia-Herțegovina înregistrând densități mai mici decât țara noastră. România ocupă ultimele locuri, înregistrând o situație la fel de critică, și pentru asistentele medicale (3,89 asistente medicale la 1000 locuitori), dentiști (cu 0,22 dentiști la 1000 locuitori) și farmaciști (0,06 farmaciști la 1000 locuitori). Aceleași comentarii se pot face și pentru moașe, în toate aceste situații, România având un număr cu cel puțin 1/3 mai mic decât media europeană în condiții de **mortalitate și morbiditate mult superioare mediei UE**, iar la nivelul anumitor specialități medicale deficitul de personal este și mai mare. Trebuie menționat că această situație reprezintă o continuitate a sistemului sanitar din România ultimelor 4 decenii, resursele umane sanitare din România fiind în permanență mult reduse față de media europeană. Astfel, chiar dacă în anumite domenii după 1990 a avut loc o dezvoltare importantă, spre exemplu numărul absolvenților facultăților de farmacie crescând de aproape 4 ori în această perioadă; aceste creșteri au avut loc fără existența unui program coerent pe termen lung, nereușind astfel să recupereze deficitul existent deja.

În același timp, în afara numărului redus de personal medical la nivel național, există și importante *dezechilibre geografice*, cu concentrarea resursei umane în mediul urban în

detrimentul celui rural precum și evitarea regiunilor sărace sau a celor populate cu grupuri specifice și care sunt cele mai expuse la risc (minorități, săraci etc.). Astfel sistemul nu poate răspunde adecvat la nevoile specifice acelor grupuri sau regiuni.

Ca distribuție geografică cele mai defavorizate regiuni sunt Sud și Sud-est (773, respectiv 655 locuitori/1 medic). Regiunea de Nord-est este cel mai slab acoperită cu medici în mediul rural (2778 locuitori/1 medic). În mediul rural există 98 de localități fără medic. Și pe specialități acoperirea județelor cu medici este disproporționată. În mai mult de o treime din județele țării 1/3 din specialități nu sunt acoperite (Bistrița Năsăud, Covasna, Giurgiu, Ialomița, Mehedinți, Călărași, Gorj, Vaslui, Harghita, Buzău, Caraș-Severin, Teleorman, Bacău, Botoșani, Olt, Tulcea). Printre specialitățile lipsă în unele județe se numără și specialități clinice extrem de importante pentru asigurarea accesului la servicii care se adresează unor patologii frecvente: de exemplu în chirurgie pediatrică, urologie (lipsă în 6 județe), cardiologie (Botoșani), endocrinologie (Mehedinți și Călărași), boli infecțioase (Harghita).

Ca și la medici, există un dezechilibru geografic și la nivelul asistenților medicali, cu județe precum Giurgiu, Harghita, Vrancea sau Suceava cu o densitate de sub 3 asistenți la 1.000 de locuitori, față de 4,5 la 1.000 de locuitori (media pe țară) și 7 la 1.000 de locuitori (media în UE). O situație asemănătoare se întâlnește și la farmaciști și dentiști, concentrarea făcându-se și în aceste cazuri în zonele urbane puternic dezvoltate economic și, cu prioritate, în centrele universitare.

Situația este pe cale de a se înrăutăți ca urmare a posibilității personalului medical din România de a lucra în țările UE, fapt ce va duce la o diminuare a personalului în domeniul medical, mai ales în rândul tinerilor și a celor înalt specializați. Este de așteptat ca structura pe vârste a medicilor de familie și mobilitatea crescândă a forței de muncă (odată cu integrarea în UE) să supună sistemul de sănătate la presiuni considerabile. Un recent studiu USAID arată că majoritatea medicilor de familie au vârsta cuprinsă între 45 și 55 ani, urmând a se pensiona în 10-15 ani, și că puțini sunt doctorii tineri care practică medicina de familie. Dacă această tendință va continua, numărul medicilor, al medicilor de familie în special, va scădea dramatic, conducând la o scădere a accesului și creșterea cheltuielilor de funcționare a sistemului.

Ca urmare a acestor aspecte, analiza comparativă a țărilor din UE, coroborată cu faptul că România are printre cei mai slabi indicatori ai stării de sănătate – ceea ce ar necesita un număr crescut de personal medical – conduce la aserțiunea că există **un important deficit de personal medical** la nivel național.

Din punct de vedere al capacității personalului sanitar de a răspunde nevoilor de sănătate ale populației, acest lucru depinde primordial de **procesul formării** personalului medical. Deși se poate aprecia că, cel puțin formal, programele din România corespund criteriilor UE, cel puțin din punct de vedere al specialităților și duratei de pregătire, în mod practic există serioase probleme legate de **conținutul** acestei formări. În cursul procesului de formare personalul sanitar – cu precădere medicii – primesc informații sumare despre aspecte cu impact major asupra pacienților, precum cele legate de calitatea serviciilor de sănătate sau de implicațiile economice ale deciziilor medicale. Sistemul actual de învățământ medical se concentrează primordial pe

capacitatea de memorare, reducând capacitatea de dezvoltare a unor deprinderi de analiză critică ce ar putea duce la formarea unor deprinderi de **practică medicală bazată pe evidențe** (*Evidence Based Medicine*). Sistemul de formare actual mai degrabă inhibă lucrul în echipă și cooperarea interdisciplinară, cu efect direct în gama limitată de servicii oferite pacienților și populației.

Începând cu 1978 formarea profesională a moașelor a încetat să existe. Aceasta a fost reluată abia o dată cu procesul de aderare la UE, prin înființarea colegiilor universitare de moașe. Se poate considera că lipsa moașelor a contribuit și ea la mortalitatea maternă și infantilă încă mare din România.

În multe cazuri sistemul de învățământ ține cont mai mult de normarea cadrelor didactice și mai puțin de nevoile de sănătate ale populației. Acest sistem de formare, cuplat cu atributul de auto-reglementare profesională, duce în multe circumstanțe la lipsa de responsivitate față de nevoile și cerințele populației.

Un alt factor ce afectează performanța resurselor umane din sănătate este cel legat de prezența unui **sistem insuficient de motivare**. Acesta se referă atât la **veniturile** obținute de personalul medical, cât și la aspecte precum **condiții nesatisfăcătoare de muncă** și posibilitatea redusă de **promovare profesională** pe baza unor criterii obiective.

Din punct de vedere al câștigurilor, la nivel internațional se consideră¹⁴ că un venit decent mediu al unui medic ar trebui să fie de circa trei ori câștigul mediu la nivel național. La nivelul anului 2008 în România acest raport este pentru medicii specialiști de circa 1,5 - 2 față de câștigul mediu salarial pe economie.

În același mod se acceptă ca venitul mediu al asistenților să fie de circa 1/3-1/2 din venitul medicului. În cadrul fiecărei profesii există însă diferențe semnificative, ca de exemplu la medicii rezidenți unde venitul este de regulă cam 1/3 din venitul unui medic specialist, la care se pot adăuga diferite facilități nesalariale, specifice statutului de personal aflat în proces de învățământ. La nivelul anului 2007 salariul mediu brut în sectorul de sănătate (tot personalul din sistem este inclus) a fost de circa 86% din salariul mediu brut la nivel național, conform datelor Institutului Național de Statistică, cele mai mici venituri înregistrându-se la nivelul personalului non-medical din sistemul de sănătate.

La nivelul autorităților sanitare și în principal la nivelul Ministerului Sănătății Publice nu există definită o politică coerentă privind resursele umane în sănătate, neexistând încă publicat un document de politică a resurselor umane în sănătate. Elementele de planificare actuală se bazează în principal pe capacitatea de educație a instituțiilor de învățământ și mai puțin pe nevoile de sănătate la care personalul din sănătate ar trebui să răspundă. Deciziile de a mări

¹⁴ Vezi spre exemplu "Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia?" Lewis Maureen, *The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank*, 2000

numărul de locuri într-o specializare sunt luate ad-hoc. Astfel, pentru a da exemplul medicilor, România se confruntă cu un paradox: deși are un număr mic de medici, specializează doar un procent redus din numărul absolvenților facultăților de medicină. În fiecare an numărul de locuri pentru rezidențiat reprezintă doar aproximativ 48% din numărul absolvenților facultăților de medicină¹⁵. Aceasta în condițiile în care, potrivit legii, începând cu promoția 2005 absolvenții licențiați ai facultăților de medicină, neconfirmați în rezidențiat, pot efectua doar trei ani de practică supravegheată/asistată în unități sanitare publice, cabinete de medicină de familie, la solicitarea acestor unități, beneficiind de contract individual de muncă pe durată determinată, actul medical pe care îl prestează în timpul celor trei ani de practică este sub responsabilitatea unui medic cu drept de liberă practică. Astfel, un absolvent cu diplomă de licență de la o facultate de medicină nu are drept de liberă practică în absența certificatului de medic specialist. În același timp formarea la nivelul facultății de medicină nu îl pregătește pe tânărul absolvent pentru practica generală; ca atare există, o risipă mare de resurse: după șase ani de studiu doar o mică parte din absolvenții unei promoții pot intra într-un ciclu de specializare care să le ofere dreptul de practică.

Sintetizând se poate aprecia că principalele probleme de resurse umane de la nivelul sistemului de sănătate sunt următoarele:

- *Nu există o politică de resurse umane clar formulată, acest lucru datorându-se în mare măsură lipsei capacității de planificare în domeniu de la nivelul instituțiilor cu atribuții în domeniu (în principal Ministerului Sănătății Publice și Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului);*
- *Există importante deficite în ceea ce privește numărul total de profesioniștilor din sănătate;*
- *Există dezechilibre în ceea ce privește repartitia teritorială a personalului sanitar necesar, dar și în ceea ce privește repartitia între diferite profesii și specializări;*
- *Inexistența unui sistem adecvat de motivare a personalului din sănătate, fapt ce duce pe de o parte la scăderea atractivității pentru intrarea în sistem și, pe de altă parte, la creșterea numărului celor ce părăsesc sistemul;*
- *Oportunitățile sunt limitate pentru dezvoltarea carierei profesionale, cu existența unor criterii de promovare subiective și lipsite de transparență.*

¹⁵ Conform datelor furnizate Comisiei de Colegiul Medicilor din România

SOLUȚII

RECOMANDAREA 17

Elaborarea unei politici sectoriale coerente de formare, dezvoltare și alocare a resurselor umane din sănătate

Dezvoltarea și utilizarea resurselor umane din sectorul sanitar depinde atât de instituțiile care țin de sectorul sanitar propriu-zis, precum Ministerul Sănătății Publice și asociațiile profesionale medicale, dar și de instituțiile ce țin de alte sectoare. Astfel, formarea personalului medical ține mai ales de Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului și de diferitele universități și facultăți implicate în învățământul medical, iar modalitățile în care personalul poate să își desfășoare activitatea specifică trebuie să țină cont (și) de reglementări elaborate de instituții precum Ministerul Economiei și Finanțelor, Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse sau Ministerul Internelor și Reformei Administrative. Din aceste motive o politică coerentă a resurselor umane din sănătate necesită dezvoltarea unei **abordări multi-sectoriale**, coordonate de către Ministerul Sănătății Publice .

Pentru realizarea acestui obiectiv, **Ministerul Sănătății Publice trebuie să își îmbunătățească propria capacitate de analiză politică, planificare și management de resurse umane la nivel central**, concomitent cu îmbunătățirea capacității de evaluare și prognoză a numărului și categoriilor/specialităților de personal adecvat, astfel încât să răspundă nevoilor de sănătate ale populației pe termen mediu și lung.

Se impune, așadar, elaborarea în regim de urgență a unui **document oficial** care să definească cel puțin următoarele domenii de bază ale unei politici de resurse umane în sănătate:

- parametrii de planificare a personalului sanitar, atât din punct de vedere al numărului total, cât și al distribuției între diferite profesii și specialități;
- procesul prin care numărul dorit de personal – pe tipuri de categorii profesionale – este “produs” și înzestrat cu atitudinile, cunoștințele și deprinderile practice necesare pentru atingerea obiectivelor de sănătate;
- procesul de alocare a resurselor umane atât între diferitele tipuri de servicii medicale, cât și între diferitele regiuni ale țării;
- procesul de creare a mediului organizațional adecvat care să asigure o funcționare performantă a resurselor umane din sănătate.

În acest demers este necesară și implicarea comunităților locale în planificarea și alocarea resurselor la nivel local, în principal prin dezvoltarea de politici și proiecte care să atragă personalul necesar în zonele cu deficit de personal sanitar, putând fi utilizate diferite tipuri de abordări, de la oferirea de burse de studiu pentru diferite categorii profesionale, până la susținerea anumitor categorii de cheltuieli pentru personalul atras în zona (transport, amenajarea și dotarea spațiului de practică etc.); acest aspect are ca cerință preliminară **descentralizarea**

sistemului sanitar, cu responsabilizarea clară a autorităților locale pentru sănătatea populației din comunitatea pe care o reprezintă.

Concomitent cu acest demers este necesară și dezvoltarea unui **sistem de management performant** al resurselor umane medicale, de la nivel național până la nivel local, care să stimuleze competența și performanța în sănătate. Printre mecanismele care pot fi utilizate în acest demers se poate înscrie și evaluarea performanțelor medicale și publicarea de clasamente ale instituțiilor medicale, cu utilizarea lor ca și criteriu în stabilirea pachetelor de recompense salariale.

RECOMANDAREA 18

Creșterea disponibilității resurselor umane în sectorul de sănătate din România

Numărul redus al personalului medical, de la doctori la farmaciști și asistenți medicali, coroborat cu nevoile crescute de sănătate ale populației României, fac necesară găsirea unor soluții pentru sporirea resurselor umane disponibile. Nu există decât un număr limitat de variante pentru componenta **cantitativă** a acestui demers.

Prima, se referă la **sporirea intrărilor** în sistemul sanitar prin **creșterea numărului de locuri în instituțiile de învățământ medical**. Dacă ne referim la medici, categoria de personal cu cel mai mare impact și influență în sectorul sanitar, o asemenea abordare poate da rezultate după minimum 10 ani din momentul demarării procesului. Acest demers trebuie să țină cont de faptul că întregul proces de formare al personalului medical se află sub controlul a diferite instituții, fiind cel mai adesea fragmentat și necoordonat. Astfel, numărul de studenți din facultățile de medicină este stabilit independent de către Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului și universități, fără implicarea Ministerului Sănătății Publice.

Cel mai adesea, acest număr – ca și curricula de formare – ține cont de normele didactice existente și mult mai puțin de nevoile reale dictate de caracteristicile stării de sănătate a populației și calitățile profesionale necesare pentru ameliorarea acesteia. În mare măsură același comentariu este valabil și pentru formarea medicilor specialiști prin rezidențiat, chiar dacă acest proces se află în coordonarea Ministerului Sănătății Publice, numărul specialiștilor în diverse discipline arătând **variații semnificative** de la un județ la altul și de la un mandat la altul, neputându-se vorbi practic de o planificare coerentă în acest domeniu. Ca atare este necesară elaborarea unei **metodologii de planificare** a resurselor umane care să implice atât Ministerul Sănătății Publice cât și Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului, cât și organizațiile profesionale care răspund de educația medicală continuă și de auto-reglementare a profesiilor.

O altă opțiune pentru sporirea numărului personalului trebuie să aibă în vedere **limitarea pierderilor**, a ieșirilor din sistem. Aici trebuie dezvoltată o strategie coerentă referitoare la reținerea personalului medical în sistem. Pierderile anuale sunt estimate între 10% și 30 %, incluzând aici atât personalul care emigrează, pe cei care renunță la profesie (devin reprezentanți medicali ai unor companii, intră în cercetare, trec în alte domenii de activitate etc.) cât și ieșirile prin pensionare sau deces. Pentru menținerea personalului **factorii motivaționali** trebuie corect identificați și luate măsuri care să le răspundă adecvat. Deși există extrem de puține date, studiile

arată că principalele nemulțumiri ale medicilor se referă atât la **salarizare**, cât și la **condițiile de lucru și modalitatea de promovare** pe linie profesională¹⁶.

Nivelul efectiv al veniturilor personalului medical ține (și) de **aprecierea socială** acordată respectivei activități, mai ales în cadrul unui sistem majoritar public precum este și cel românesc. În același timp *așteptările personalului medical* trebuie luate în calcul atunci când se propun diferite trepte de salarizare. Spre exemplu, la nivelul anului 2007 doar 1/3 dintre asistenții medicali declarau ca ar fi mulțumiți cu o dublare a veniturilor, majoritatea având așteptări mult mai mari. Același lucru este valabil și pentru medici, majoritatea declarând ca satisfăcătoare veniturile mult peste dublul veniturilor actuale. Una din posibilele soluții este adoptarea **metodologiei de salarizare aplicate** în alte sisteme publice, un exemplu fiind cel al salarizării din justiție.

Independent de soluția adoptată, concomitent va trebui să fie adresată și problema **plăților informale** din sistemul sanitar. Experiența internațională arată că de regulă doar creșterea salariilor nu duce la dispariția acestor fenomene, fiind necesare și alte măsuri. Astfel, creșterea veniturilor oficiale ale personalului medical trebuie să fie urmată de măsuri precum:

- impunerea de sancțiuni clare împotriva celor ce acceptă plăți informale,
- introducerea de mecanisme pentru formalizarea unora dintre plățile neoficiale (cu măsuri de protecție a accesibilității grupurilor defavorizate economic),
- stimularea dezvoltării unui sector sanitar privat, atât de asigurări medicale private cât și de furnizare de servicii sanitare comprehensive,
- modificarea sistemelor de plată a serviciilor care să încurajeze serviciile eficiente și performanța profesională (vezi secțiunea Finanțarea).

Tot aici merită măcar amintită situația legată de **malpraxisul medical**, chiar dacă acest domeniu ține în bună măsură (și) de organizarea sistemului sanitar; cu toate acestea modul în care acest domeniu este reglementat poate avea consecințe directe, pozitive sau negative, asupra resurselor umane din sănătate, în special asupra medicilor. Situația din România a dus practic la un singur câștigător în acest domeniu – companiile de asigurări – și la doi perdanți: personalul medical și, mai ales, pacienții. Pe scurt, argumentarea acestei afirmații constă în faptul că actuala legislație a dus la situația în care despăgubirile de malpraxis să fie extrem de anevoioase și rare, pacienții fiind supuși la eforturi uriașe, de timp și bani, concomitent cu implicarea în același procedeu și a personalului medical care a plătit asigurarea de malpraxis, tocmai pentru a fi scutit de asemenea experiențe. O abordare eficientă și în acord cu practica modernă în acest domeniu¹⁷ ar presupune schimbarea paradigmei din România care practic

¹⁶ Se remarcă o consistență în timp, date similare fiind obținute atât din sondajul CPSS în rândul medicilor în anul 2000, cât și în cel efectuat de Colegiul Medicilor din Iași în 2007

¹⁷ **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC, National Academy Press, 2000

percepe eroarea medicală ca faptă penală, concomitent cu realizarea unor reglementări care să ducă la utilizarea asigurării de malpraxis pentru scopul său, i.e. despăgubirea rapidă a pacienților ce au avut de suferit.

Îmbunătățirea condițiilor de lucru și capacitatea de promovare pe linie profesională ține atât de investițiile în instituțiile de sănătate, cât și de modificarea cadrului organizațional. Actualul sistem este unul piramidal, în care șeful de secție/clinică are puteri cvasi-discreționare asupra personalului din subordine, inclusiv de promovare, răspunderile sale fiind însă extrem de reduse în condițiile inexistenței unor **parametrii obiectivi de evaluare a performanței sale**. Acest lucru nu este practic posibil în lipsa unor ghiduri și protocoale de practică și a unor contracte de management (care să aibă la bază și aceste protocoale). În plus, numeroase studii descriu frecvente conflicte de interese și abuzuri în procedurile de promovare profesională, fiind de notorietate exemplele de „dinastii” medicale din diferite instituții medicale în care sunt promovate în cadrul unei secții/instituții medicale persoane pe baza relației de rudenie cu șeful respectivei instituții.

Pentru reducerea ieșirilor din sistem o altă variantă se referă la **creșterea vârstei de pensionare** a personalului medical, în special a medicilor.

O sursă posibilă de **intrări noi** în sistemul sanitar, în afara absolvenților învățământului medical național, se referă la **personalul medical imigrant**. Acesta reprezintă în unele țări o componentă importantă a forței de muncă¹⁸; spre exemplu în Marea Britanie peste 35% din numărul de medici specialiști și-au făcut studiile universitare în afara Marii Britanii, la nivelul SUA procentul fiind de circa 33%. Pentru această abordare este însă necesar un cadru foarte clar și coerent care să prevină acceptarea unor medici, sau a altui personal medical, inadecvat pregătit. În cele două țări menționate anterior regula este că medicii pot intra în rezidențiatul național pe bază de concurs de competențe, după absolvire putând rămâne să practice în instituțiile sanitare naționale, în funcție de nevoile locale și de competențele dobândite. La nivelul României reglementările în acest sens sunt fragmentare și nu stimulează atragerea personalului calificat din alte țări, în ciuda faptului că intrarea în UE reprezintă un atu important în acest sens prin perspectiva recunoașterii diplomei eliberate la nivel european.

A treia variantă se referă la **modificarea cerințelor** pentru diferite categorii profesionale și extinderea gamei de furnizori de servicii de sănătate, concomitent cu modificarea organizării furnizării de servicii, de la modelul individual specializat la cel de lucru în echipă pluridisciplinară. Prin aceste modalități se pot degreva o serie de profesioniști de activități care pot fi realizate – la un nivel de calitate similar – de alte categorii profesionale. Spre exemplu,

¹⁸ **Human resources for health in Europe**, *The European Observatory on Health Systems and Policies*, WHO, 2006

creșterea implicării asistentelor medicale în diferite proceduri medicale, implicarea de noi profesii precum asistentul social sau cel comunitar în actul medical și înființarea profesiei de codificator clinic (după modelul australian) pentru sistemul de colectare a datelor la nivel de pacient din spitale (DRG), pot degreva medicii de o serie de activități puternic consumatoare de timp.

În afara schimbărilor organizaționale necesare (menționate în secțiunile respective pe parcursul acestei strategii) este necesară și **modificarea curiculei de formare** și a sistemului de acreditare profesională în acest sens, astfel încât să răspundă nevoilor de sănătate ale populației pe termen mediu și lung.

RECOMANDAREA 19

Stimularea dezvoltării carierei profesionale în domeniul medical

Este necesară introducerea unui mecanism de recunoaștere și încurajare a performanțelor profesionale și a calității serviciilor la toate nivelele sistemului de sănătate. Recompensarea **calității serviciilor** este un sistem de motivare foarte puternic, de aceea este important să se diminueze factorii care conduc la imposibilitatea furnizării de servicii de calitate corespunzătoare. Pentru aceasta sunt necesare:

- planuri de dezvoltare la nivelul spitalelor în particular și a instituțiilor sanitare în general pentru a asigura corelarea dintre pregătirea personalului și funcțiile acestuia;
- dotarea corespunzătoare cu echipamente și tehnologii medicale care să se facă în concordanță cu pregătirea profesională a resursei umane de la nivelul unității respective;
- asigurarea unui mediu de muncă ce limitează la maxim riscul de boli profesionale împreună cu adecvarea spațiilor destinate activității medicale unor condiții de muncă mai puțin stresante;
- regândirea recrutării personalului de specialitate și pentru ocuparea posturilor de conducere, în funcție de performanțele profesionale și manageriale precum și a aptitudinilor, pe baza unui sistem transparent și stabil de evaluare a performanțelor;
- dezvoltarea și încurajarea diferitelor cariere din domeniul medical prin lărgirea ariei de pregătire academică și stimularea cercetării în domeniu.

În același timp, ținând cont de faptul că pentru majoritatea profesiilor medicale (medici, farmaciști, asistenți medicali etc.), este obligatorie atestarea profesională periodică prin efectuarea de module de educație medicală continuă (EMC), o modalitate de motivare și de asigurare a calității actului medical, ar putea fi reprezentată de **implicarea unităților sanitare** (angajatorului) în formarea continuă a personalului medical. În România educația medicală continuă este în totalitate responsabilitatea personalului sanitar, spre deosebire de majoritatea situațiilor din țările dezvoltate unde regula este ca EMC este finanțată de angajator. Acest demers

ar duce și la reducerea influenței pe care o au firmele de medicamente și echipamente medicale, asupra dezvoltării și formării medicale prin sponsorizările pe care le oferă medicilor.

Dezvoltarea de cursuri de formare continuă pentru medici și asistenți medicali în concordanță cu politicile de dezvoltare a sistemului de sănătate, neinfluențate de interesele comerciale ale distribuitorilor de medicamente sau aparatură medicală, care reprezintă în multe cazuri principalele surse pentru susținerea EMC.

VII. CONCLUZII

Comisia constată că sistemul de sănătate din România prezintă disfuncții majore, cu repercursiuni directe asupra stării de sănătate a populației. Astfel, starea de sănătate plasează România pe unul dintre ultimele locuri la nivelul Uniunii Europene, chiar și în condițiile în care unii indicatori au cunoscut îmbunătățiri în ultimii ani.

În același timp sistemul de sănătate este unul dintre cele mai neperformante din Europa și se caracterizează prin lipsă de transparență în alocarea fondurilor și ineficiență în utilizarea resurselor, și așa printre cele mai reduse din UE. Chiar dacă fac parte din una dintre cele mai îmbolnăvite populații din Europa, românii sunt nevoiți să folosească un sistem cu grave inechități în accesul la serviciile de sănătate, chiar și atunci când acestea sunt disponibile, fapt care nu se întâmplă pentru mulți dintre locuitorii zonelor rurale unde numeroase localități nu beneficiază de nici-un serviciu medical. Însă și pentru cei care pot beneficia de servicii de sănătate, calitatea actului medical și continuitatea îngrijirilor sunt probleme permanente, cuplate în multe cazuri cu prestațiile unui personal medical lipsit de motivație profesională și din ce în ce mai redus numeric, în special la nivelul noilor generații care se îndreaptă din ce în ce mai mult către alte sisteme sanitare.

Zonele în care ar trebui focalizate intervențiile se referă la finanțarea și organizarea sistemului, serviciile de asistență primară, sectorul spitalicesc, politica medicamentului și resursele umane. Pentru a remedia disfuncțiile menționate, Comisia are o serie de 19 propuneri care se bazează pe modificarea paradigmei de funcționare a sistemului de sănătate. Astfel, esența întregului document constă în remodelarea sistemului de sănătate prin **situarea pacientului/cetățeanului în centrul sistemului**. Pentru realizarea acestui demers, toate măsurile propuse au în vedere **responsabilizarea** celor implicați în luarea deciziilor, de la personalul administrativ de la toate nivelurile – cu sporirea descentralizării – până la personalul medical.

În urma acestor intervenții sistemul de sănătate din România va trebui să prezinte minimal următoarele caracteristici:

- Să furnizeze **servicii de sănătate integrate**, bazate pe relații de **îngrijire continuă**, în care pacientul să primească serviciile medicale de care are nevoie și în forme variate, la toate nivelurile de asistență, 24 de ore pe zi, 7 zile pe săptămână, 365 zile pe an.

- Pacienții/cetățenii vor deveni **parteneri** în luarea deciziilor, primind informațiile necesare și având oportunitatea de a-și exercita controlul – în măsura dorită – asupra deciziilor de îngrijiri medicale care îi afectează direct, înlocuind modelul existent cu unul de parteneriat pentru sănătate.
- Noua organizare a sistemului va facilita accesul sporit la **informații relevante** al tuturor actorilor din sistemul de sănătate, toate acestea urmând a fi facilitate conform strategiei de informații din sănătate.
- Sistemul sanitar va trebui să-și **crească transparența**, să pună la dispoziția pacienților și familiilor acestora informații care să le permită să ia decizii informate atunci când aleg un furnizor de servicii de sănătate, un spital sau dintre alternativele de tratament. Acestea ar trebui să includă informații privind performanța sistemului în ceea ce privește **siguranța, practică bazată pe dovezi și satisfacția pacientului**.
- Toate deciziile luate în sistem, de la cele de alocare a resurselor la nivel național până la cele legate de metodele de diagnostic și tratament vor trebui să fie **bazate pe** cele mai bune **cunoștințe științifice**, disponibile la acel moment.
- Asigurarea **calității** actelor medicale va deveni un element fundamental al sistemului, noile structuri propuse urmând să aibă ca obiect exclusiv de activitate acest domeniu.
- **Siguranța** va fi o caracteristică de bază a sistemului. Reducerea riscului și asigurarea siguranței pacientului va fi sprijinită prin sistemele și procedurile informaționale propuse și prin sistemul de calitate care vor ajuta la recunoașterea, prevenirea și diminuarea erorilor.
- **Cooperarea** între discipline și profesii va fi încurajată, atât între diferitele nivele de asistență, cât și între specialiștii de la același nivel. Dezvoltarea de **echipe multidisciplinare** ca bază a furnizării serviciilor va necesita - în afara schimbărilor ce țin de sistemul de sănătate - și modificări la nivelul sistemului de învățământ medical de toate gradele.
- Organizarea sistemului va fi astfel făcută încât să faciliteze **cooperarea intersectorială**, esențială pentru abordarea determinantilor sănătății cu impact crescut asupra sănătății.

Implementarea soluțiilor propuse are în față un interval de 3-7 ani, unele propuneri putând fi implementate în următoarele 12 luni, altele necesitând un interval mai mare de timp, în special cele legate de măsurile ce se adresează factorilor determinanți ai sănătății și care sunt de regulă în afara controlului direct al sistemului sanitar propriu-zis, necesitând implicarea unor sectoare precum educația sau sistemul fiscal.

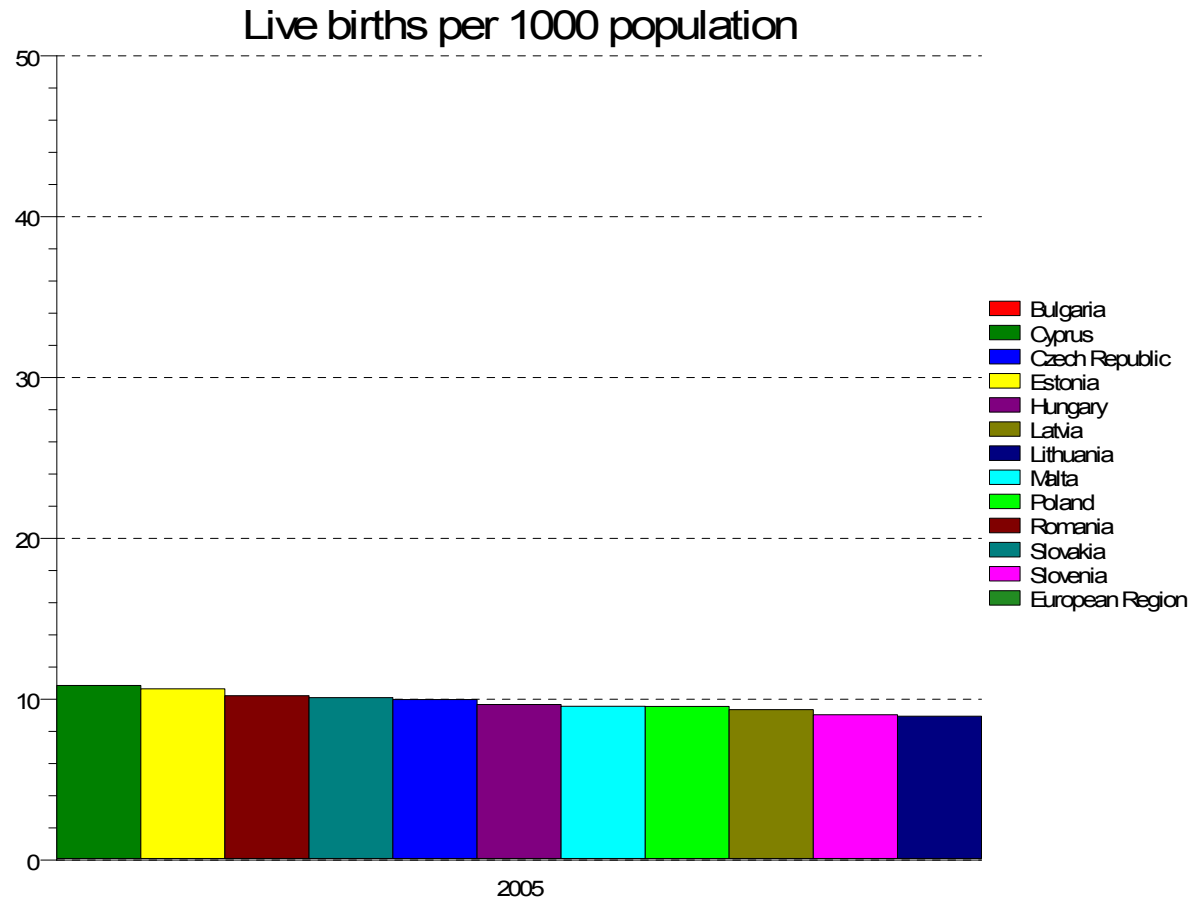
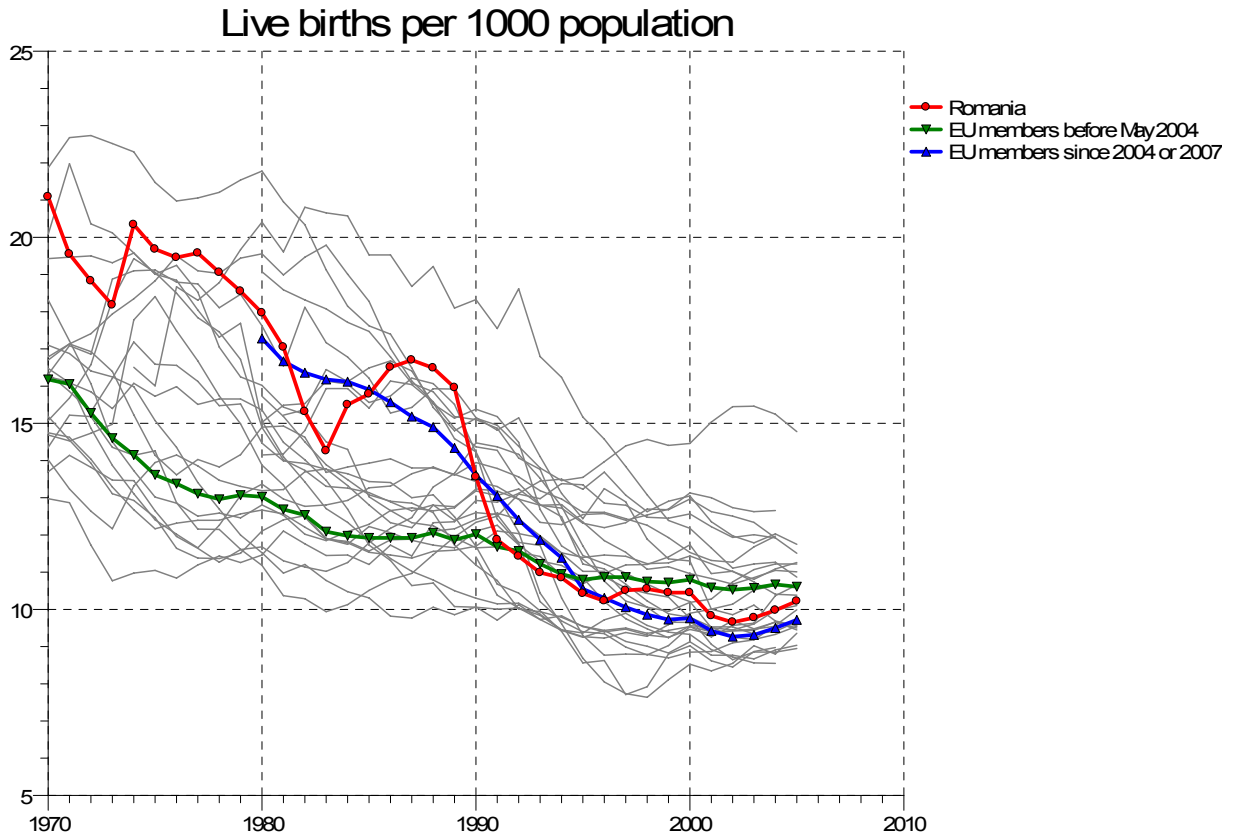
Strategia reprezintă doar punctul de plecare al unui proces care ar trebui să includă, după dezbaterile și acceptarea propunerilor, cu modificările ce vor fi considerate necesare de principalii actori din sistem, dezvoltarea unor **mecanisme de implementare**, inclusiv pentru determinarea cât mai exactă a costurilor necesare acestui demers, urmate de elaborarea

programele de intervenție necesare, cu documentele de politici sectoriale și cu indicatori specifici de monitorizare și instituții responsabile, astfel încât anual să poată fi monitorizate și evaluate obiectivele atinse și, atunci când este cazul, modificate planurile în acord cu nevoile reale de sănătate ale populației.

În final trebuie menționat că implementare acestei strategii se poate realiza numai cu acordul și implicarea principalilor actori ai sistemului de sănătate; primul pas este stabilirea țintei spre care doresc să se îndrepte sistemul sanitar din România, pentru că altfel , parafrazandu-l pe Carol Lewis, *atunci când nu știi unde vrei să ajungi toate drumurile duc acolo*.

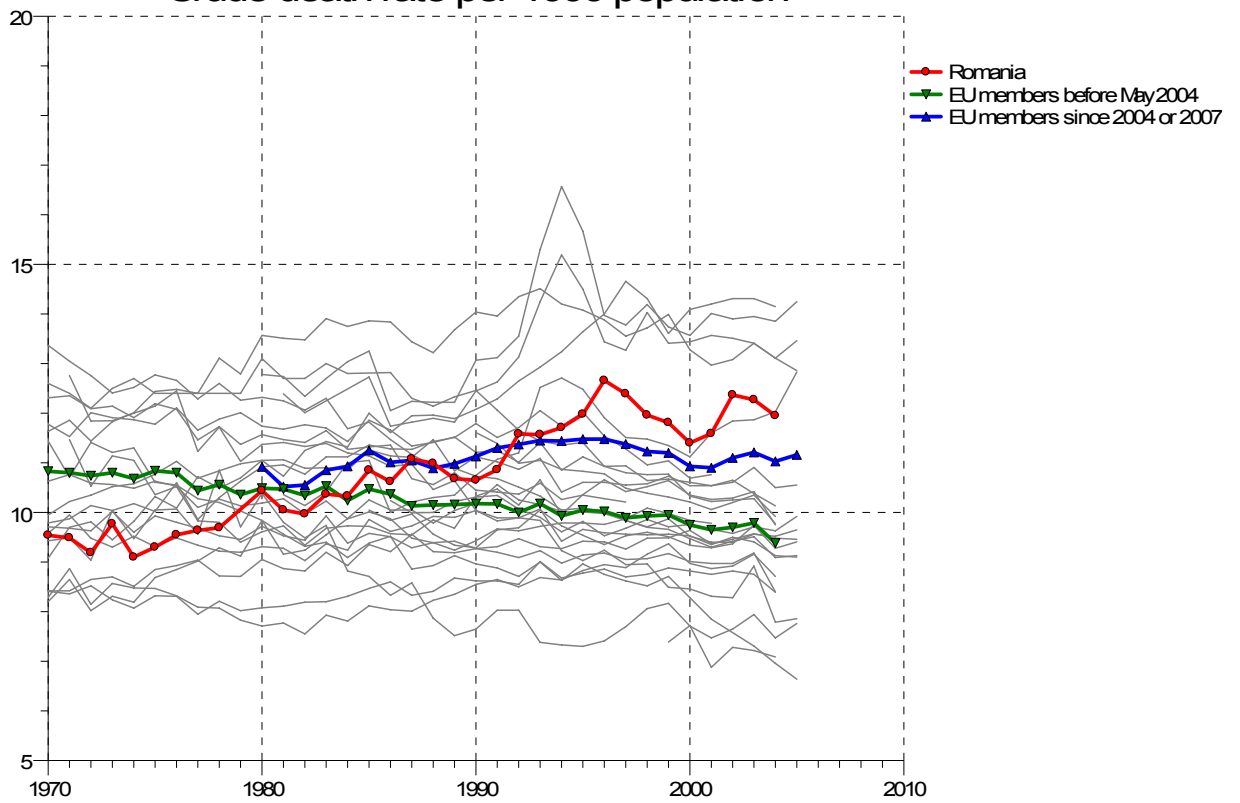
Demografie

Indicele brut de natalitate / 1000 locuitori

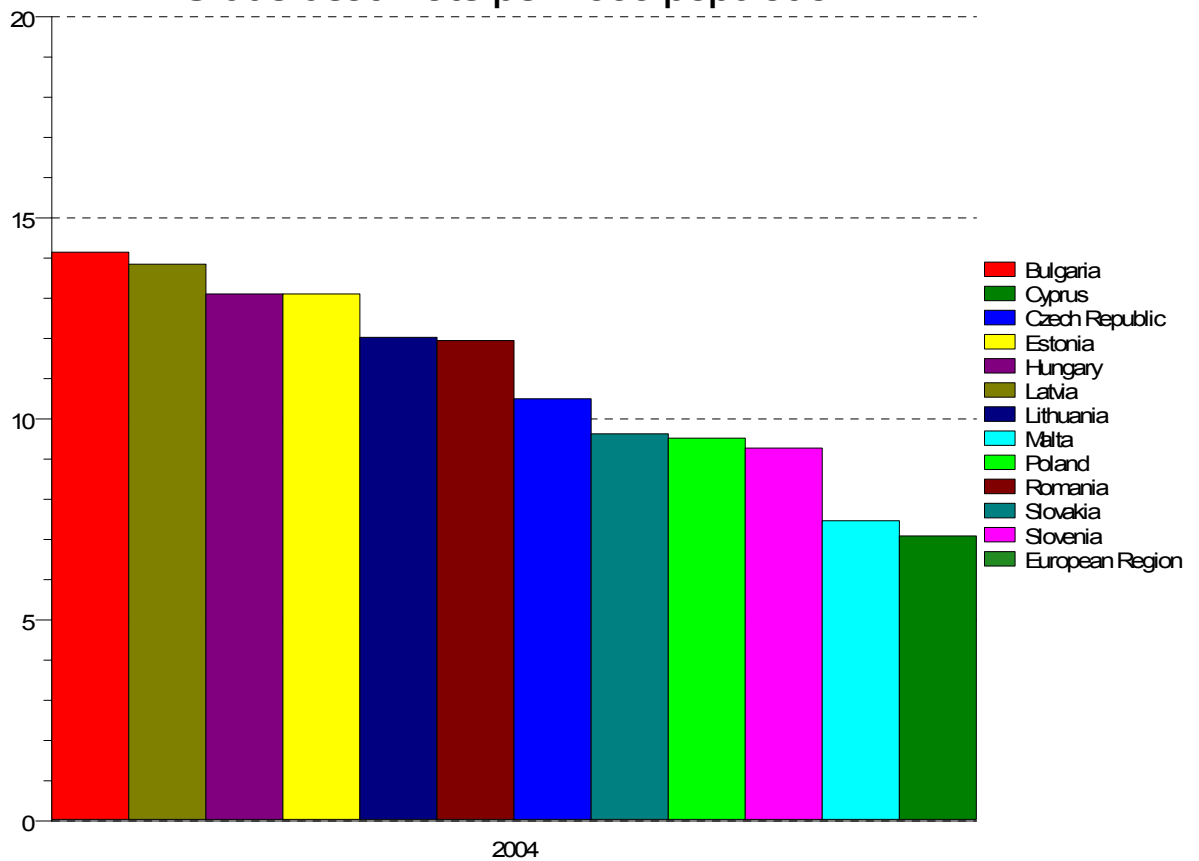


Indicele brut de mortalitate / 1000 locuitori

Crude death rate per 1000 population

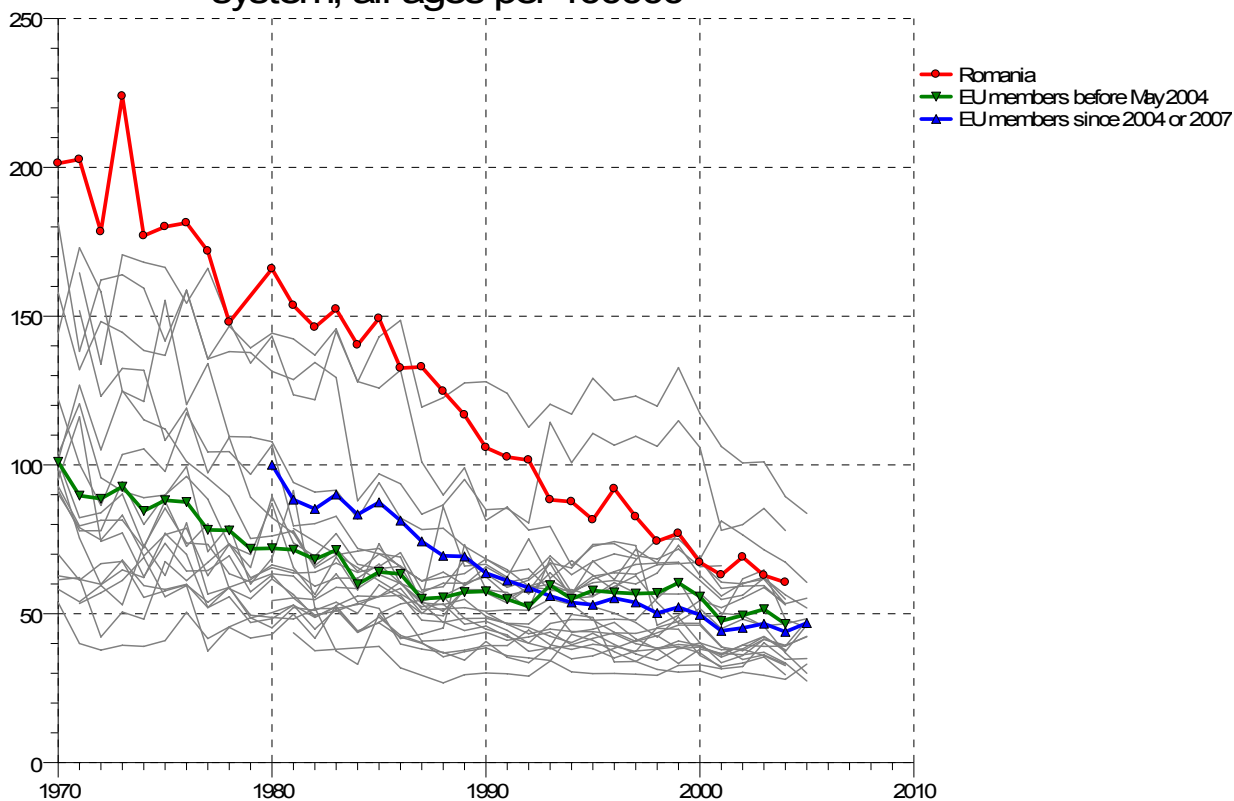


Crude death rate per 1000 population

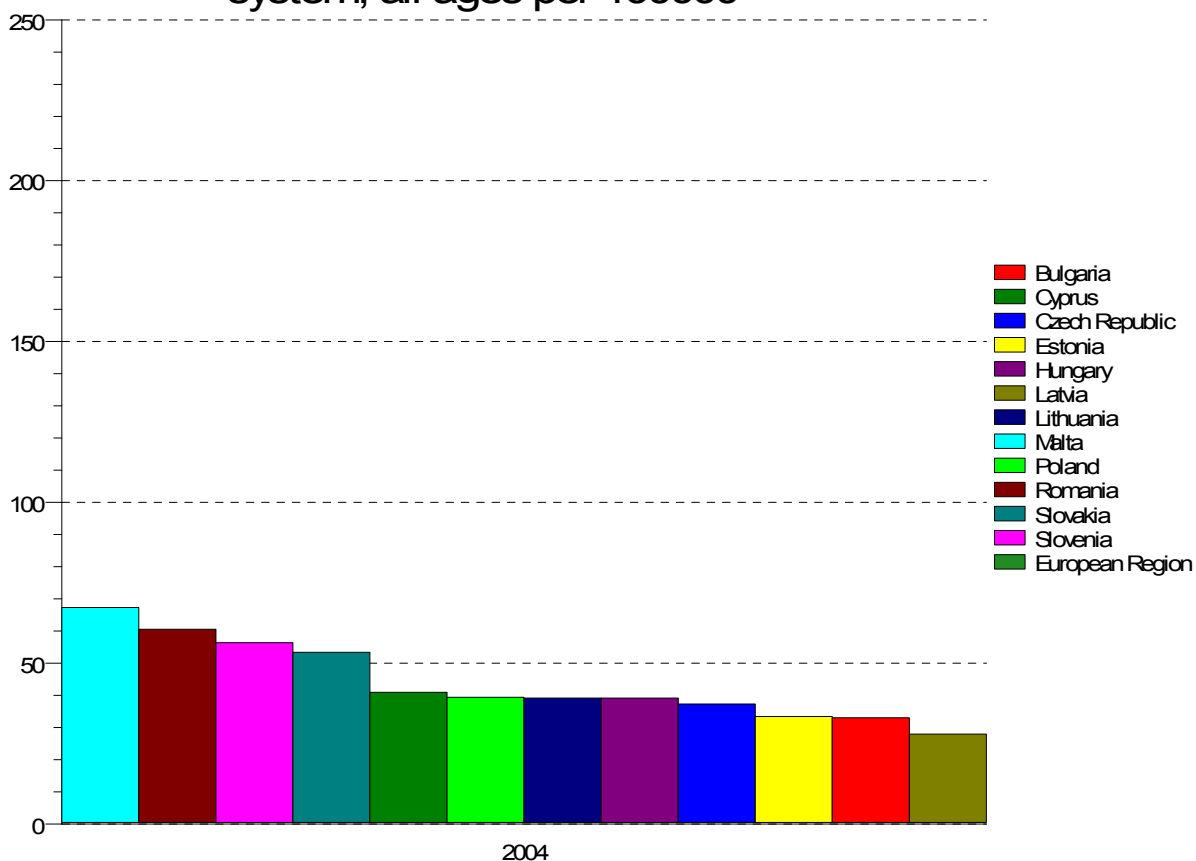


Rata standardizată a mortalității prin boli ale aparatului respirator

SDR, diseases of the respiratory system, all ages per 100000

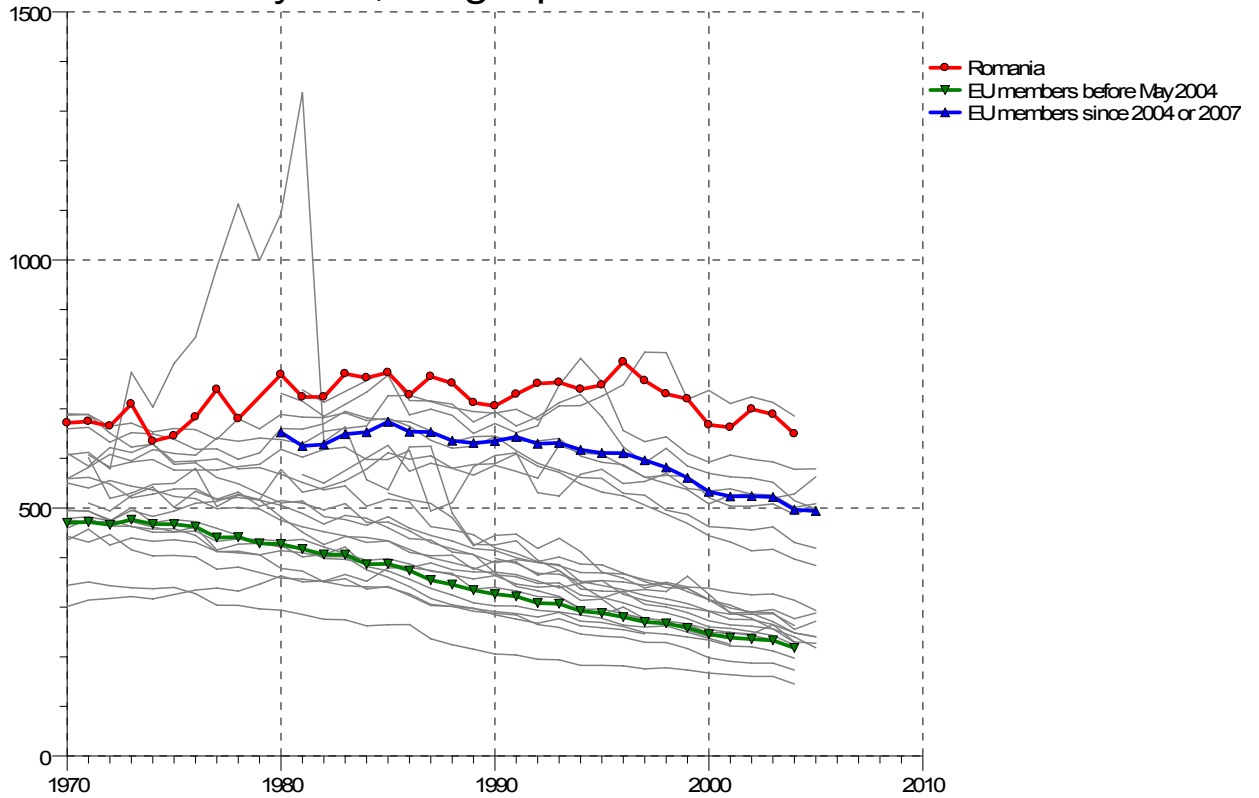


SDR, diseases of the respiratory system, all ages per 100000

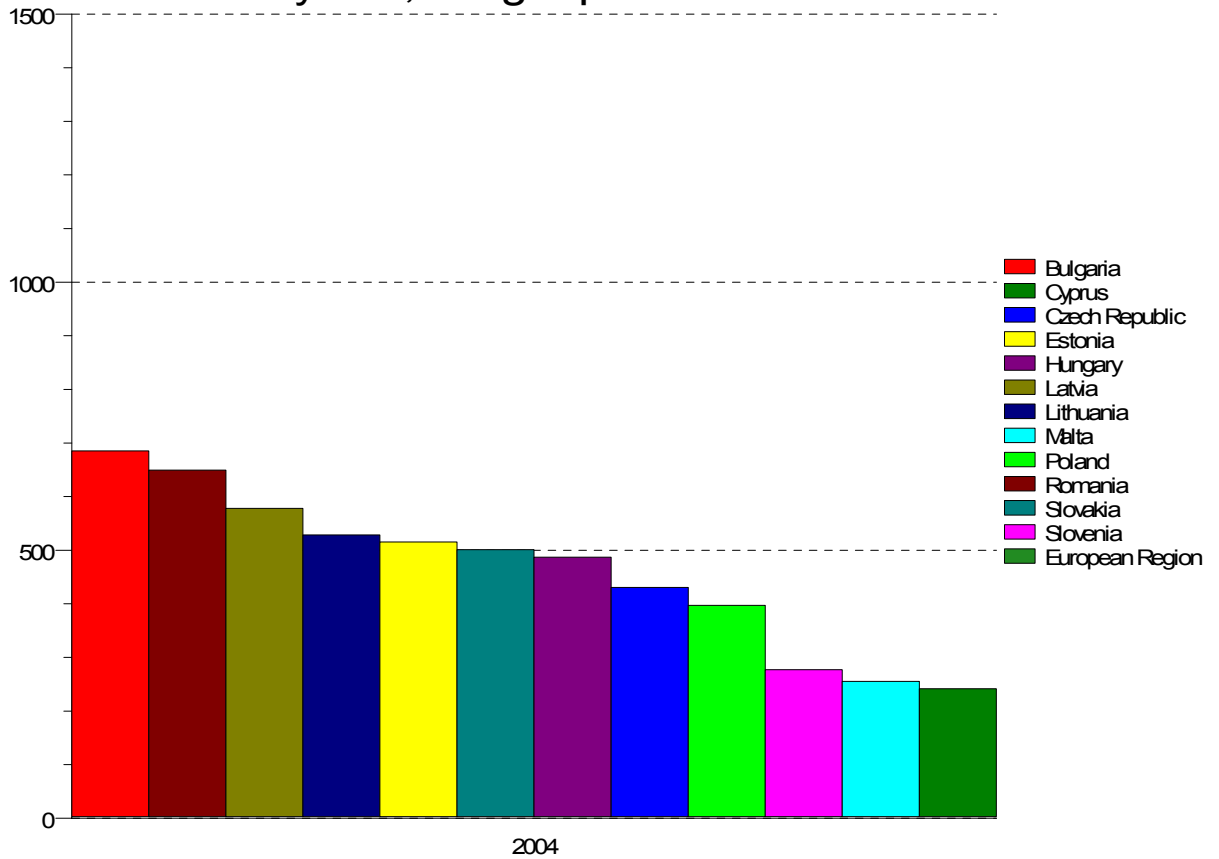


Rata standardizată a mortalității prin boli ale sistemului circulator

SDR, diseases of circulatory system, all ages per 100000

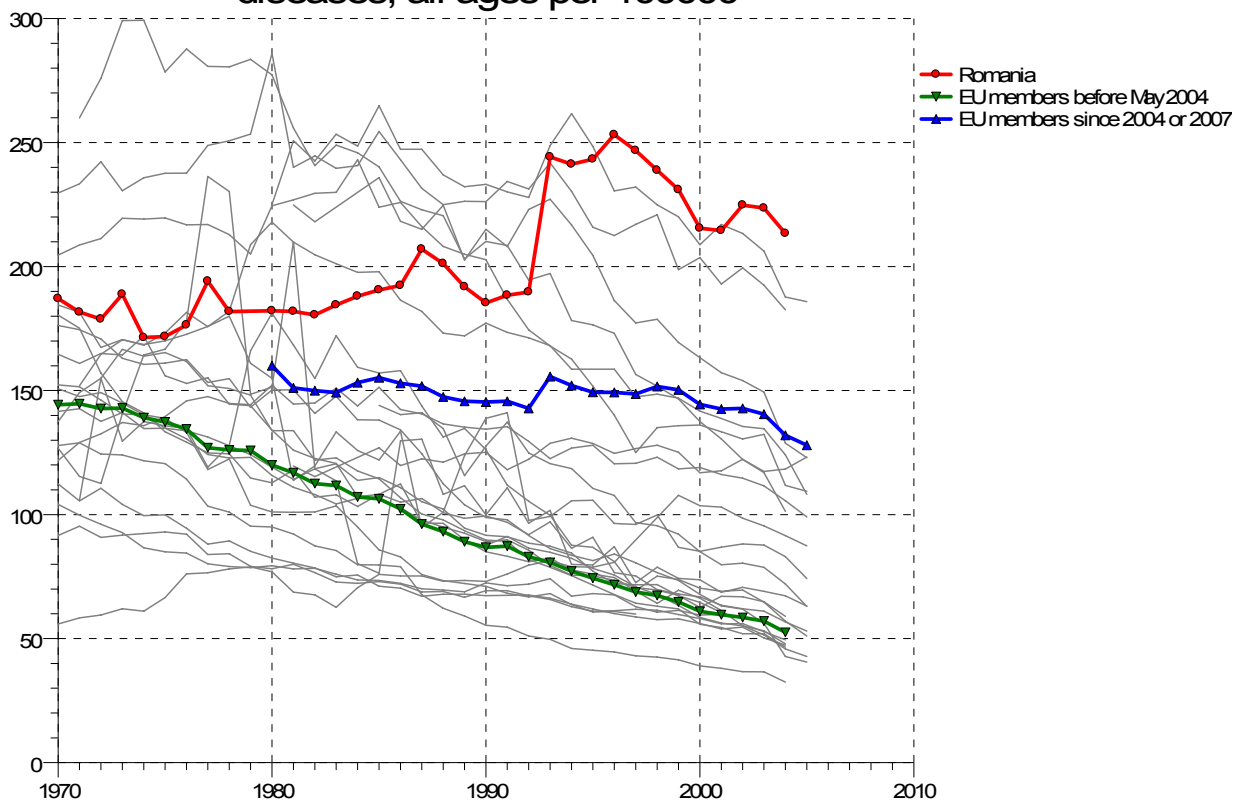


SDR, diseases of circulatory system, all ages per 100000

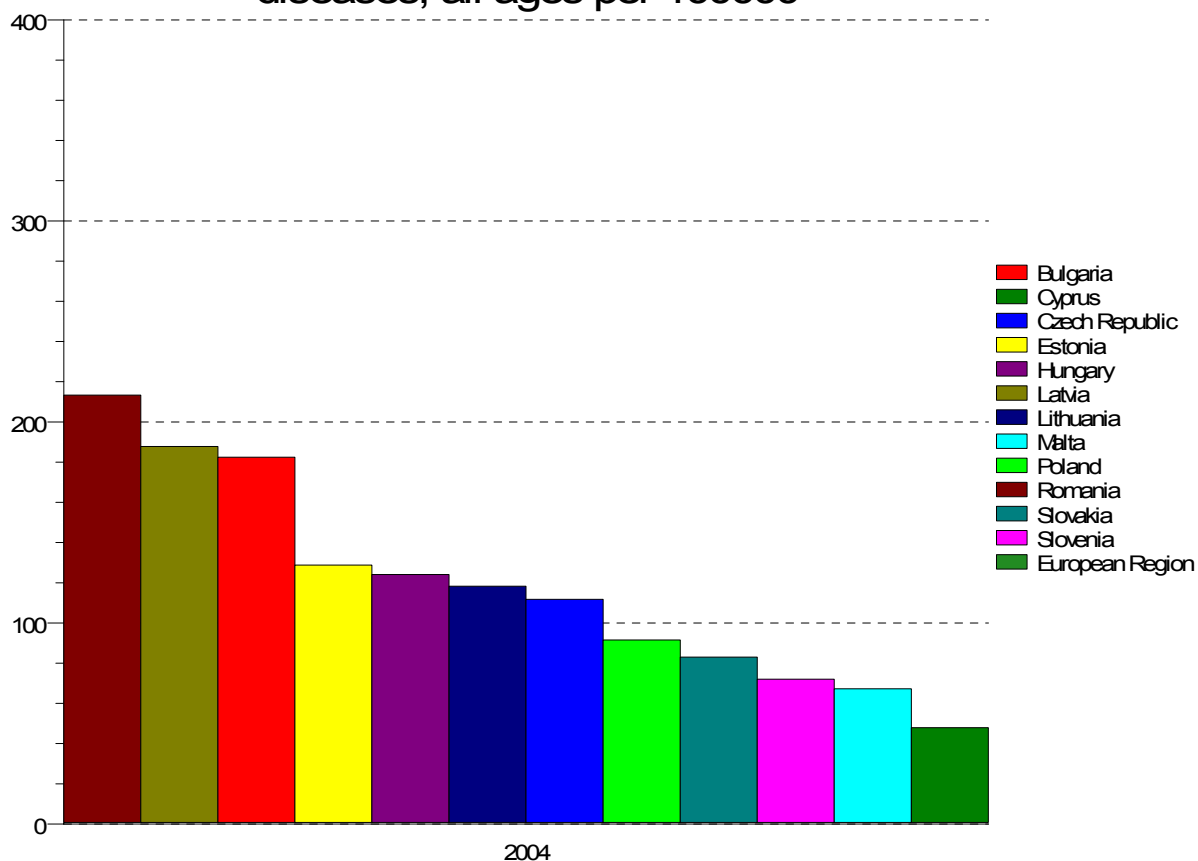


Rata standardizată a mortalității prin boli vasculare cerebrale

SDR, cerebrovascular diseases, all ages per 100000

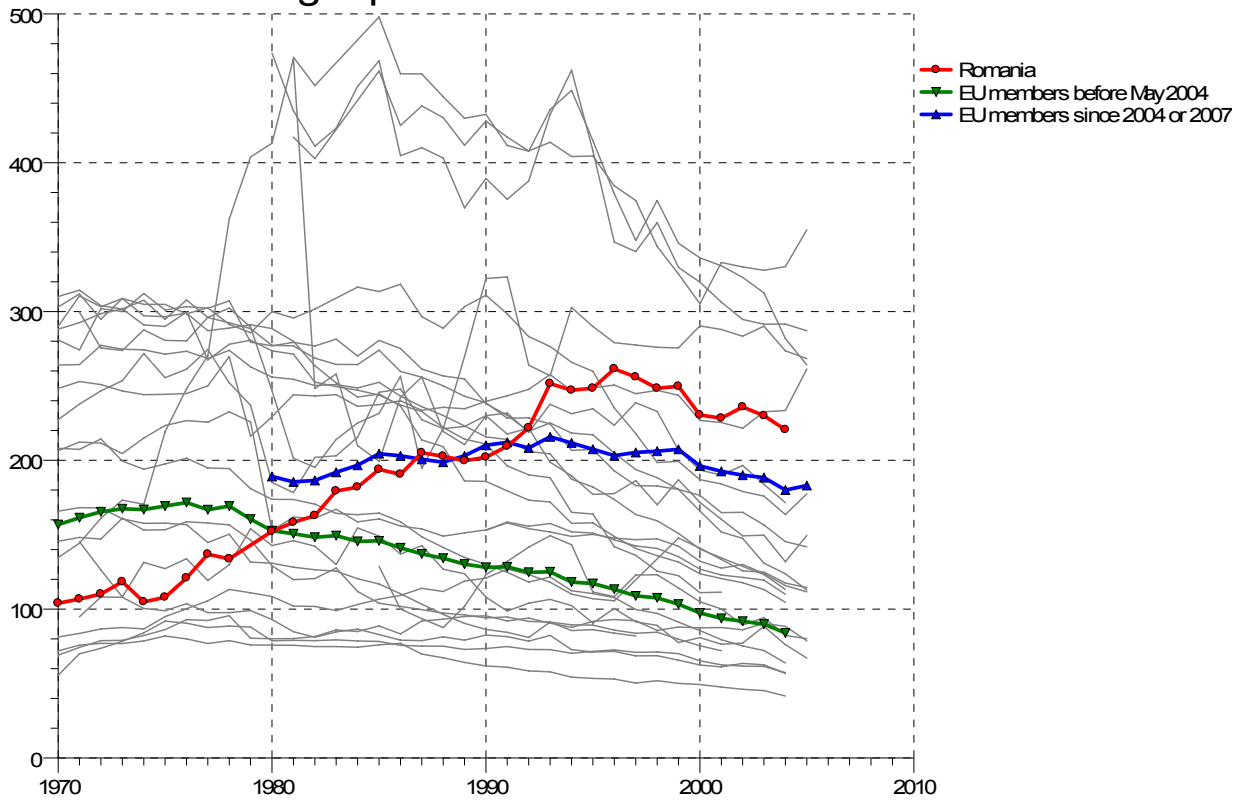


SDR, cerebrovascular diseases, all ages per 100000

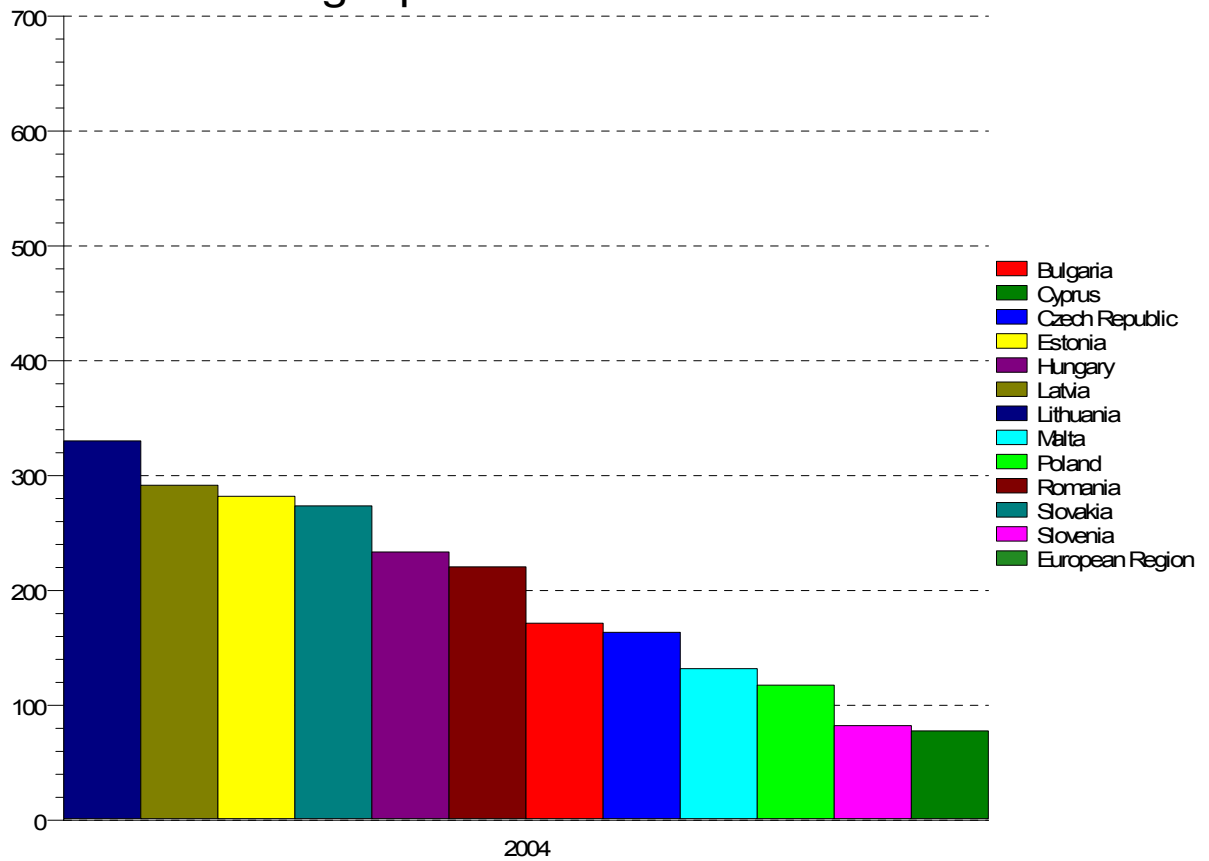


Rata standardizată a mortalității prin boli cardiace ischemice

SDR, ischaemic heart disease, all ages per 100000

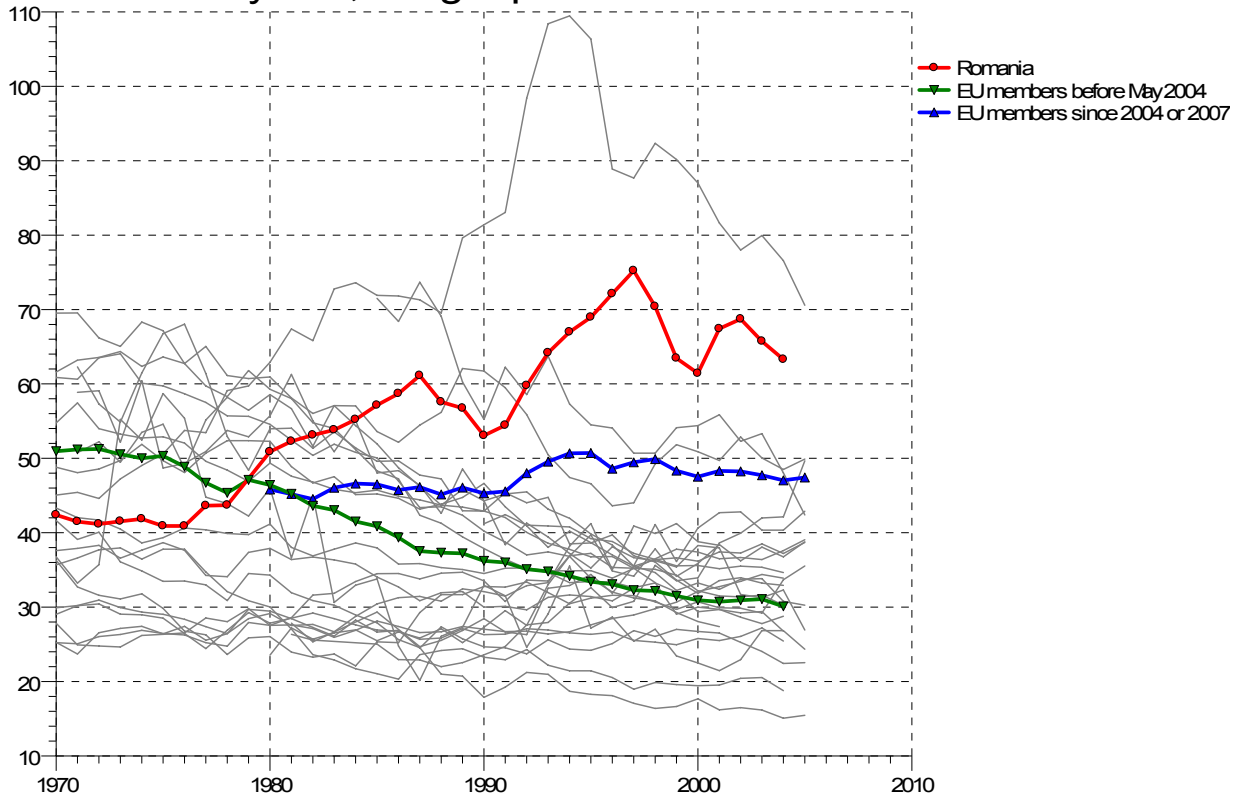


SDR, ischaemic heart disease, all ages per 100000

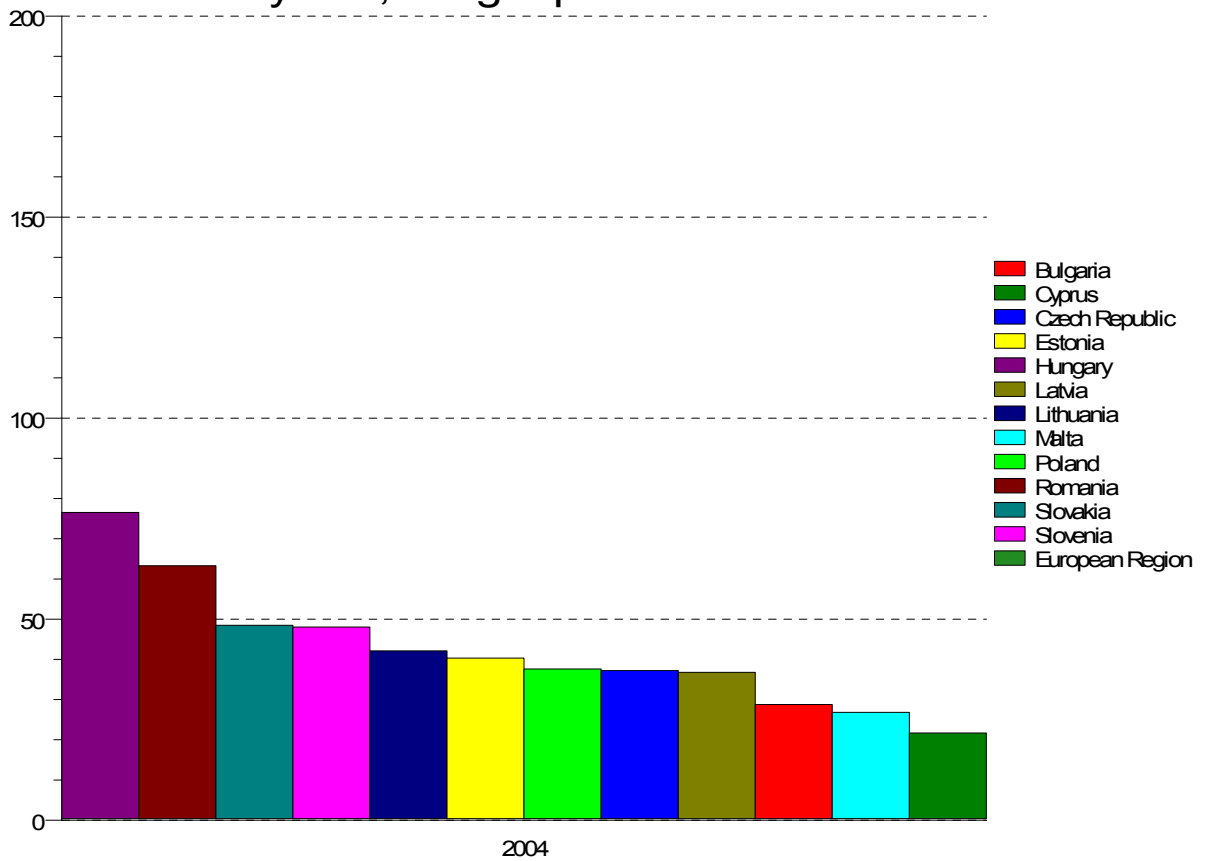


Rata standardizată a mortalității prin boli ale aparatului digestiv

SDR, diseases of the digestive system, all ages per 100000

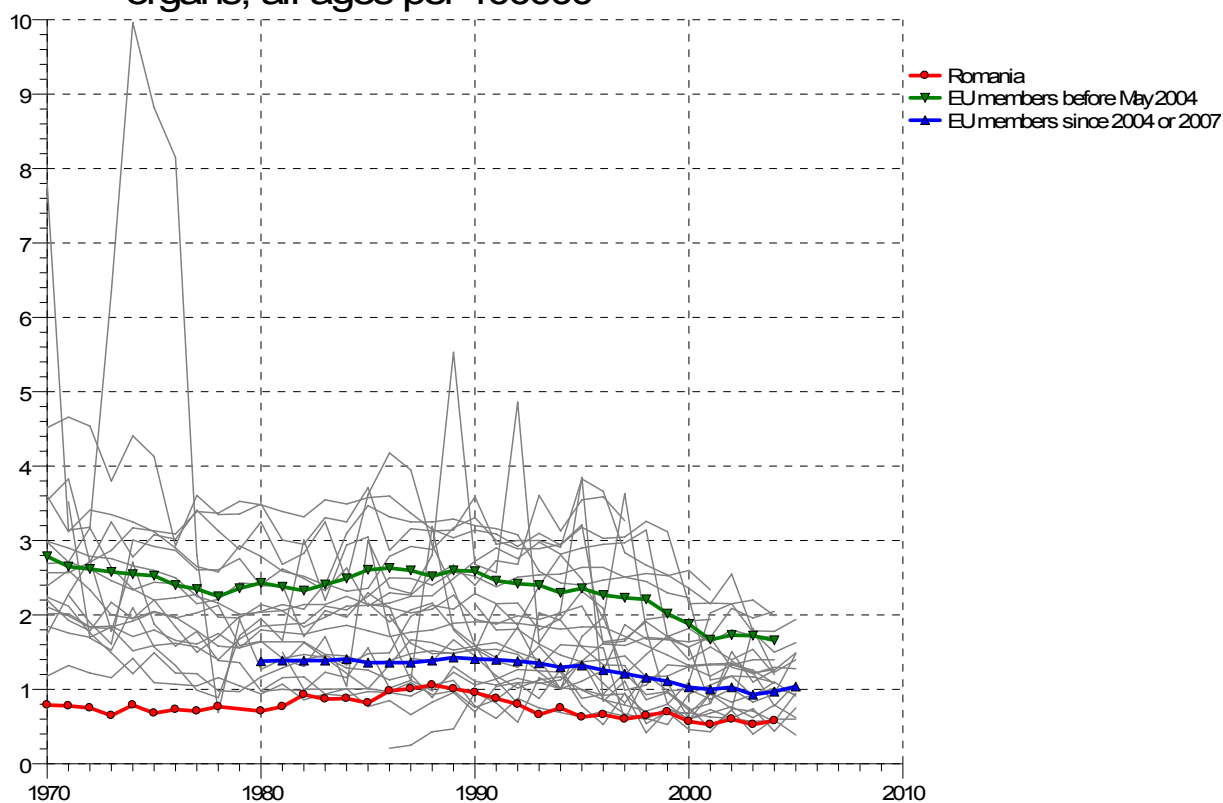


SDR, diseases of the digestive system, all ages per 100000

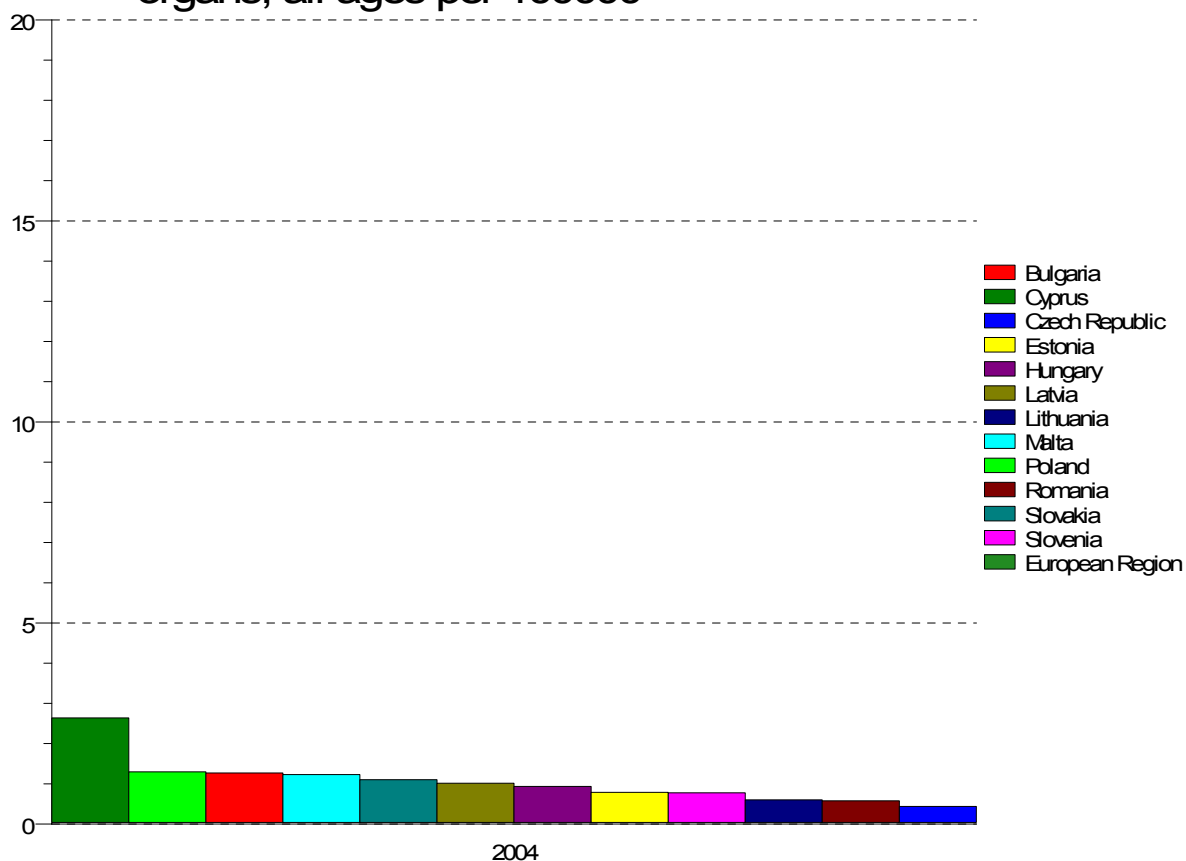


Rata standardizată a mortalității prin boli hematologice

SDR, disease of blood and blood-forming organs, all ages per 100000

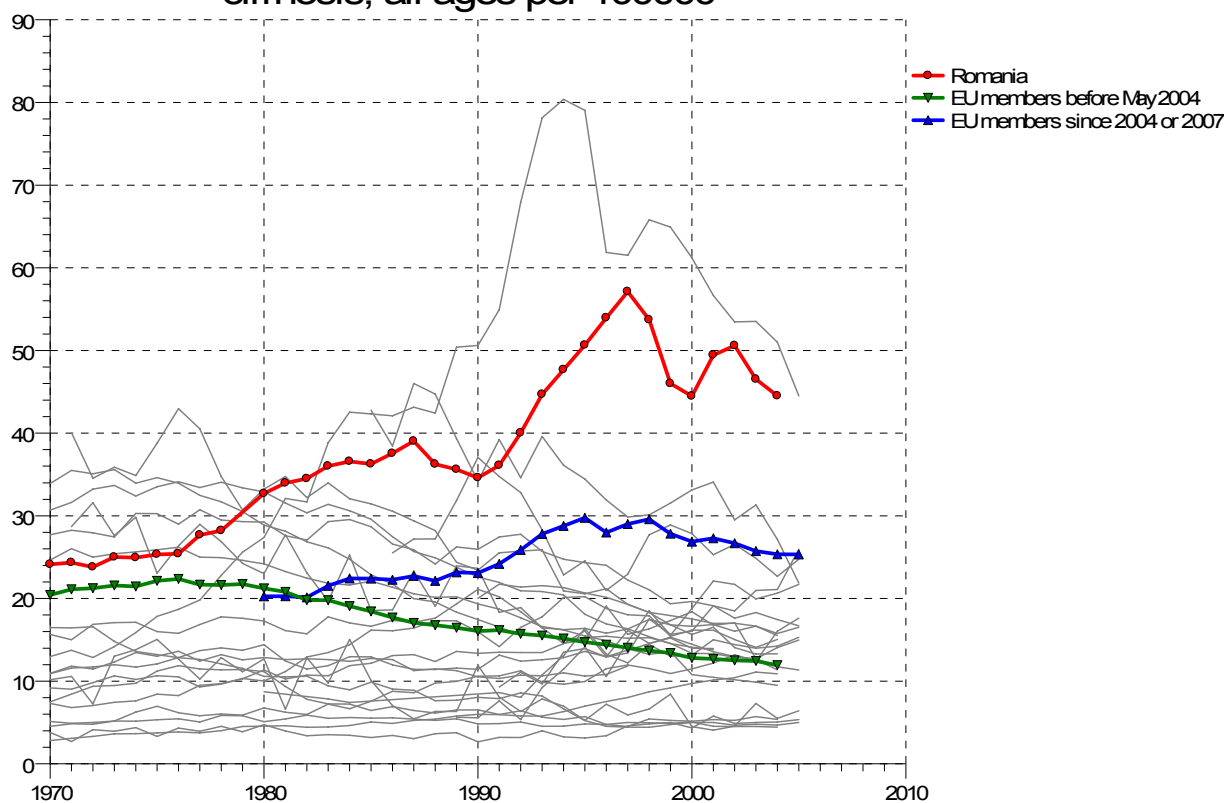


SDR, disease of blood and blood-forming organs, all ages per 100000

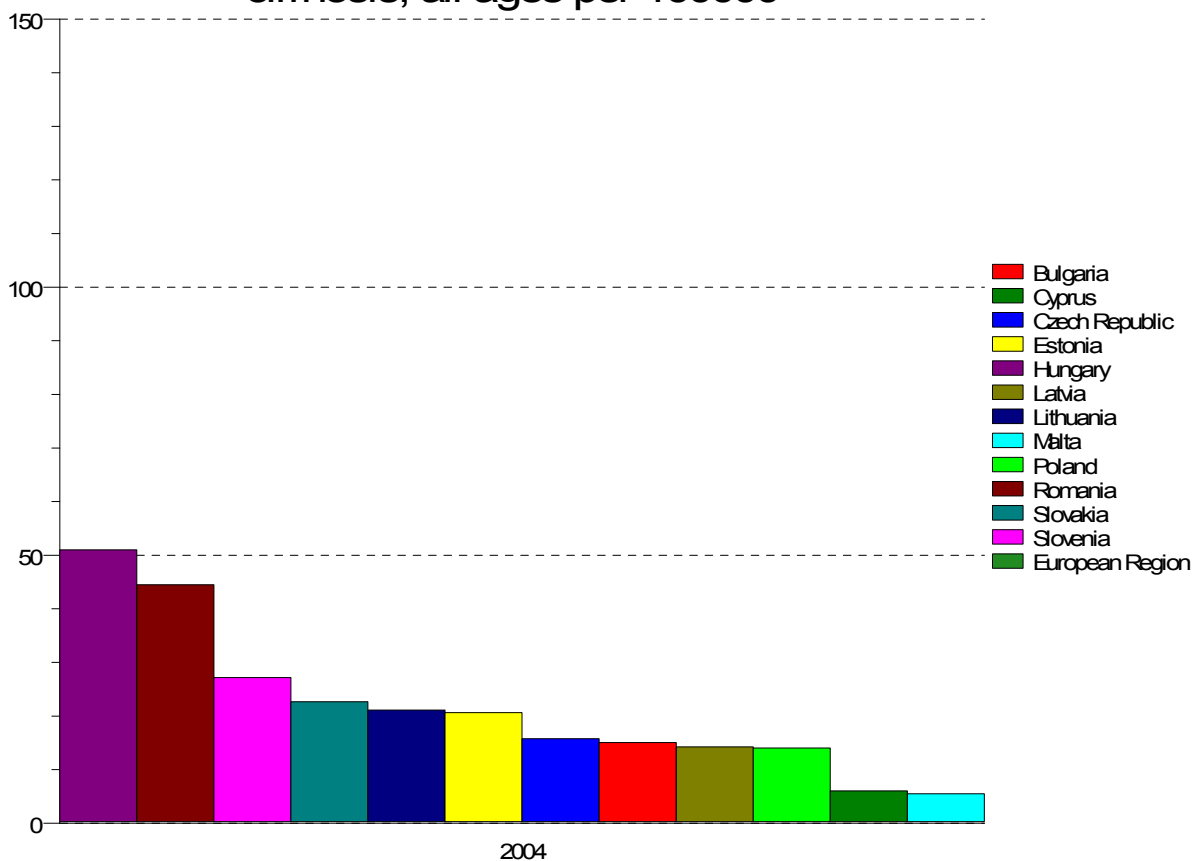


Rata standardizată a mortalității prin boli hepatice cronice

SDR, chronic liver disease and cirrhosis, all ages per 100000

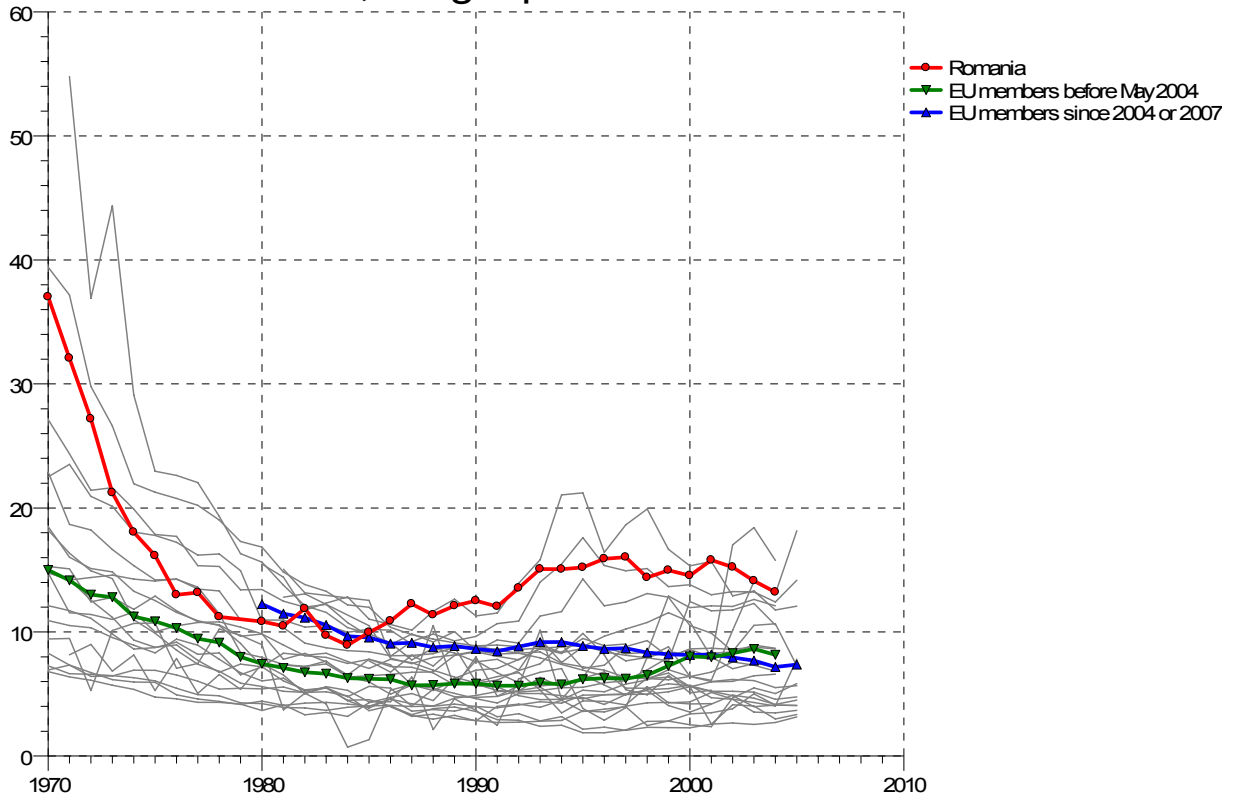


SDR, chronic liver disease and cirrhosis, all ages per 100000

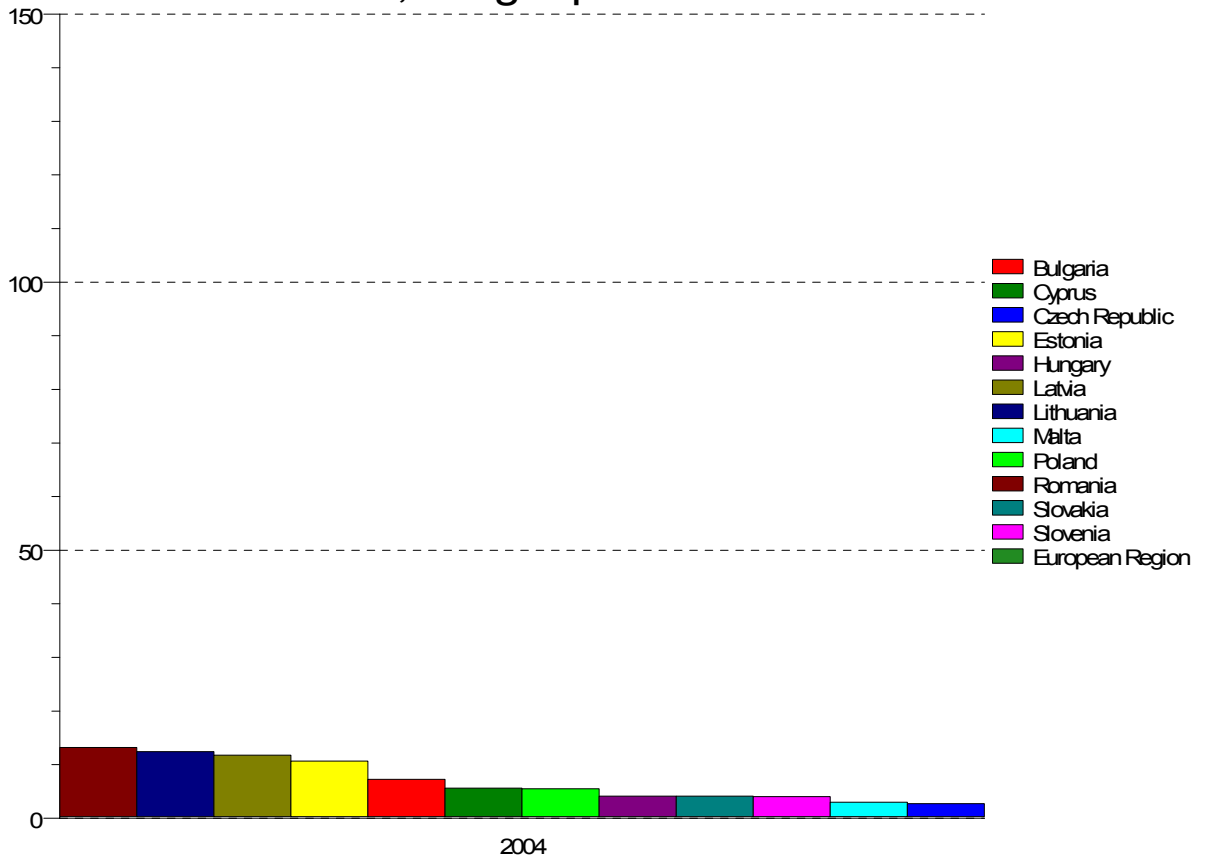


Rata standardizată a mortalității prin boli infecțioase și parazitare

SDR, infectious and parasitic disease, all ages per 100000

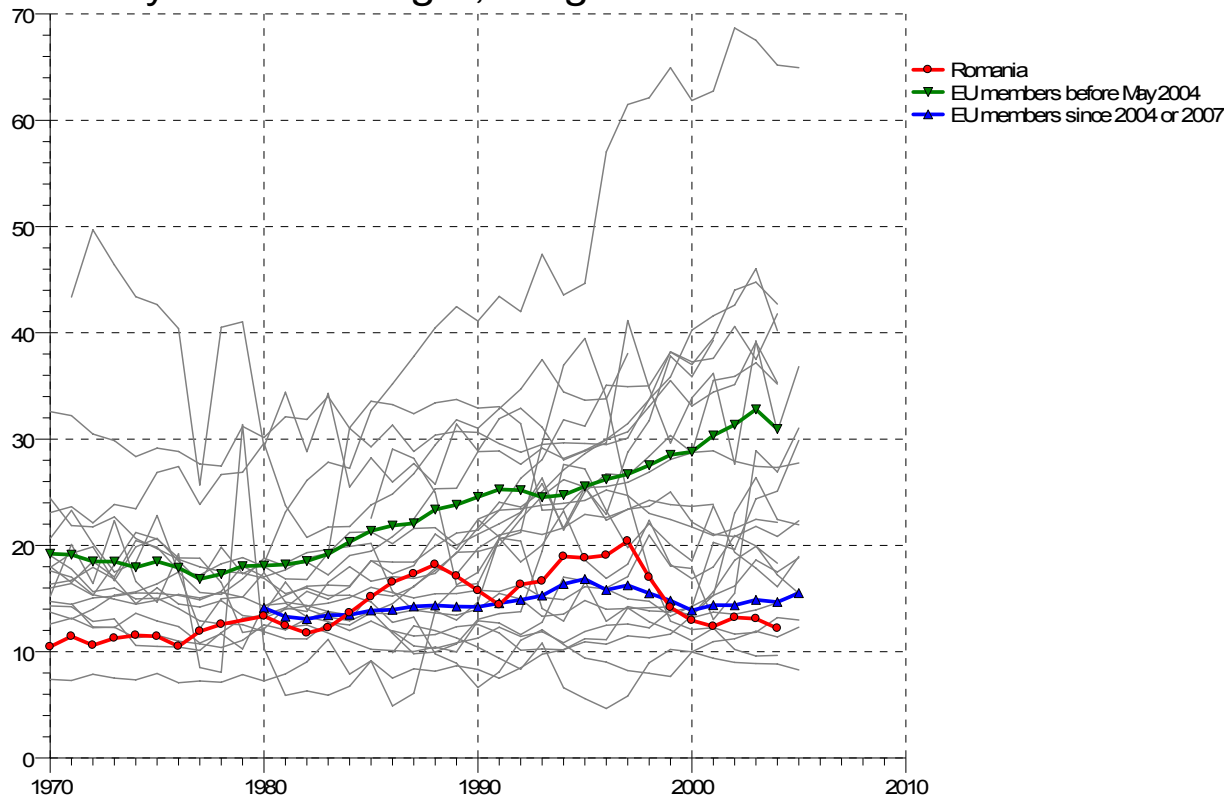


SDR, infectious and parasitic disease, all ages per 100000

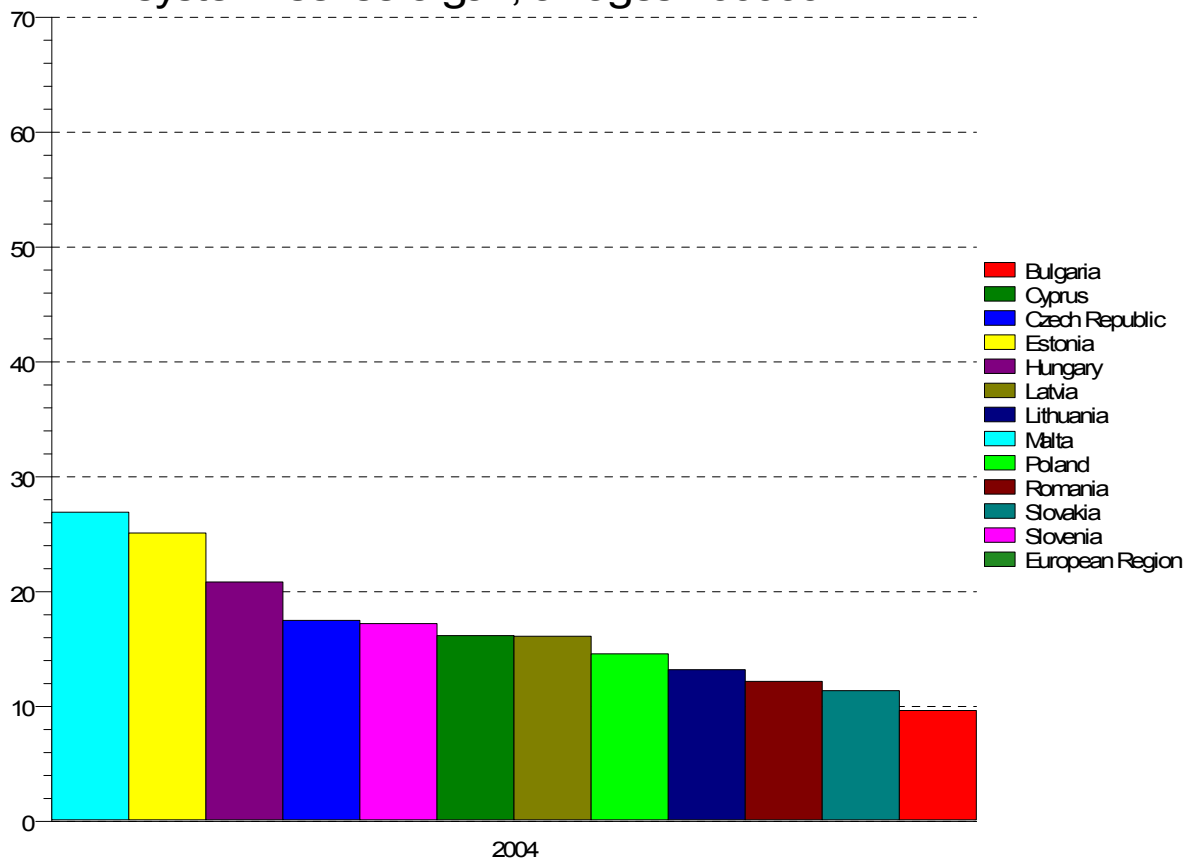


Rata standardizată a mortalității prin boli neuro-psihiice

SDR, mental disorder disease of nervous system sense organ, all ages/100000

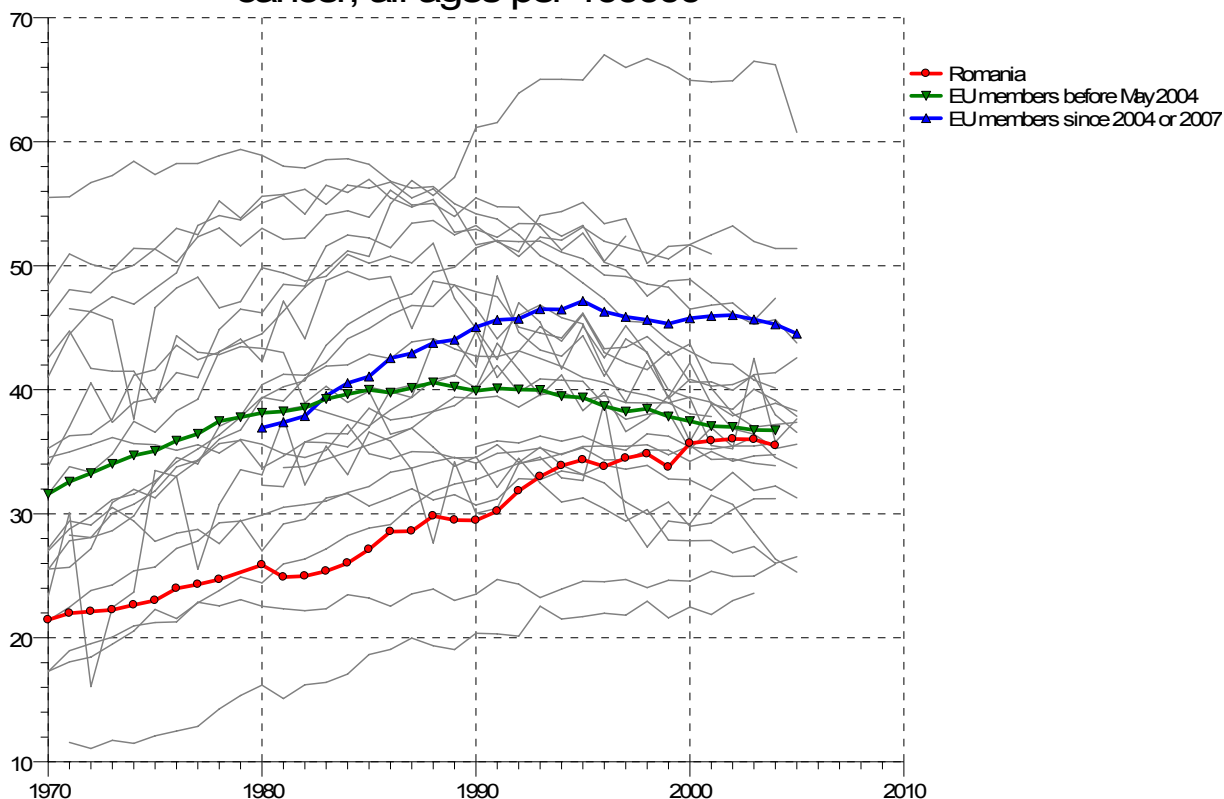


SDR, mental disorder disease of nervous system sense organ, all ages/100000

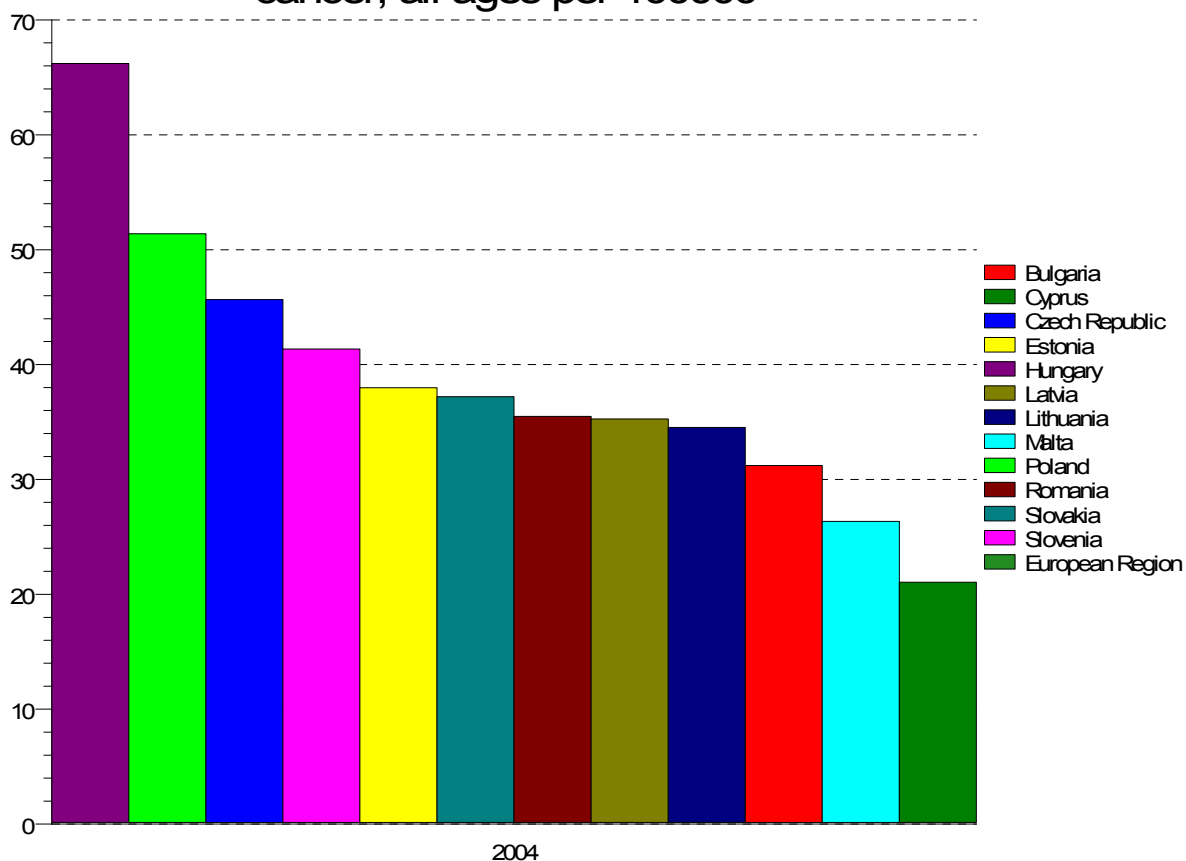


Rata standardizată a mortalității prin neoplasm bronho-pulmonar

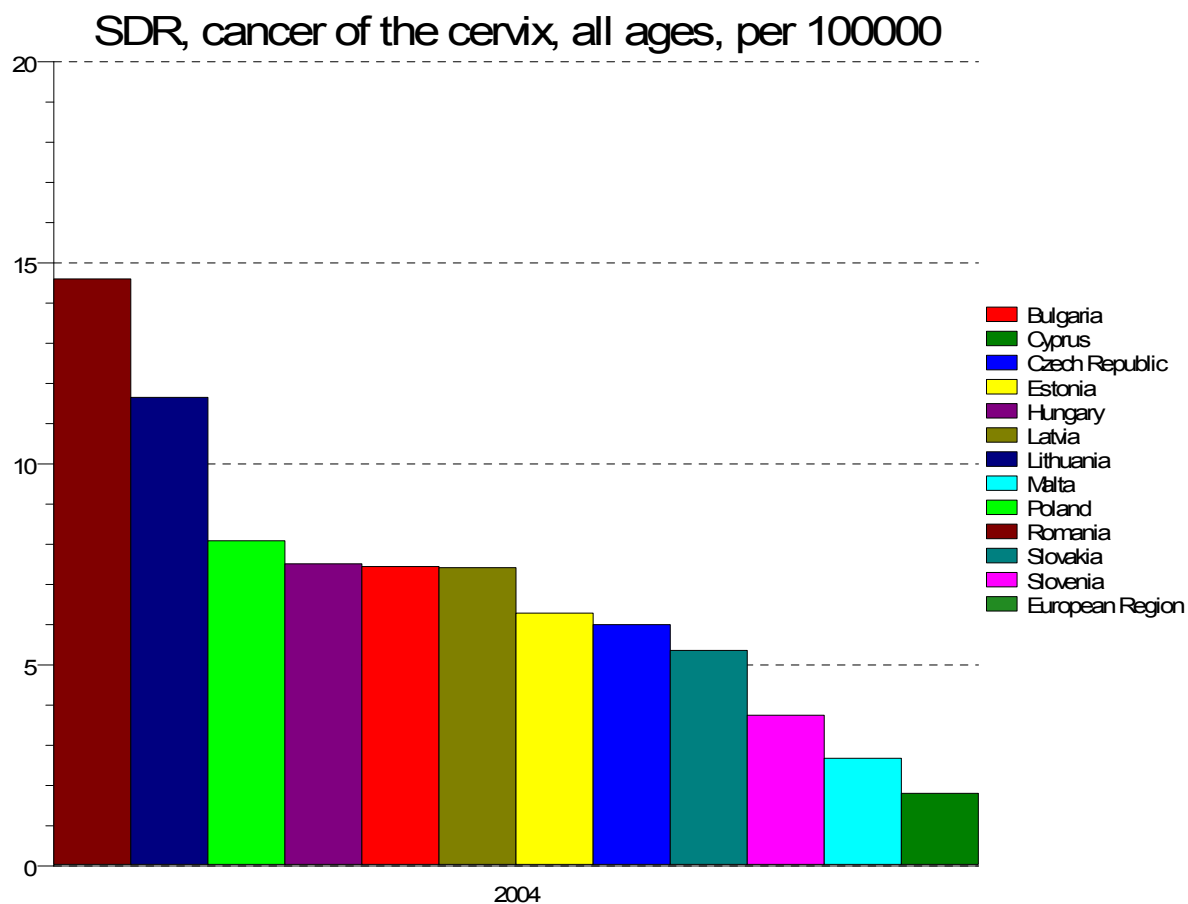
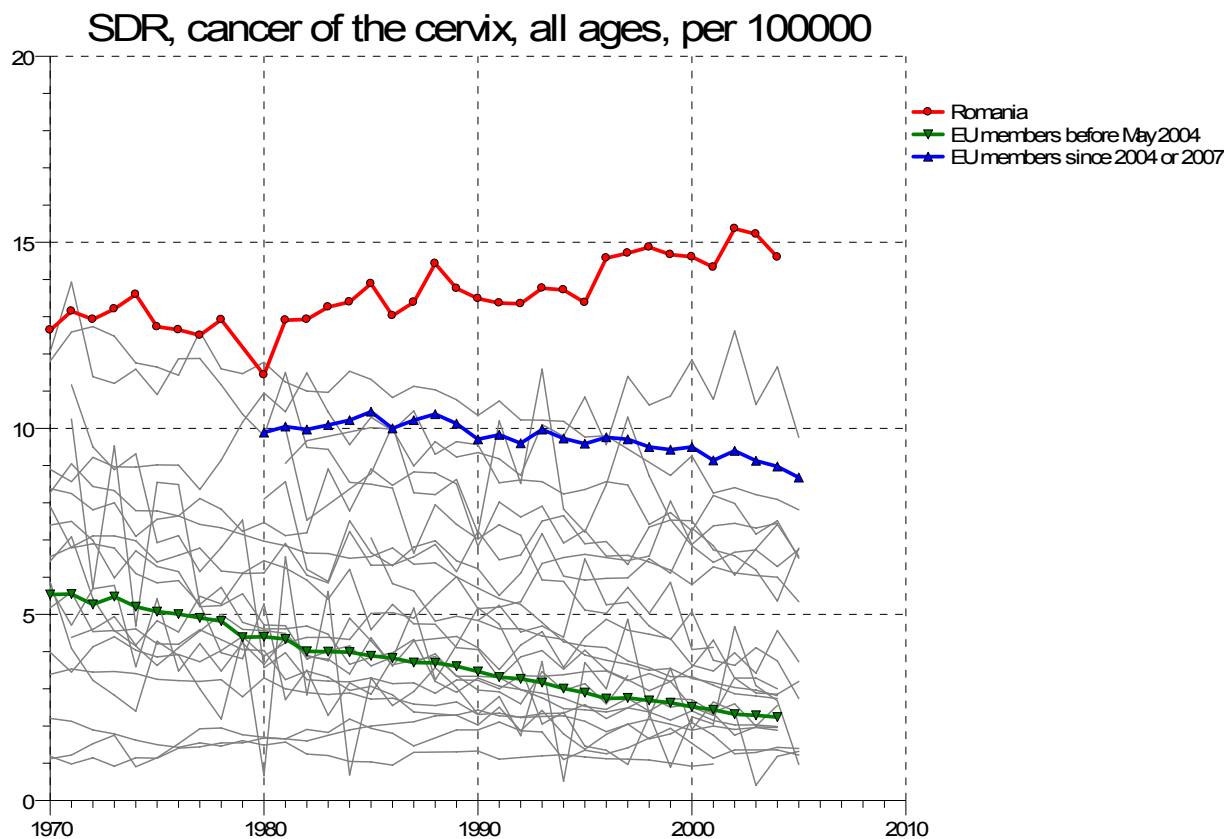
SDR, trachea/bronchus/lung cancer, all ages per 100000



SDR, trachea/bronchus/lung cancer, all ages per 100000

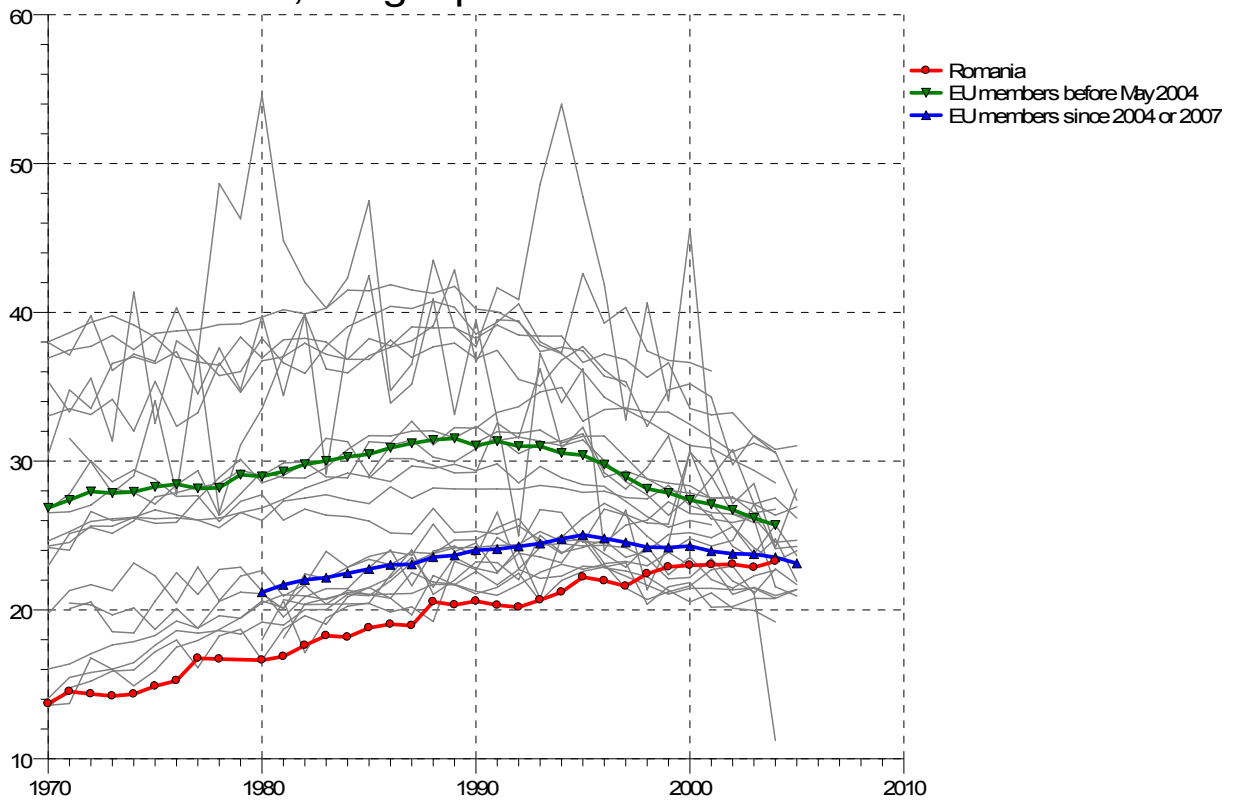


Rata standardizată a mortalității prin neoplasm de col uterin

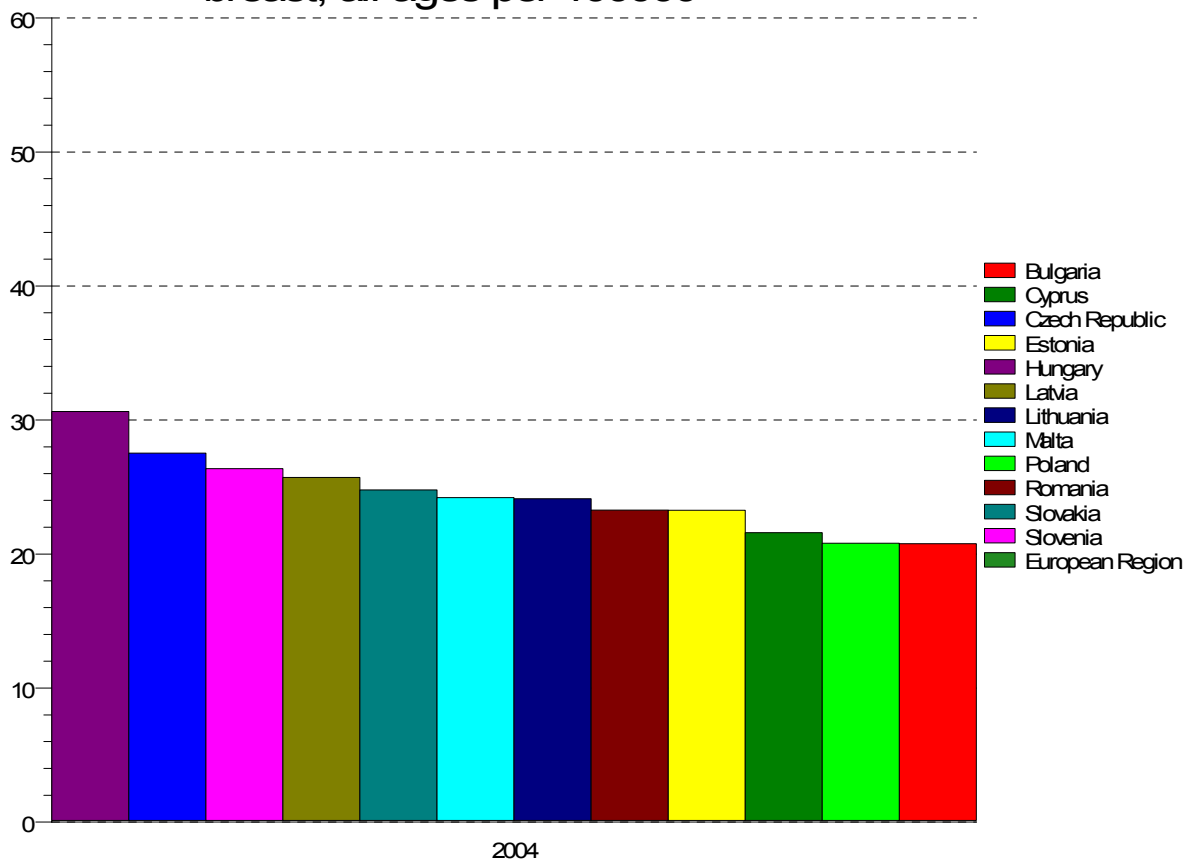


Rata standardizată a mortalității prin neoplasm mamar

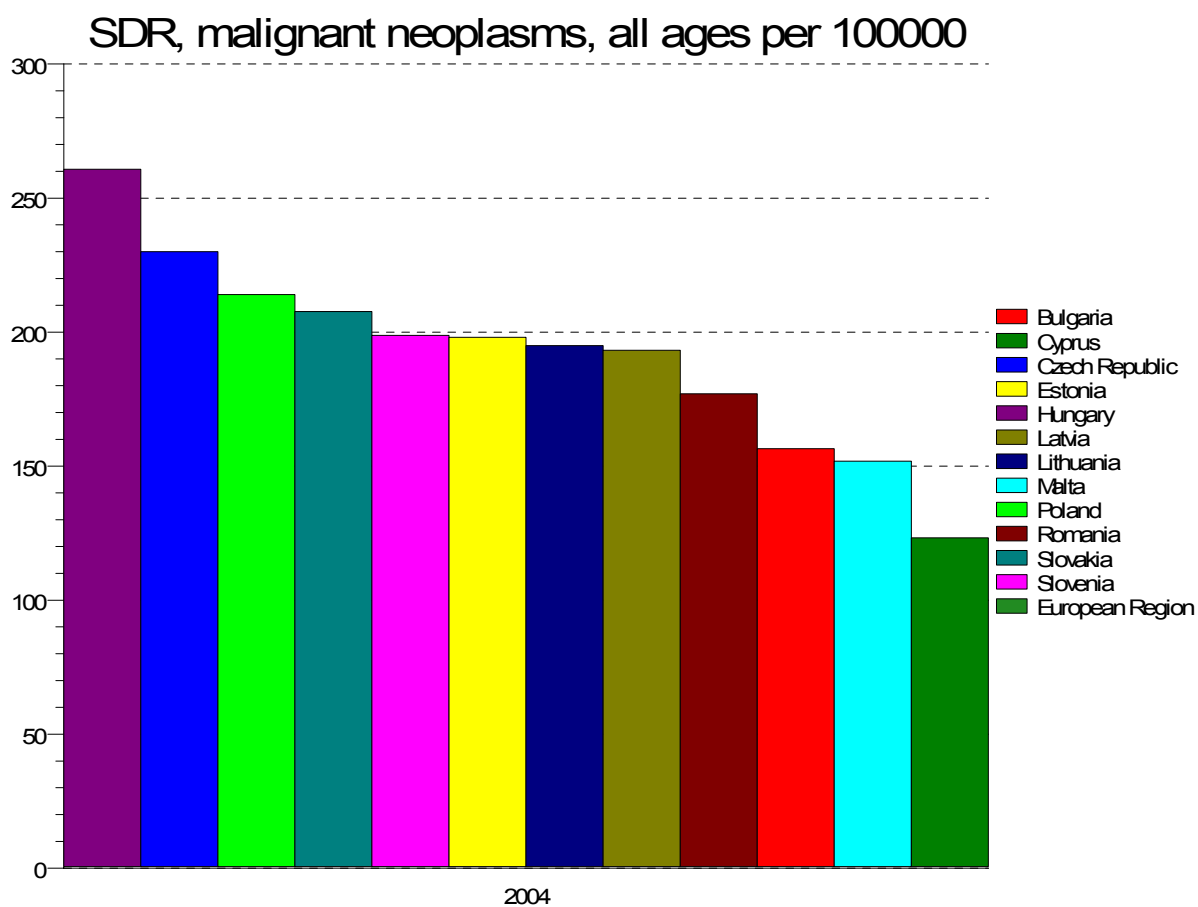
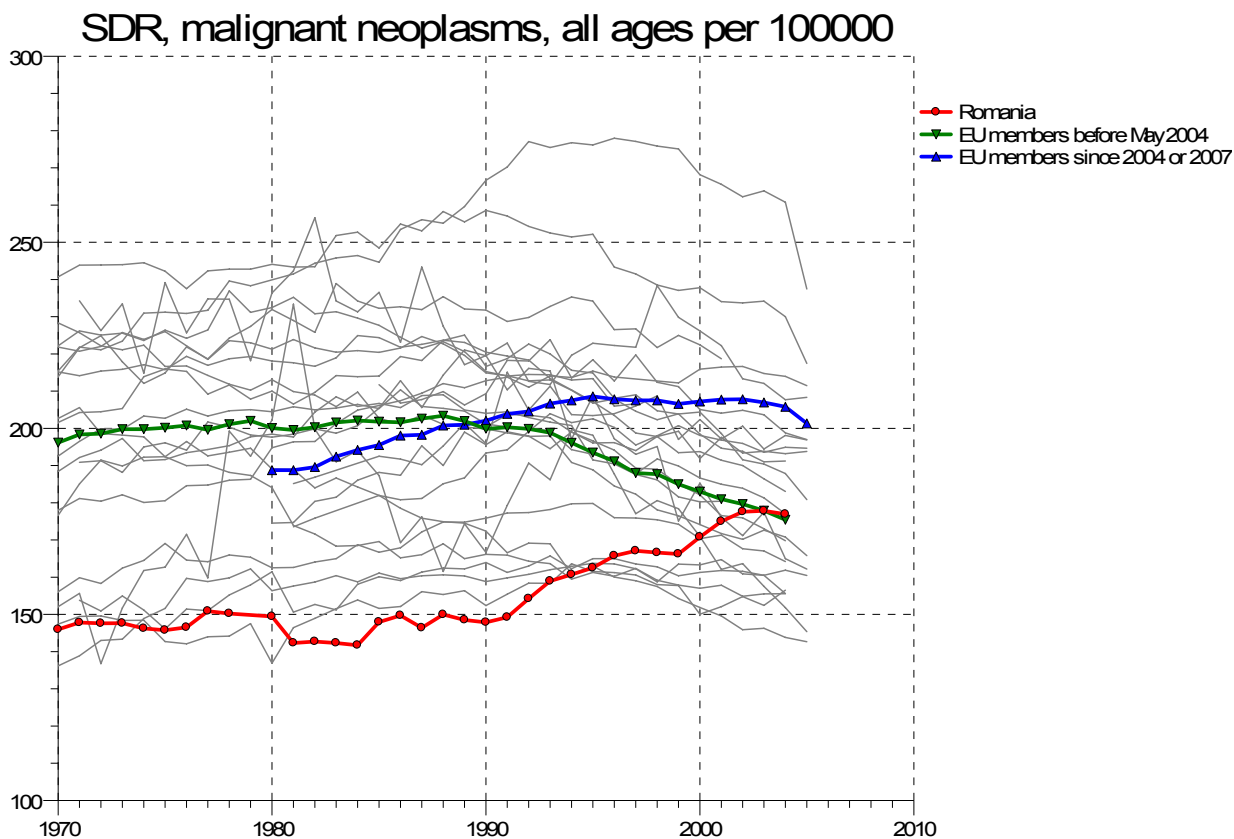
SDR, malignant neoplasm female breast, all ages per 100000



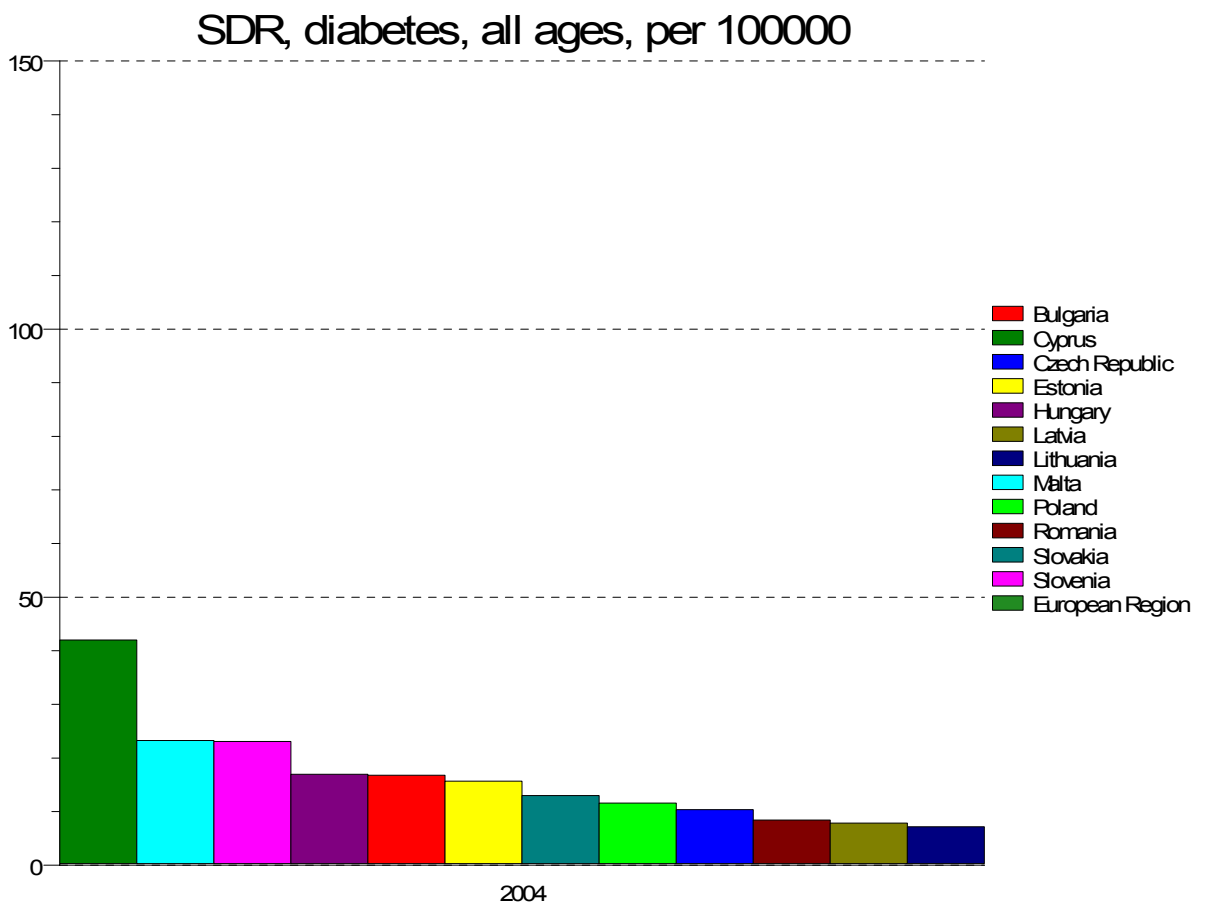
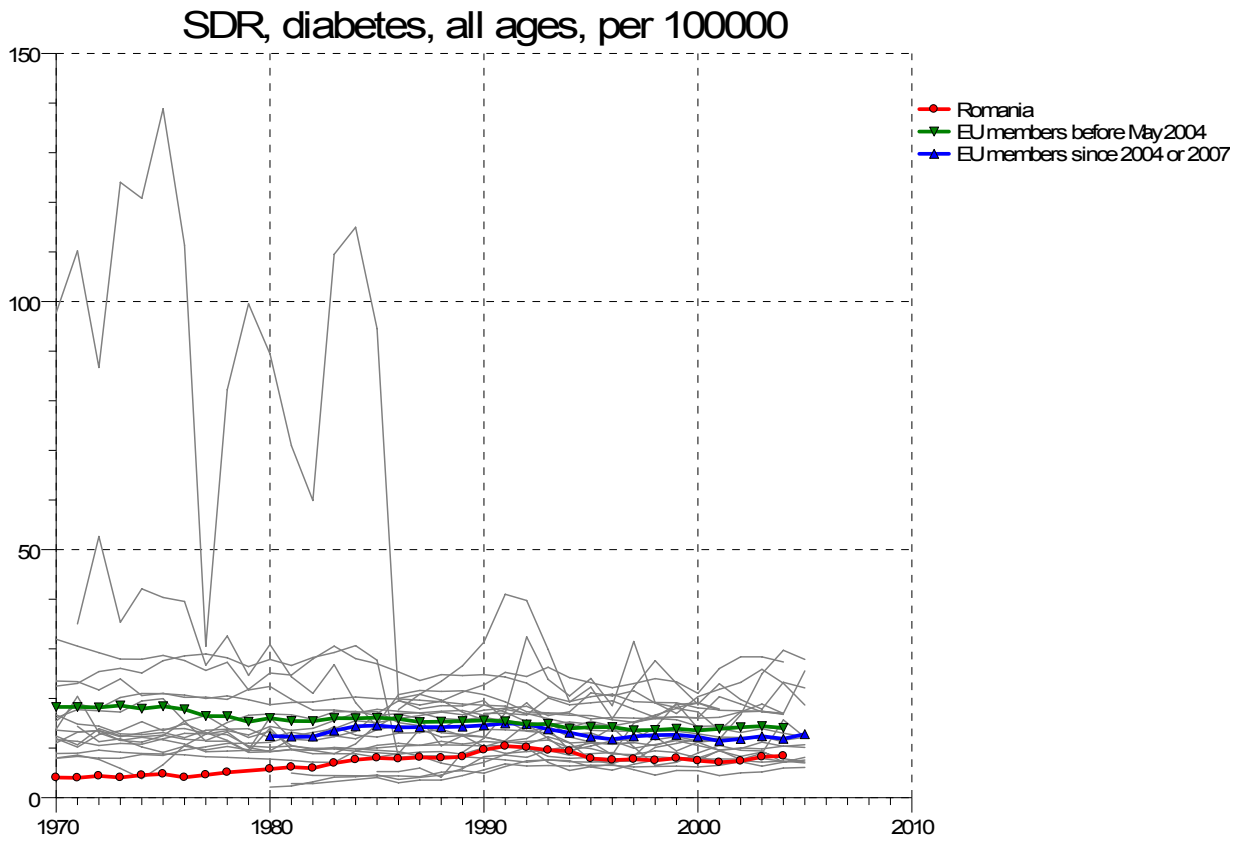
SDR, malignant neoplasm female breast, all ages per 100000



Rata standardizată a mortalității prin neoplazii

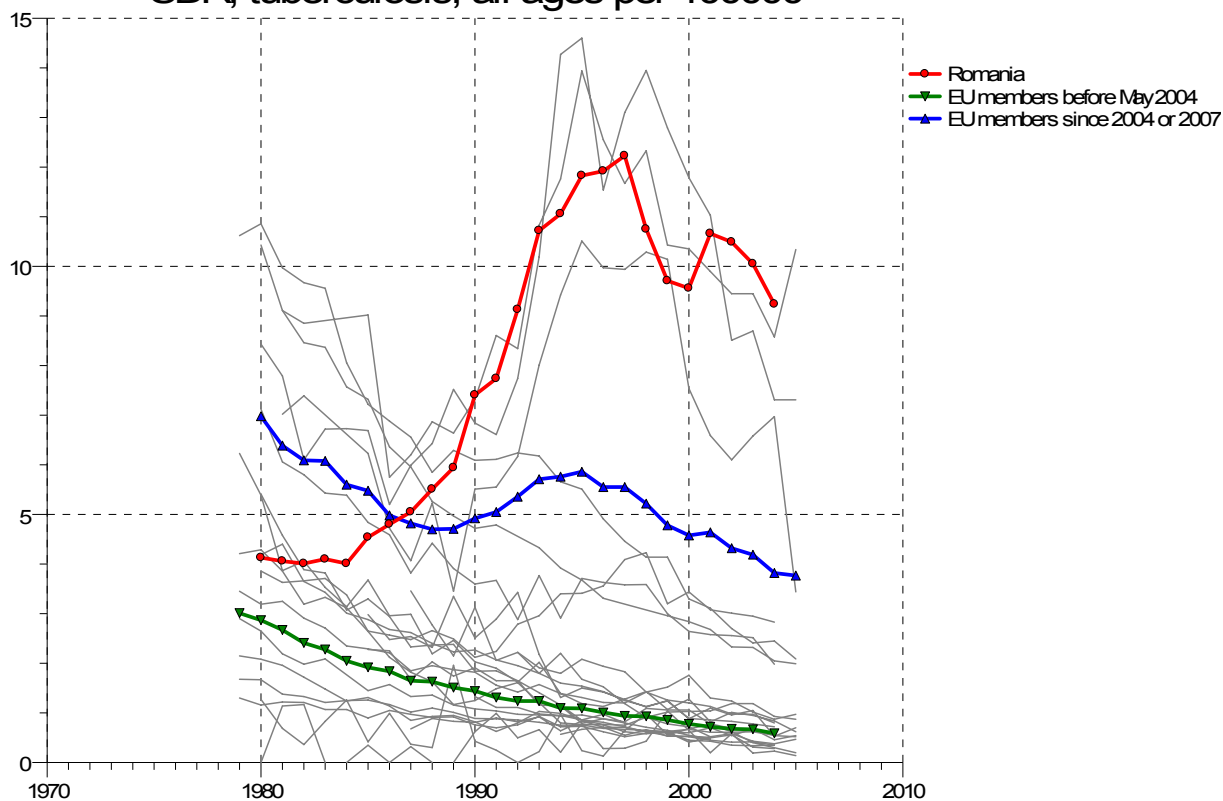


Rata standardizată a mortalității prin diabet

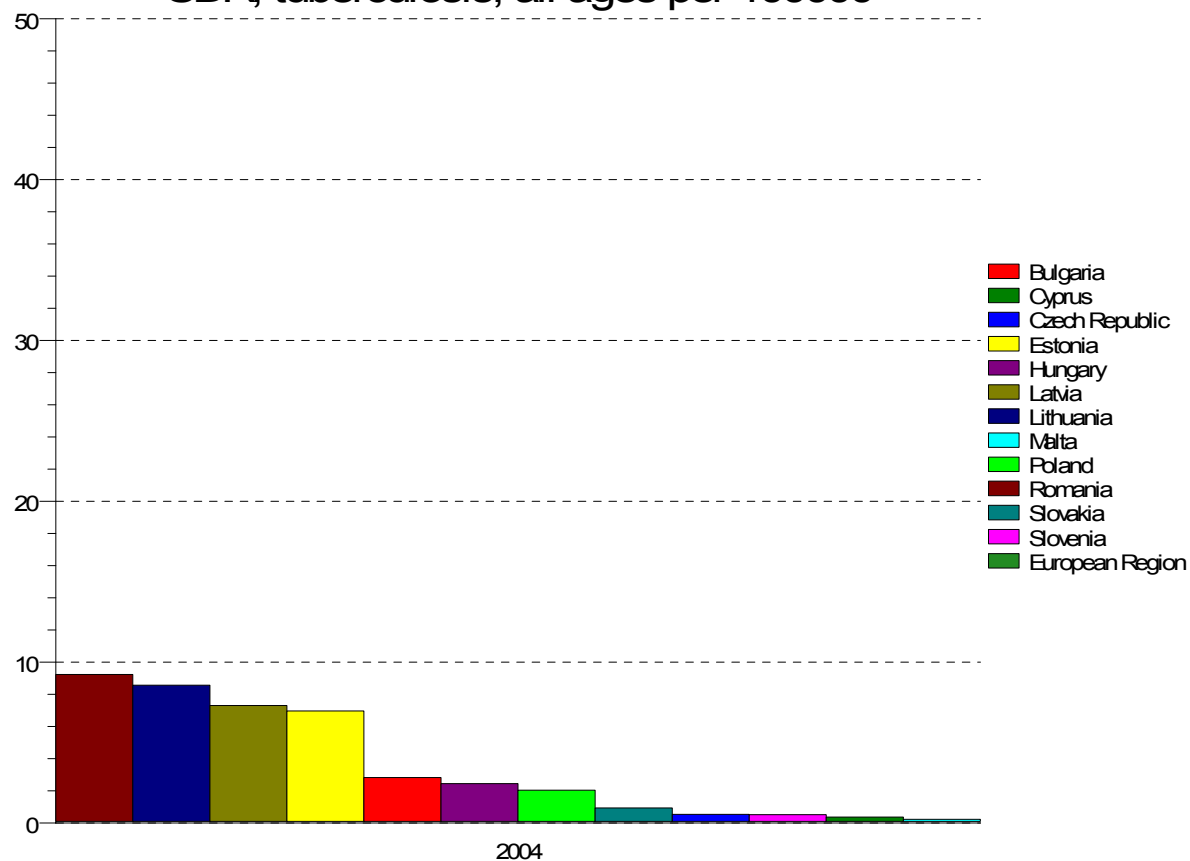


Rata standardizată a mortalității prin tuberculoză

SDR, tuberculosis, all ages per 100000

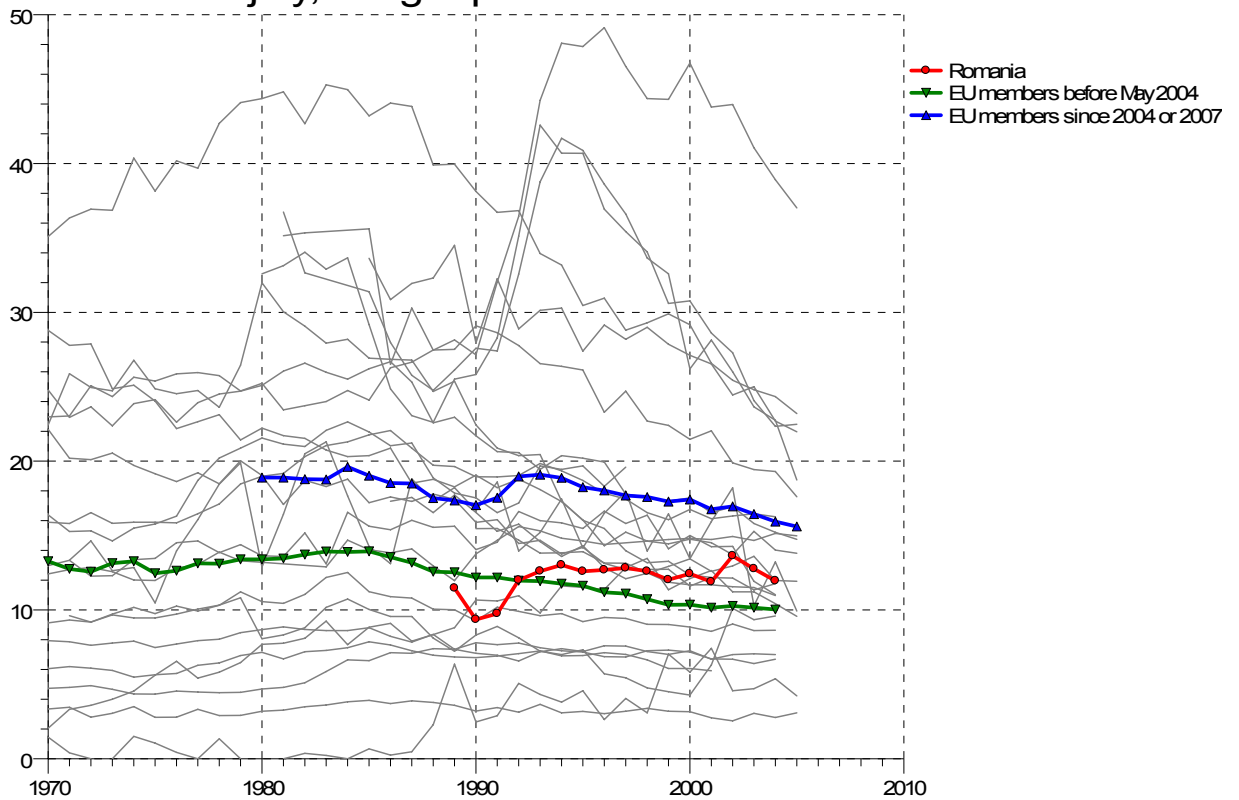


SDR, tuberculosis, all ages per 100000

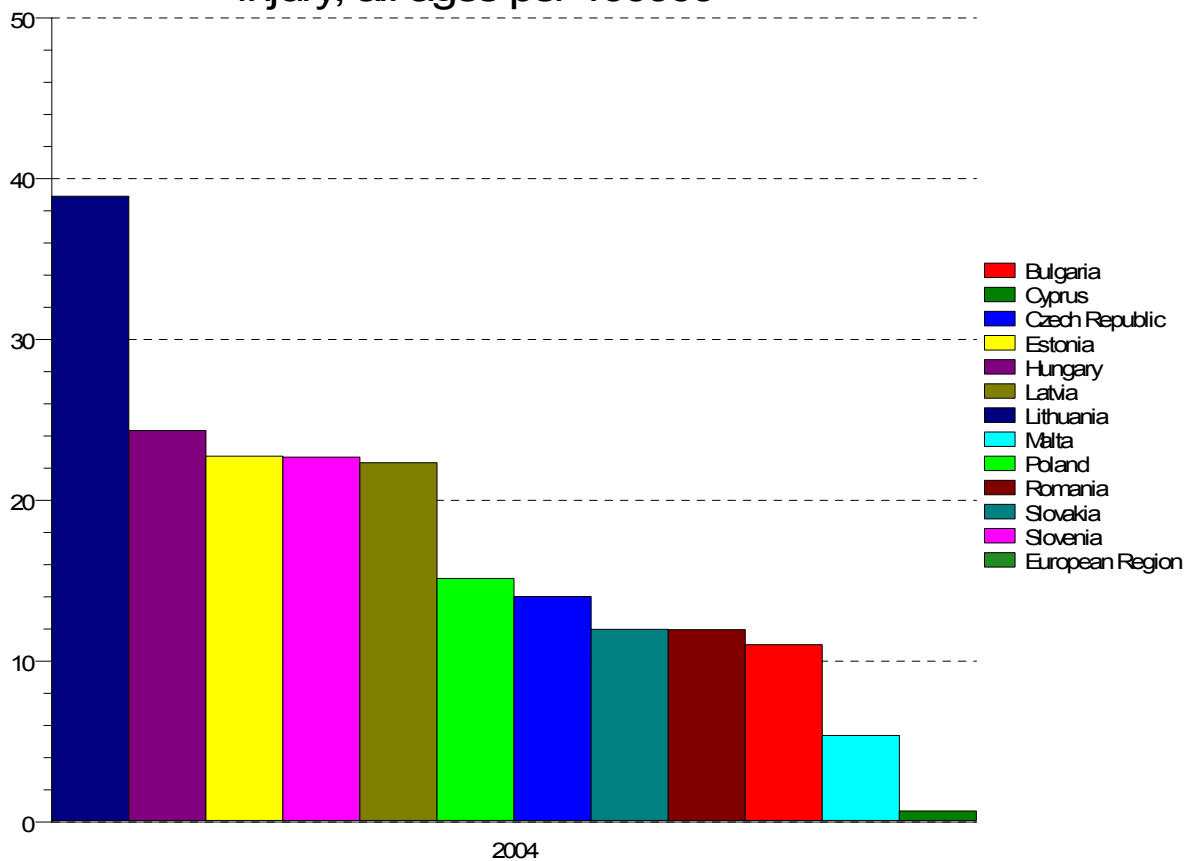


Rata standardizată a mortalității prin suicid

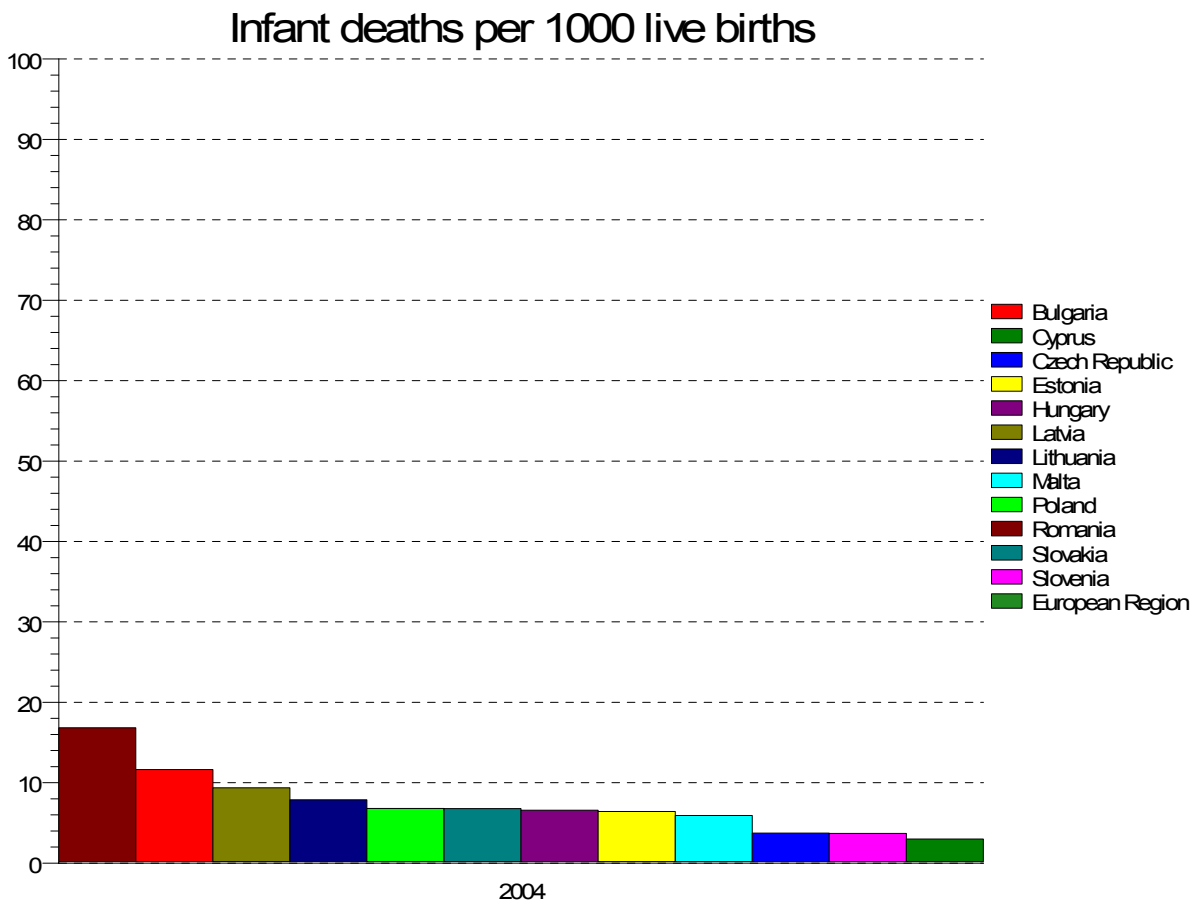
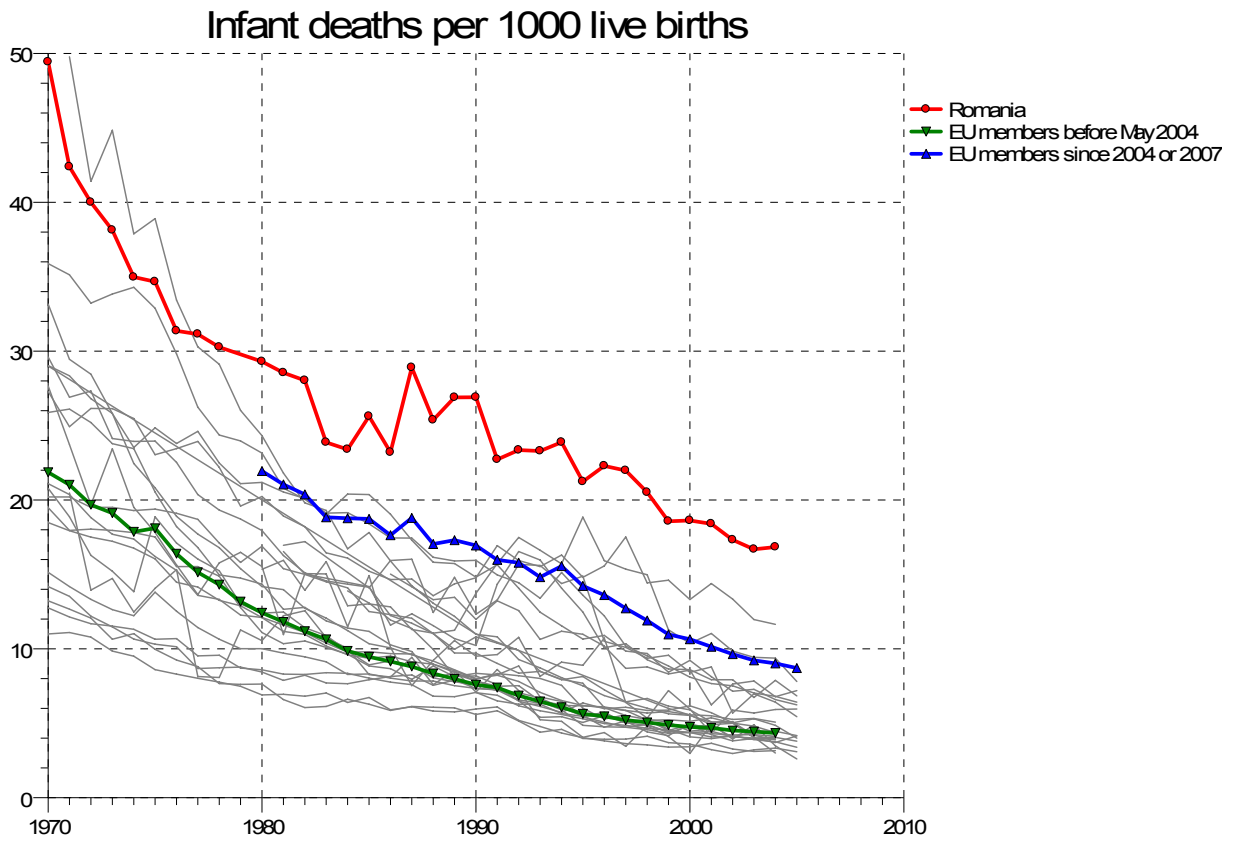
SDR, suicide and self-inflicted injury, all ages per 100000



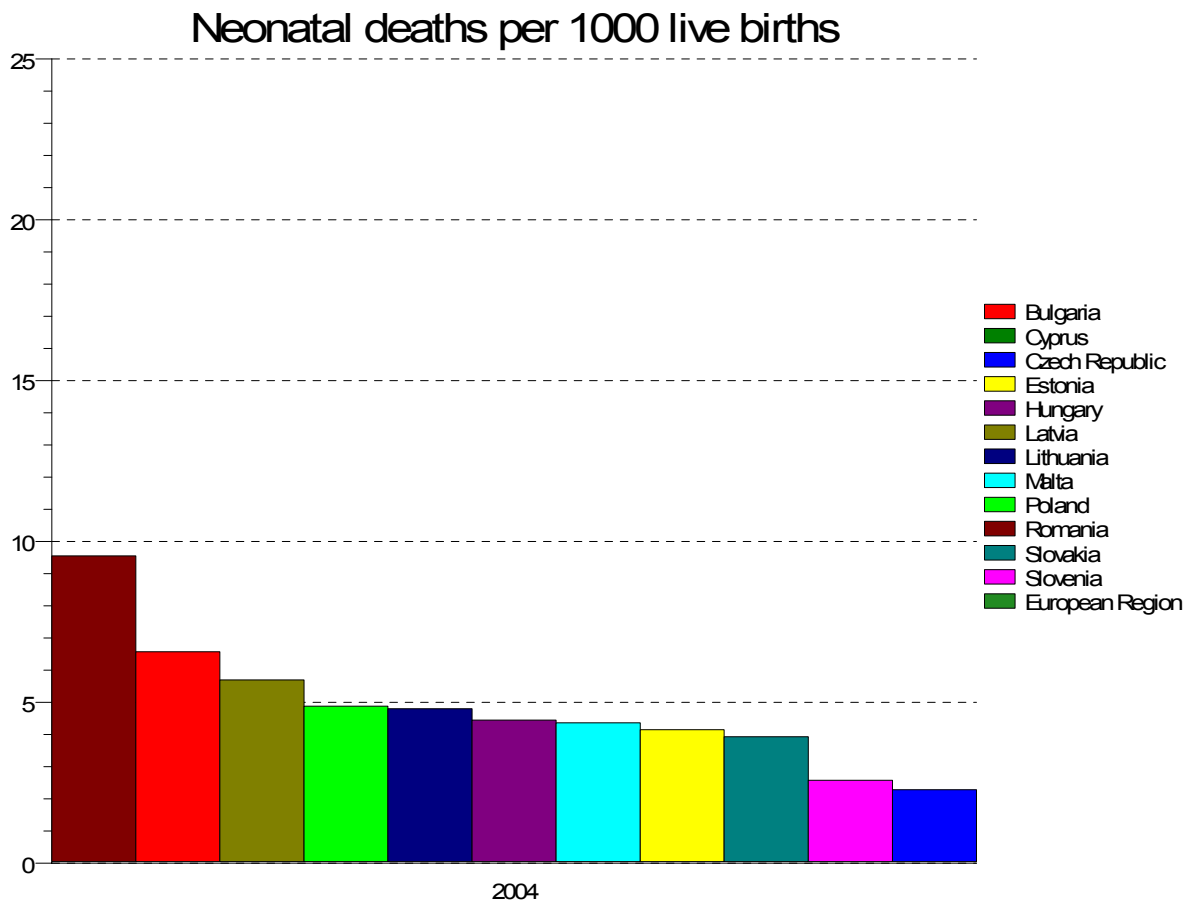
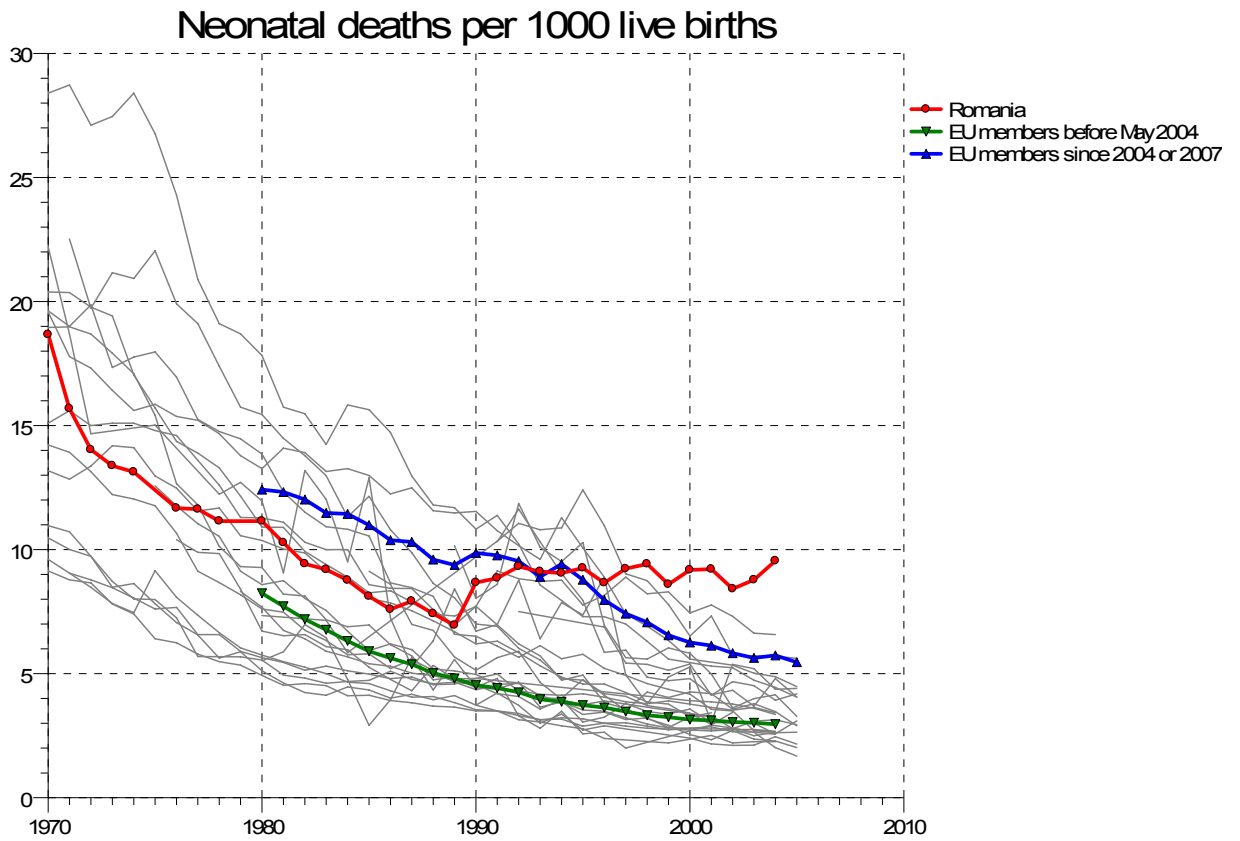
SDR, suicide and self-inflicted injury, all ages per 100000



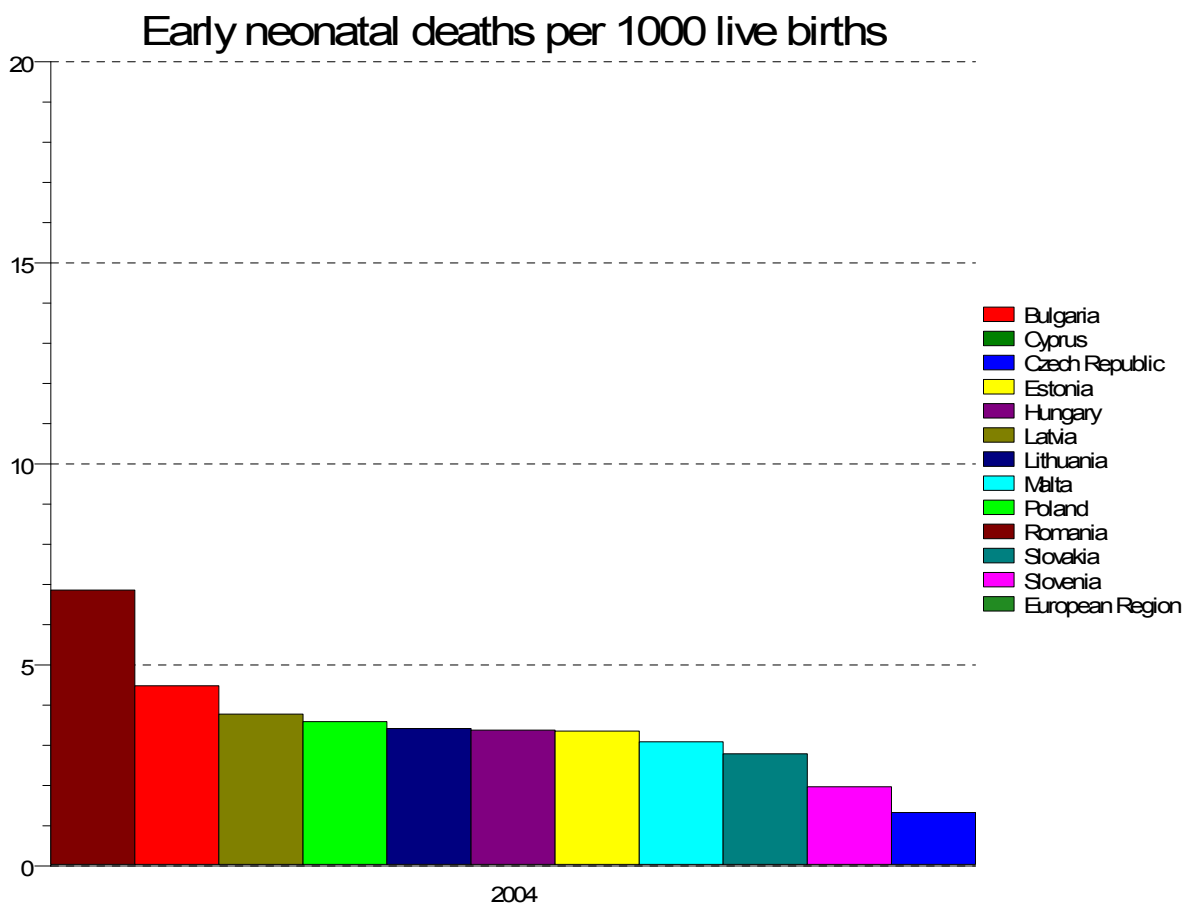
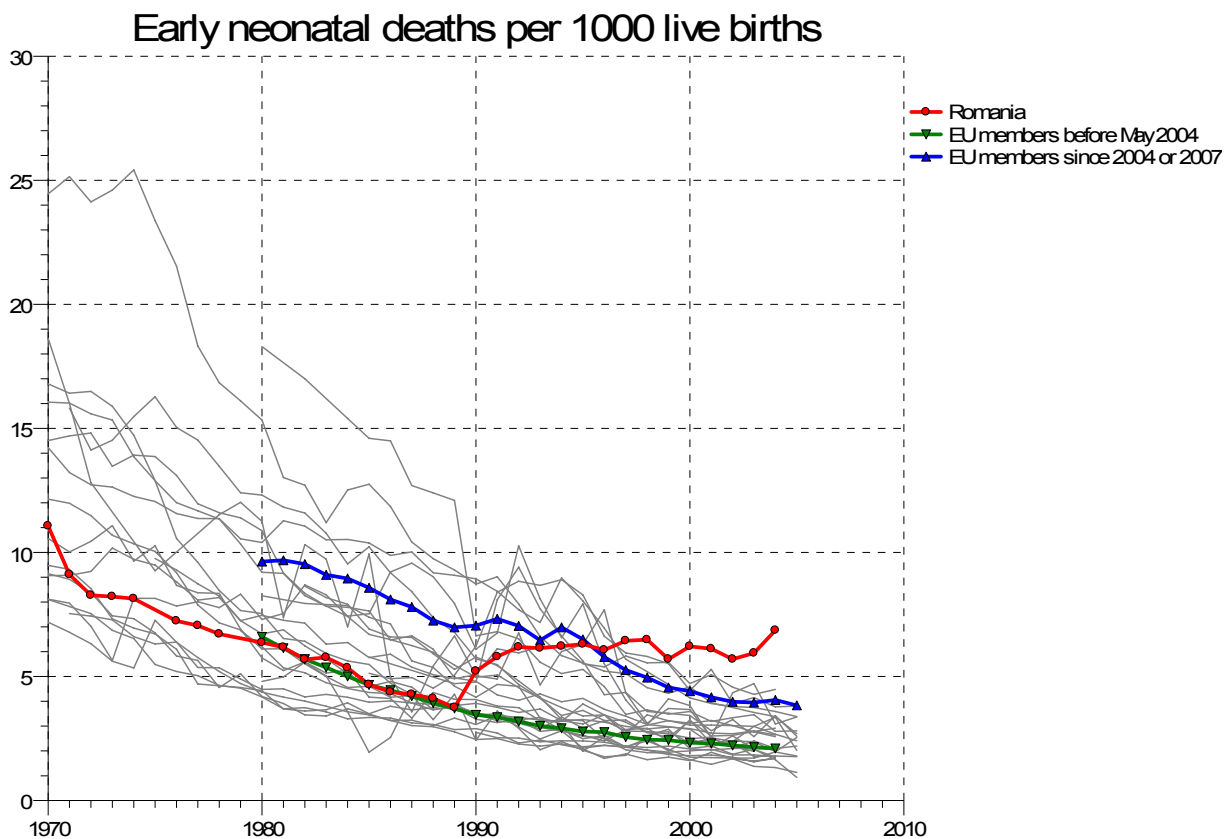
Rata de mortalitate infantilă



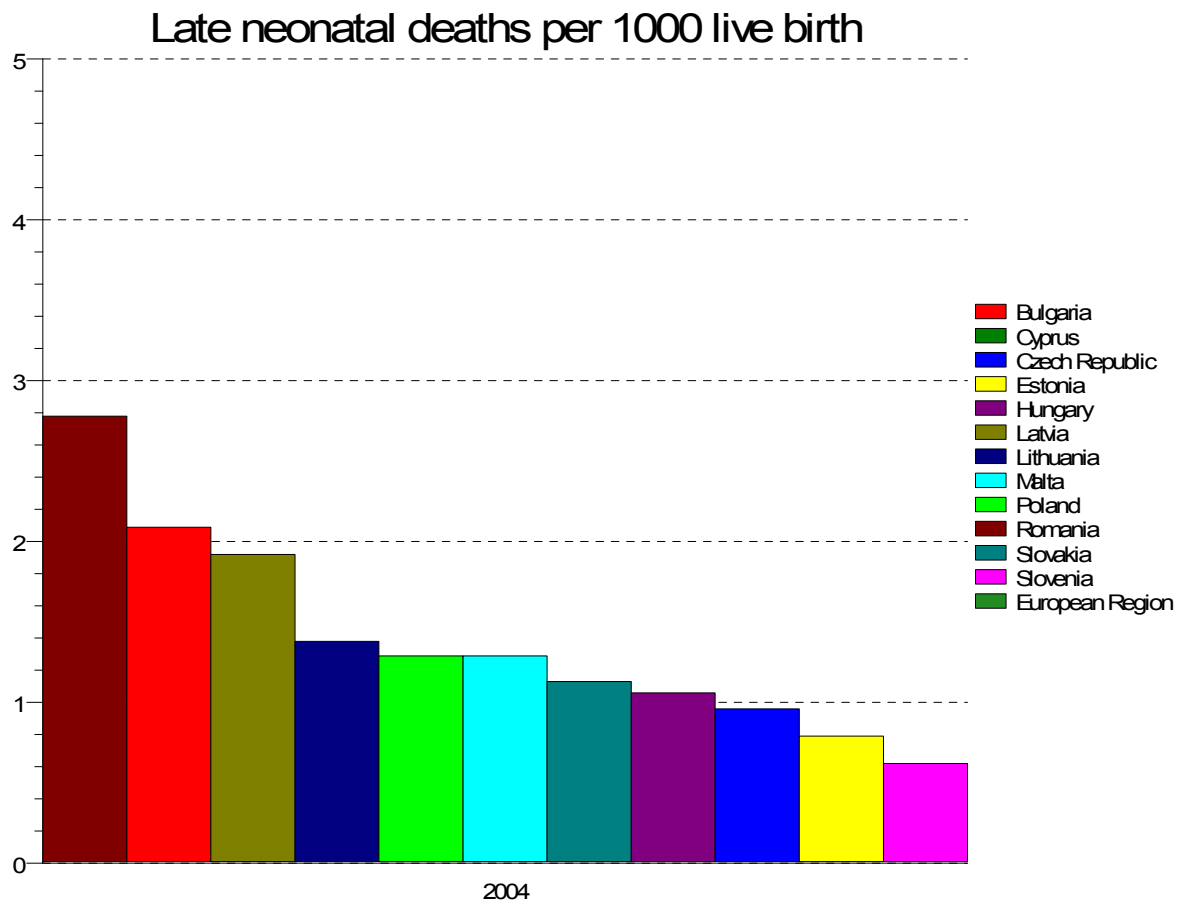
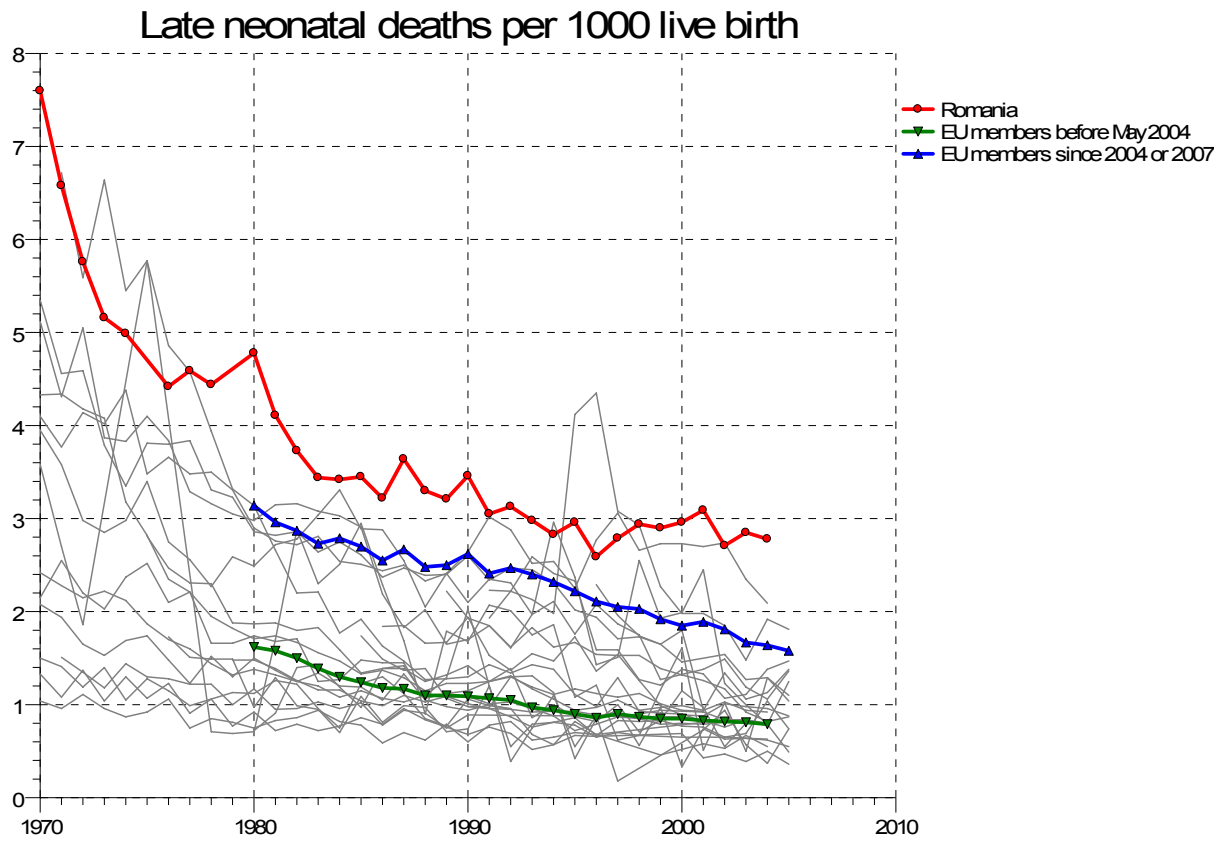
Rata de mortalitate neonatală



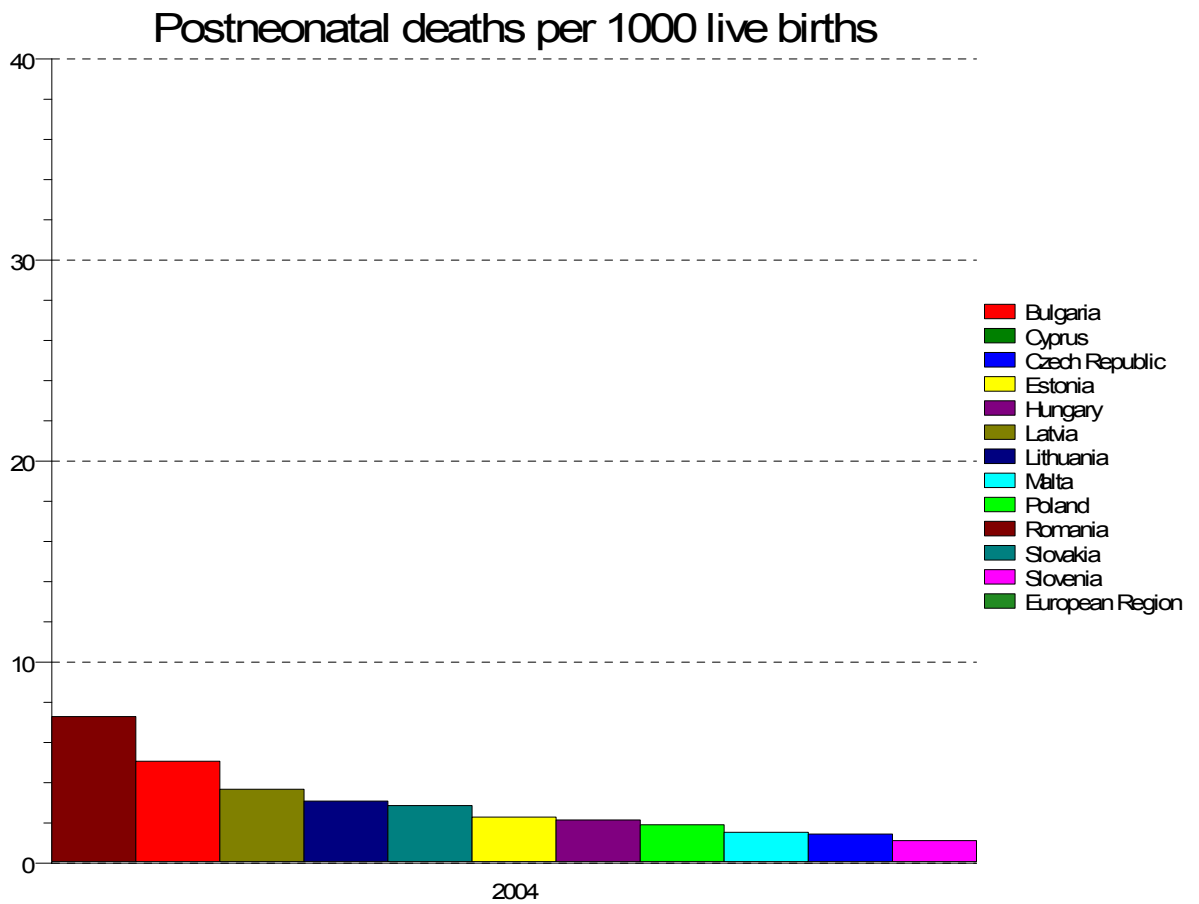
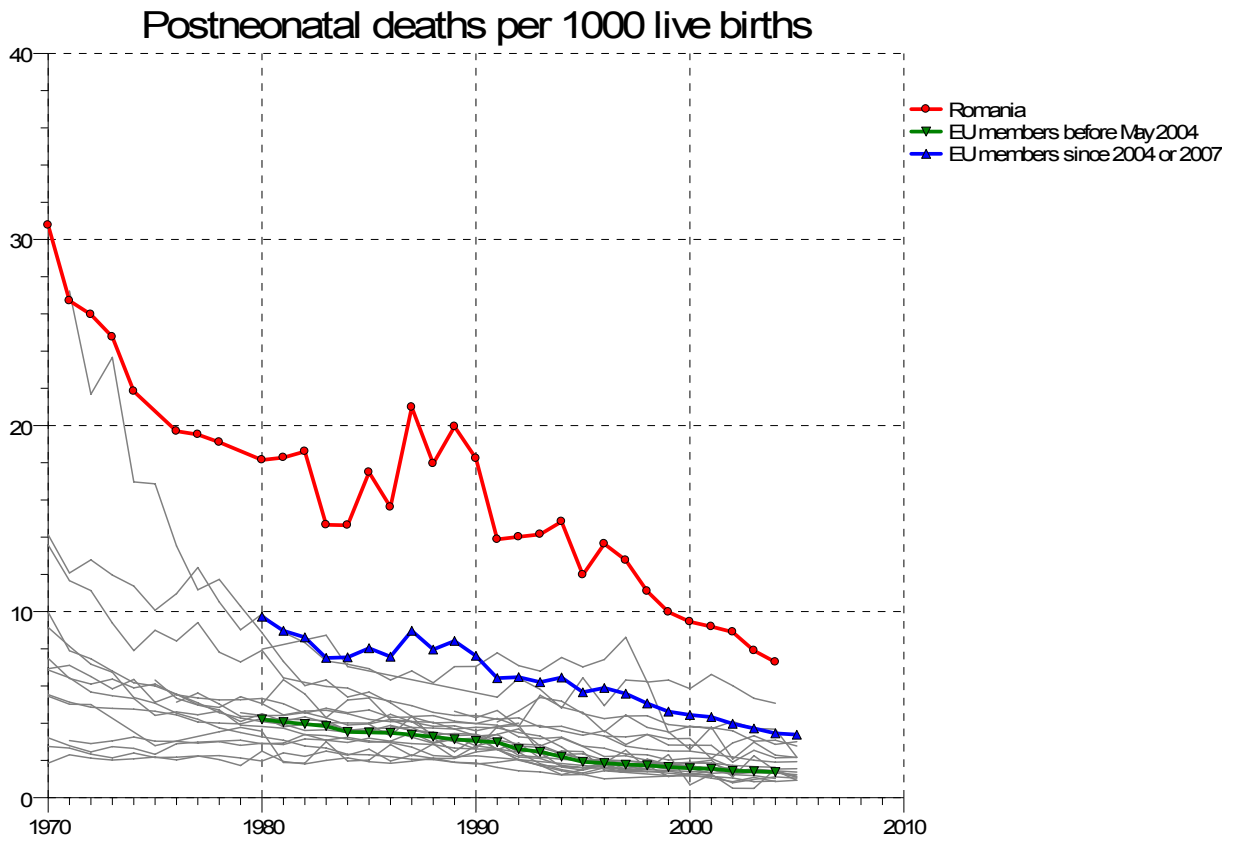
Rata de mortalitate neonatală precoce



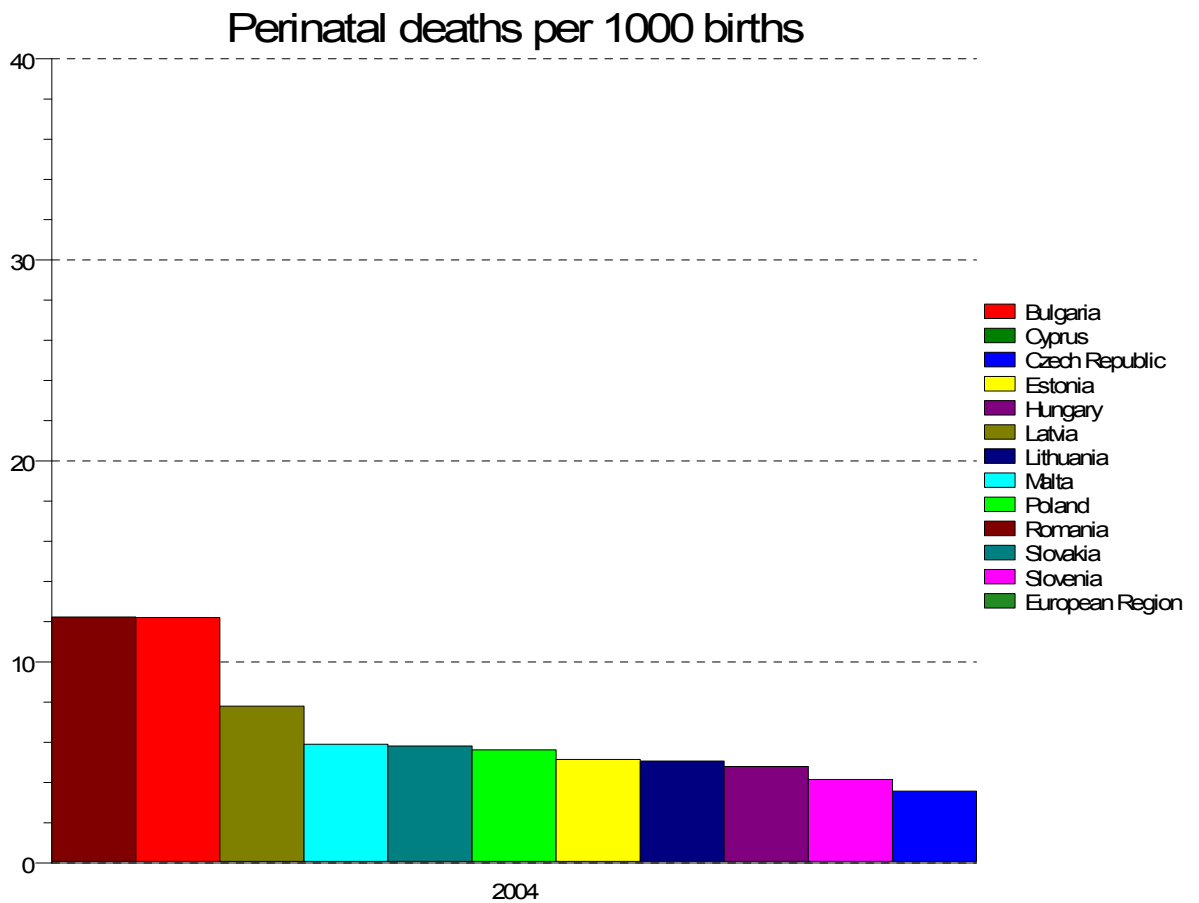
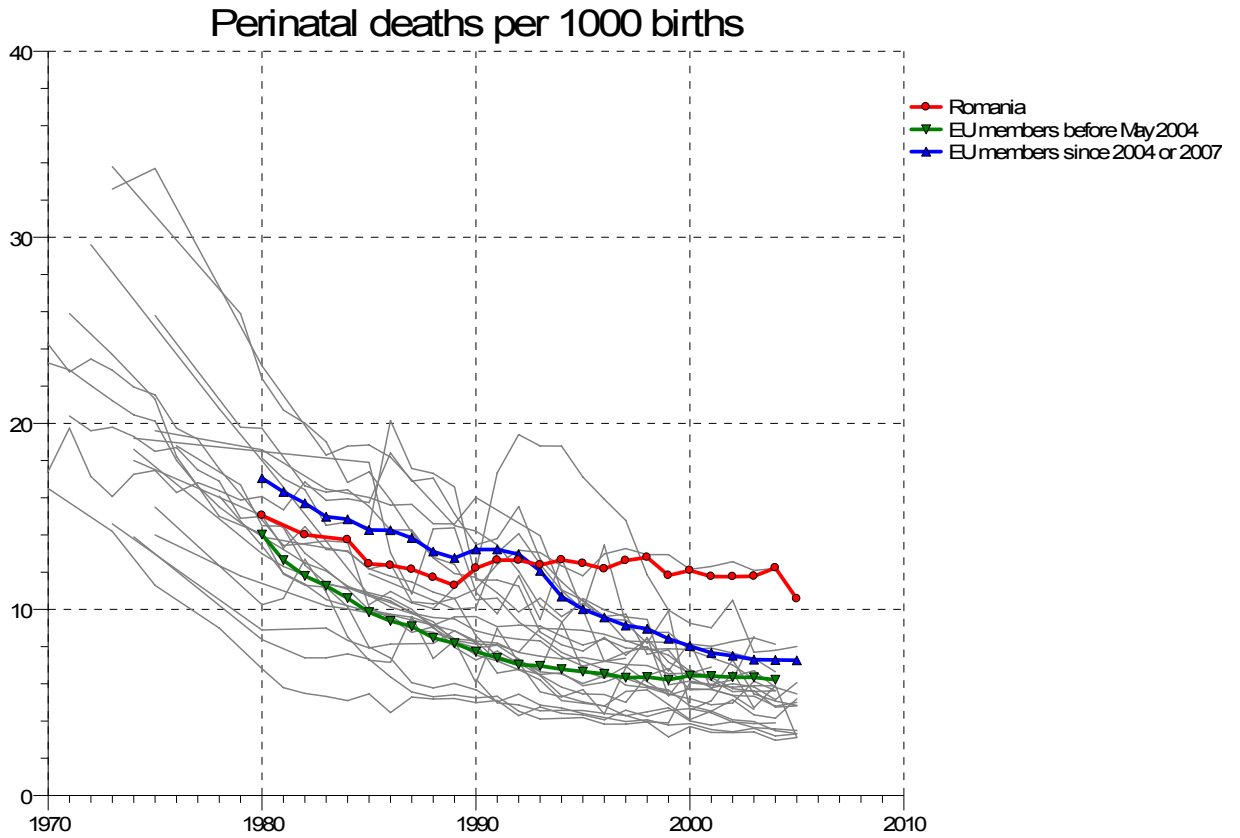
Rata de mortalitate neonatală tardivă



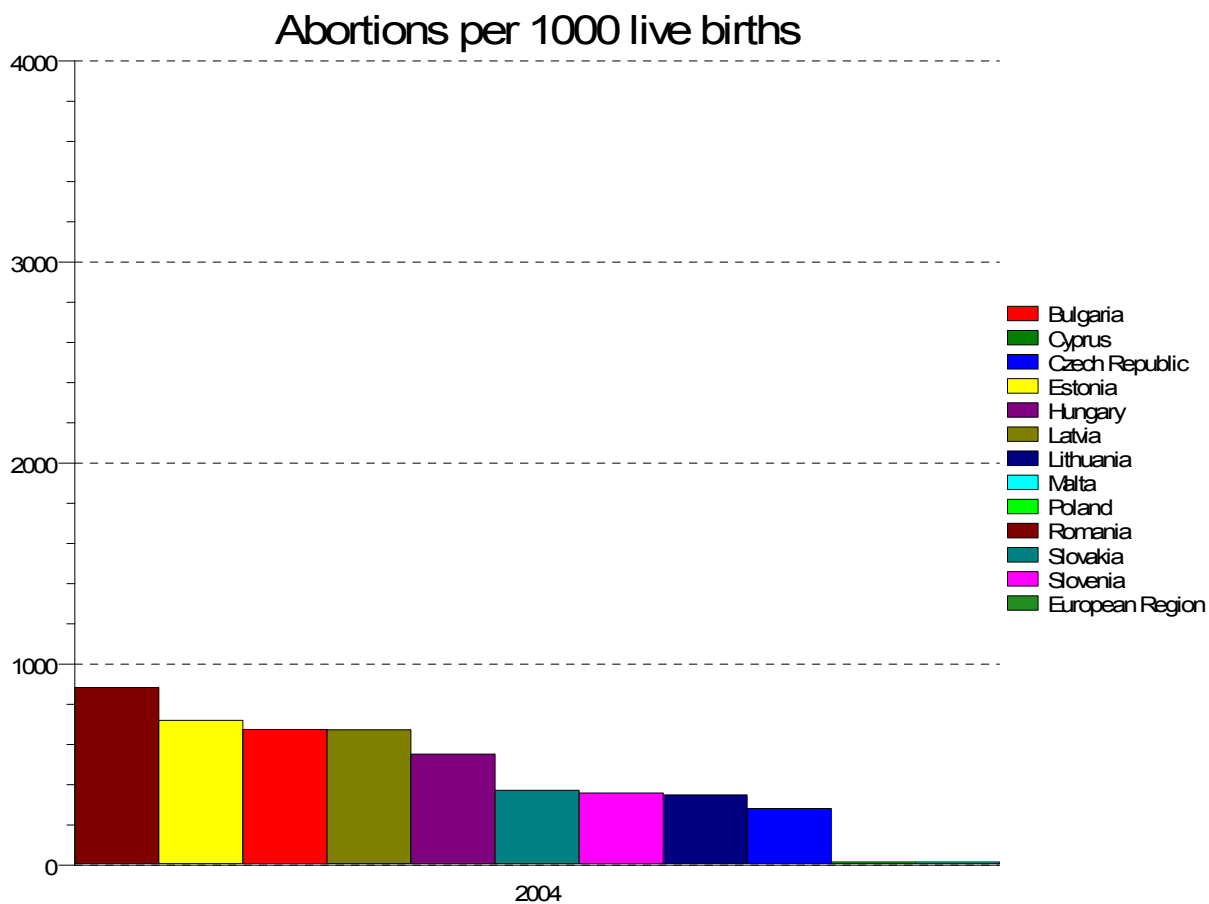
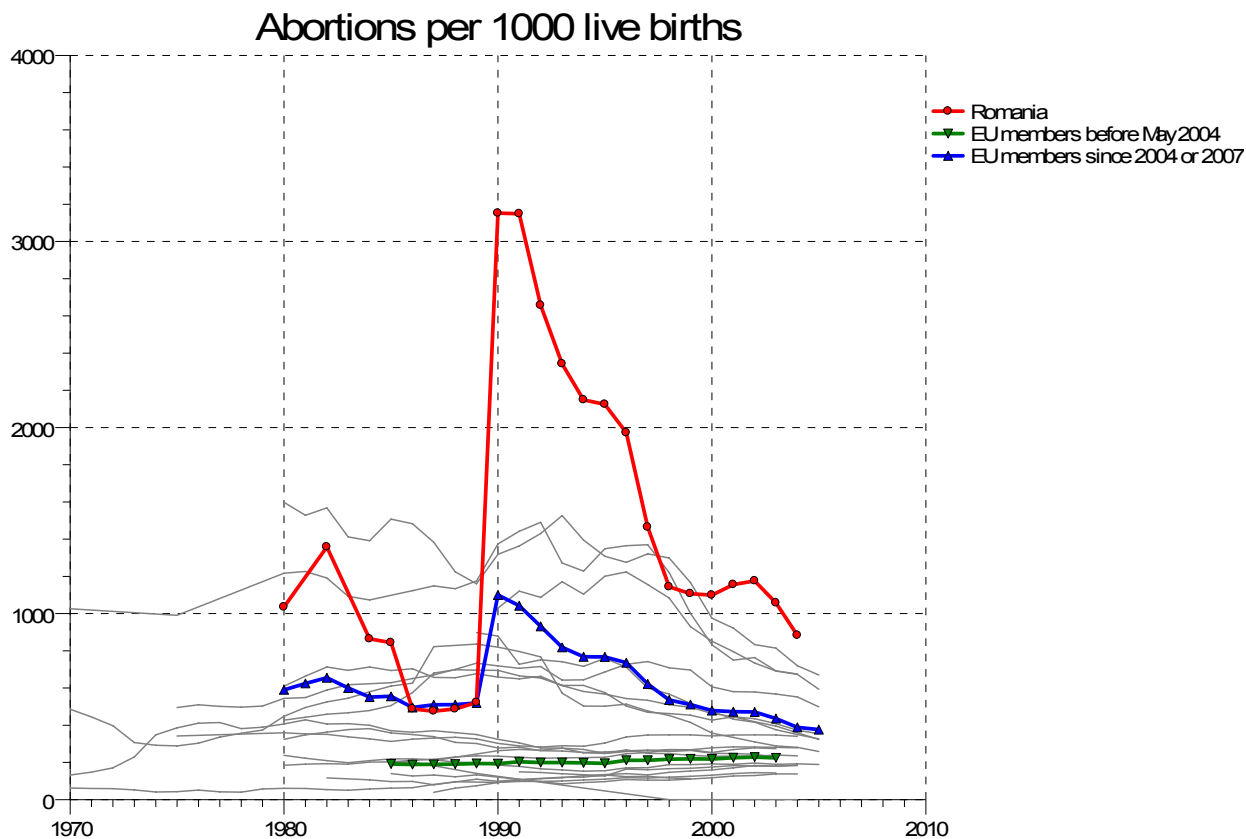
Rata de mortalitate postneonatală



Rata de mortalitate perinatală

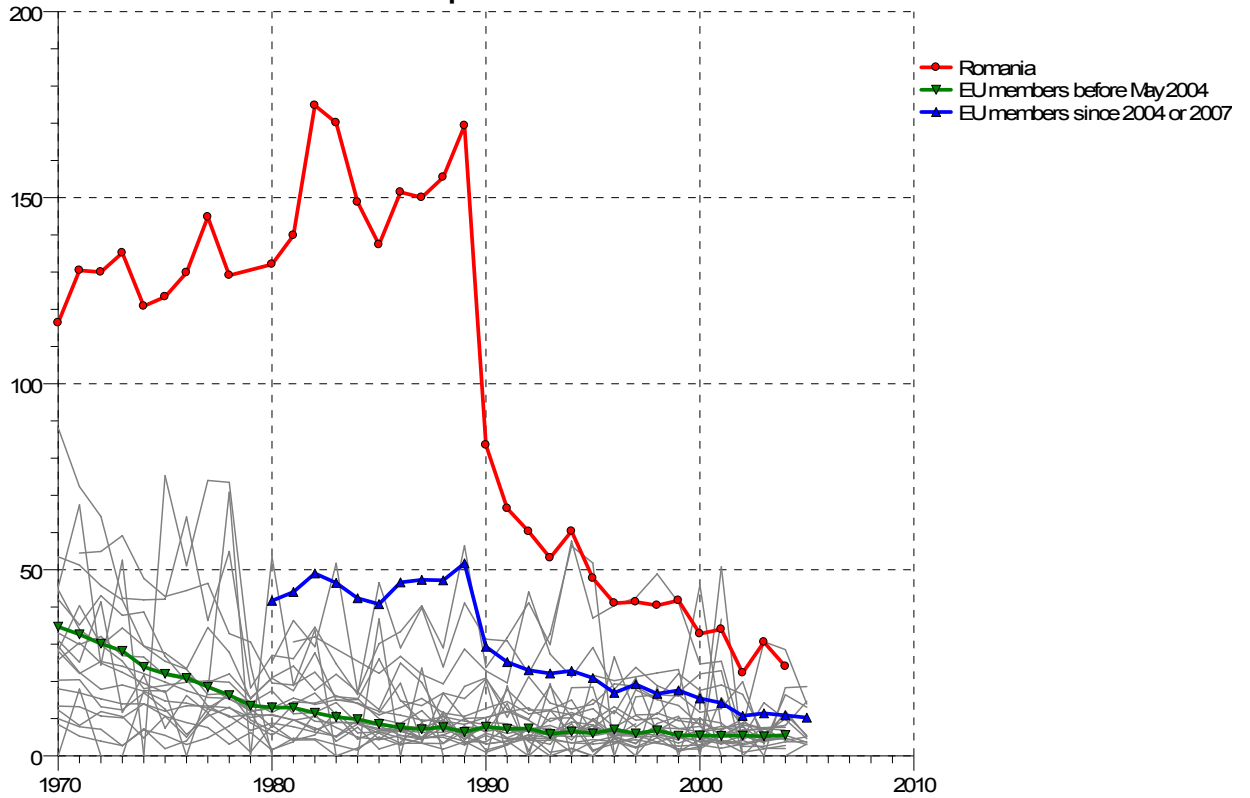


Număr avorturi / 1000 născuți vii

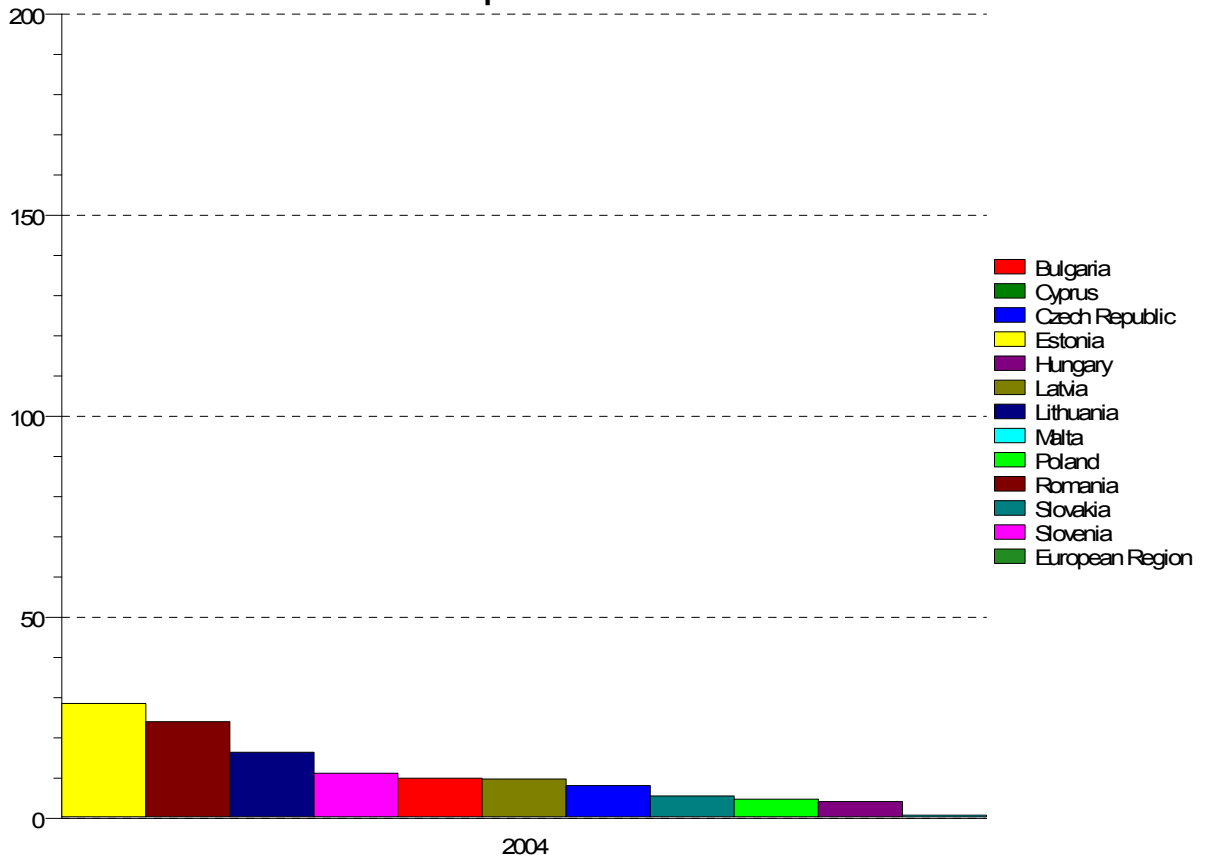


Mortalitatea maternă / 100000 născuți vii

Maternal deaths per 100000 live births

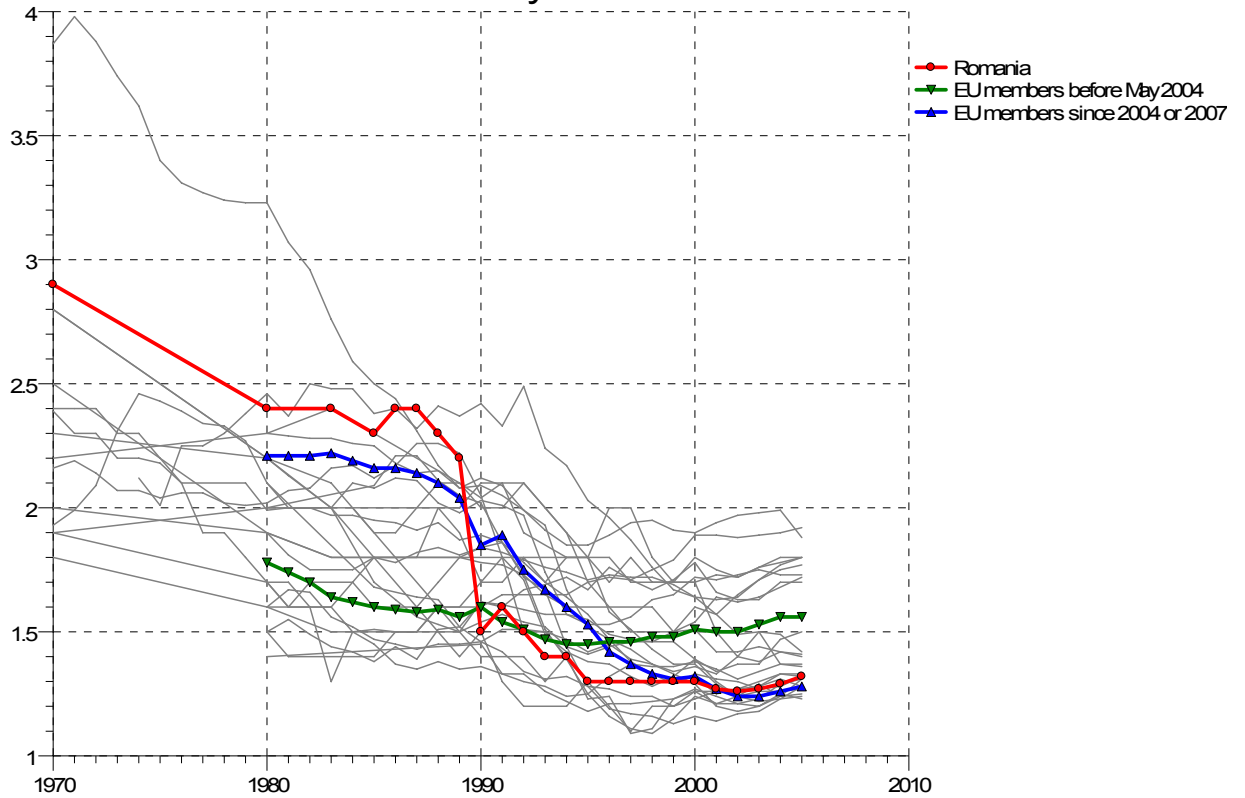


Maternal deaths per 100000 live births

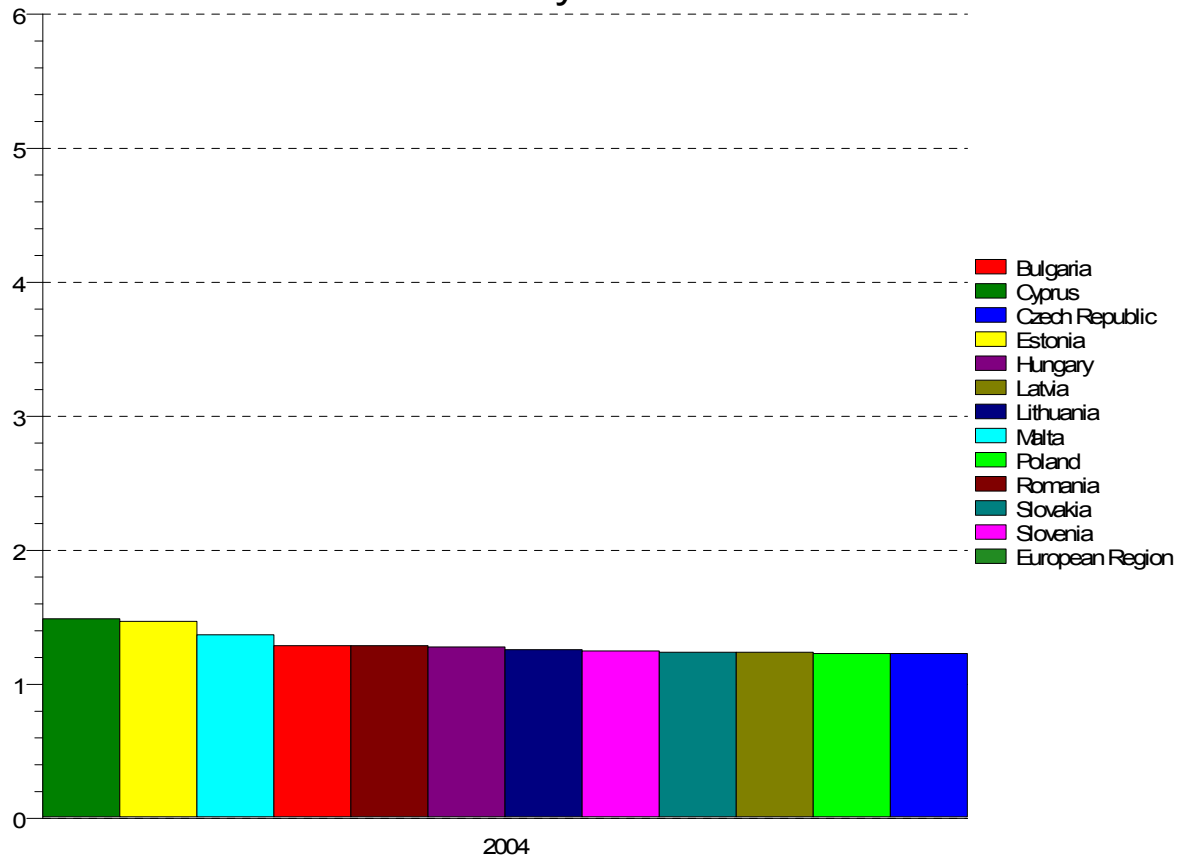


Rata generală a fertilității

Total fertility rate

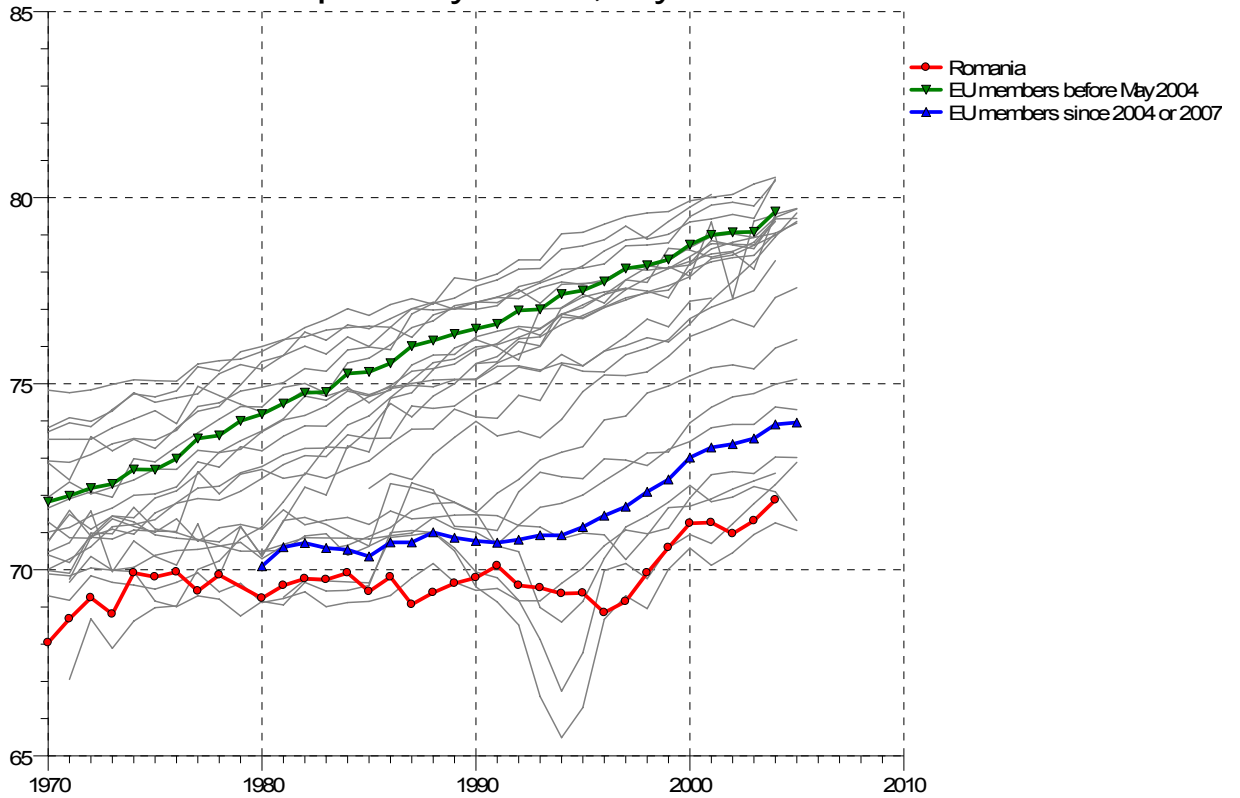


Total fertility rate

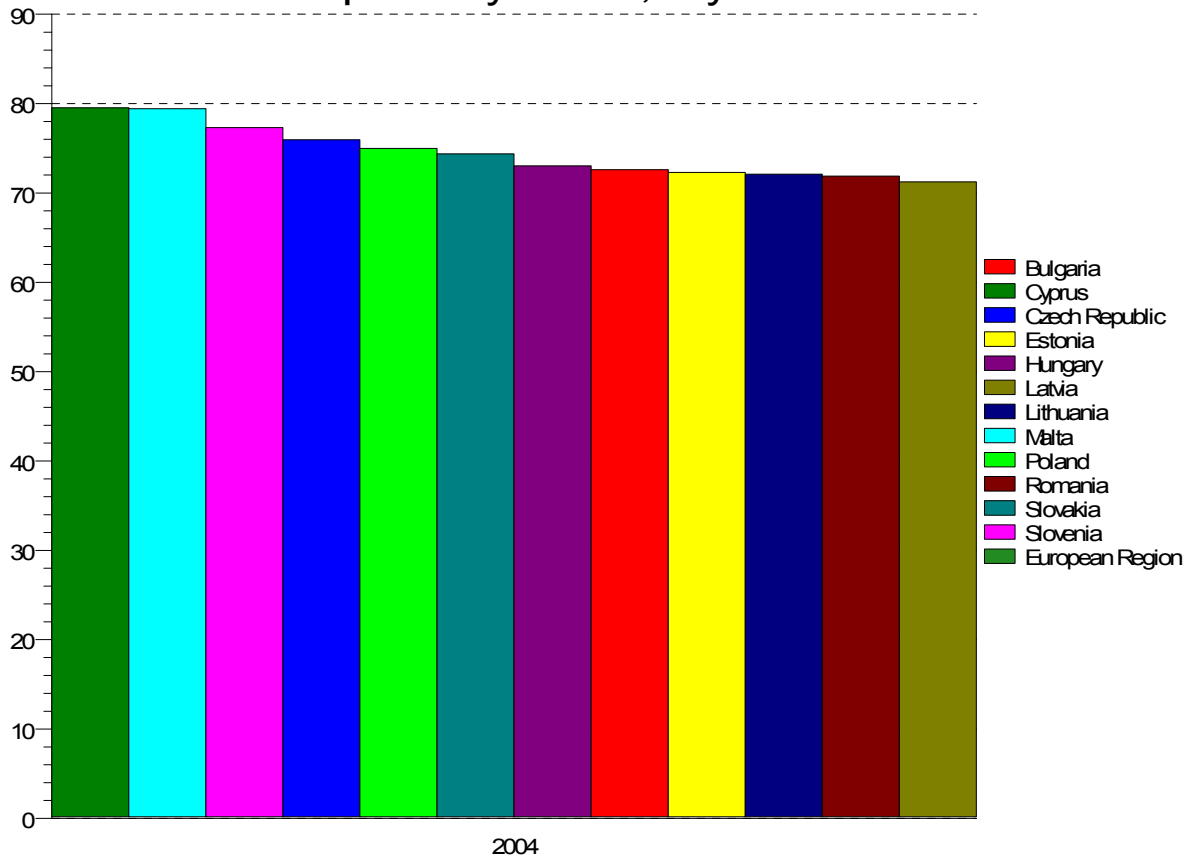


Speranța de viață la naștere

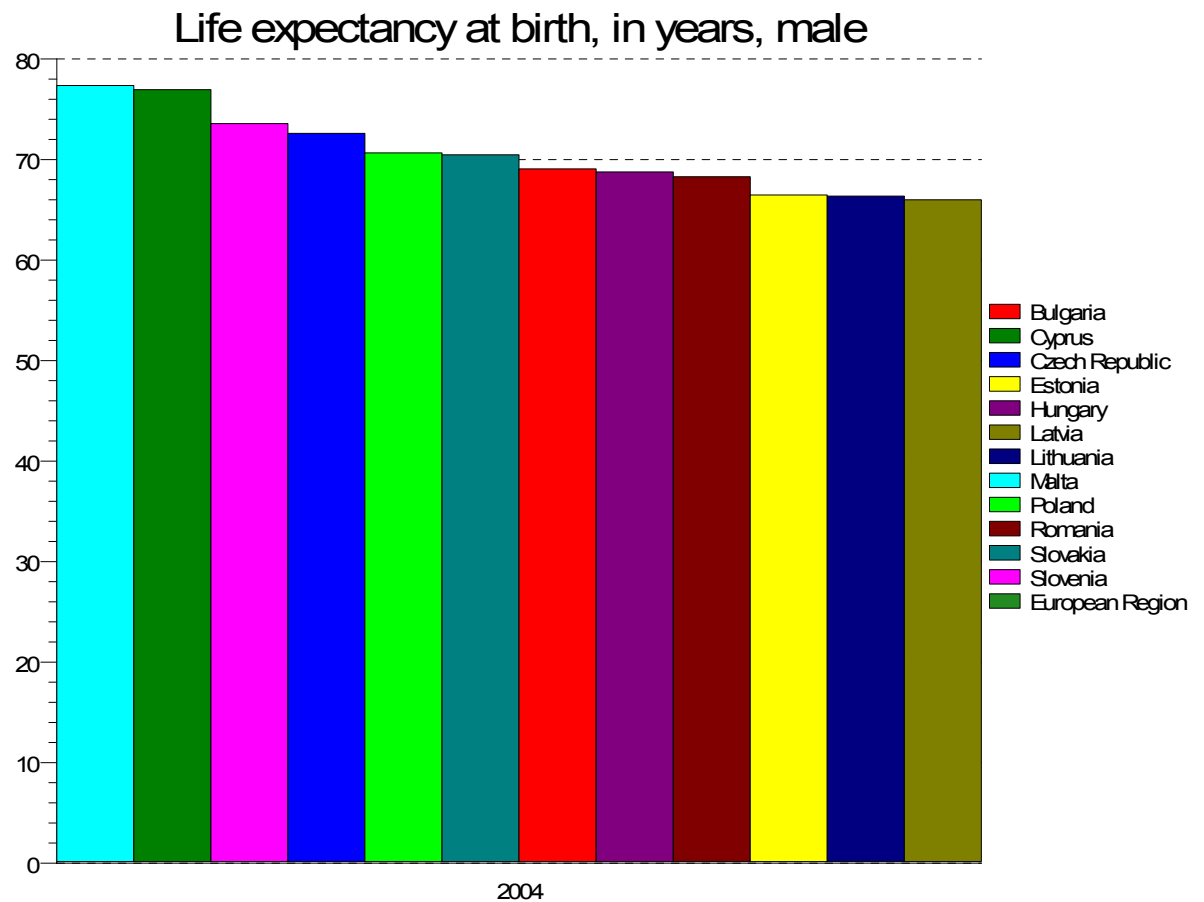
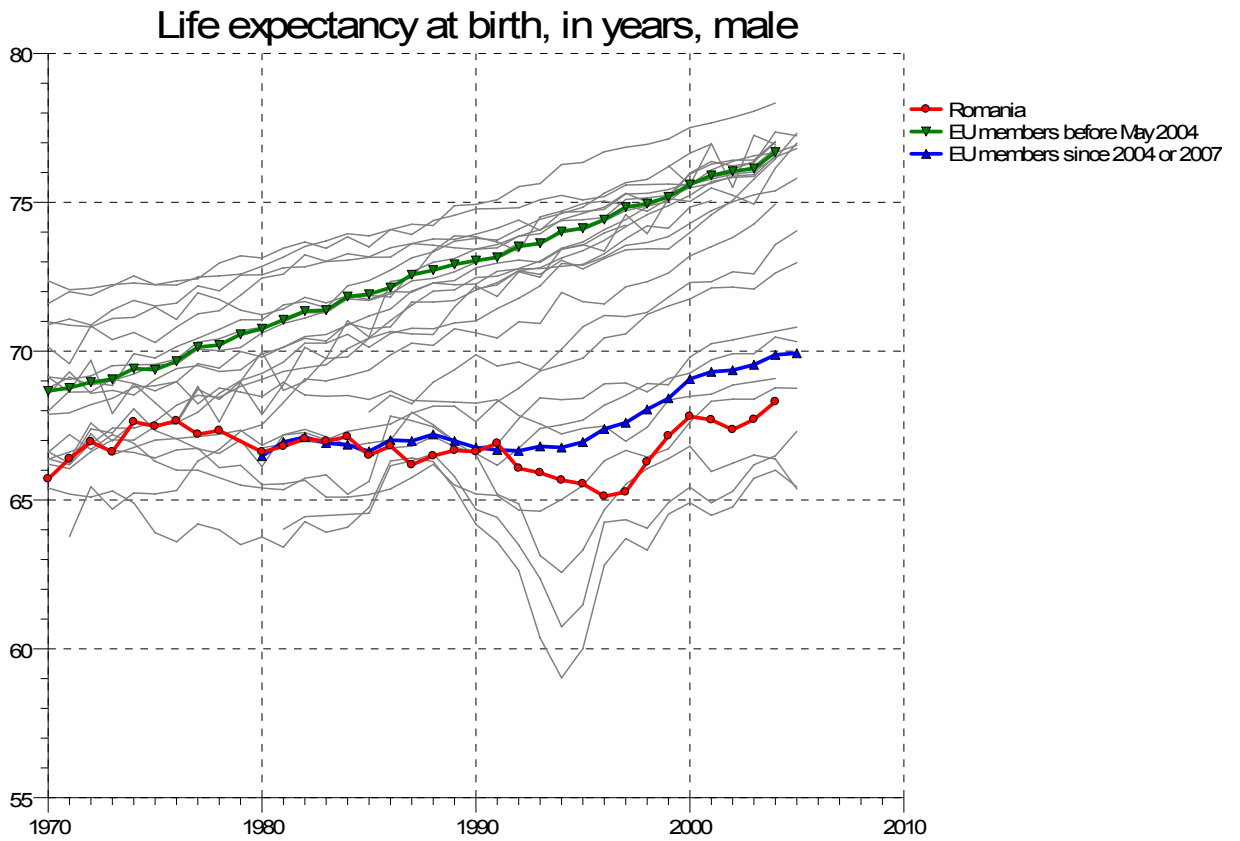
Life expectancy at birth, in years



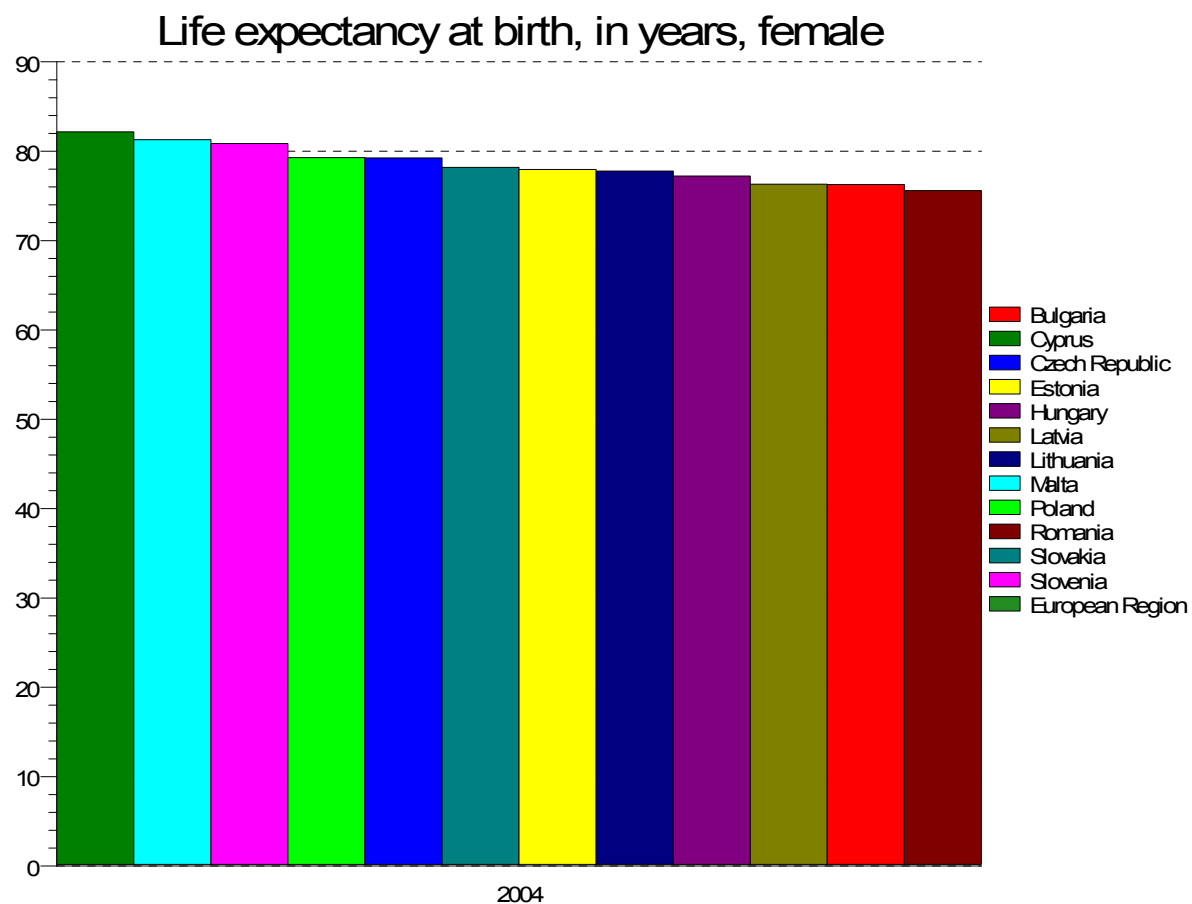
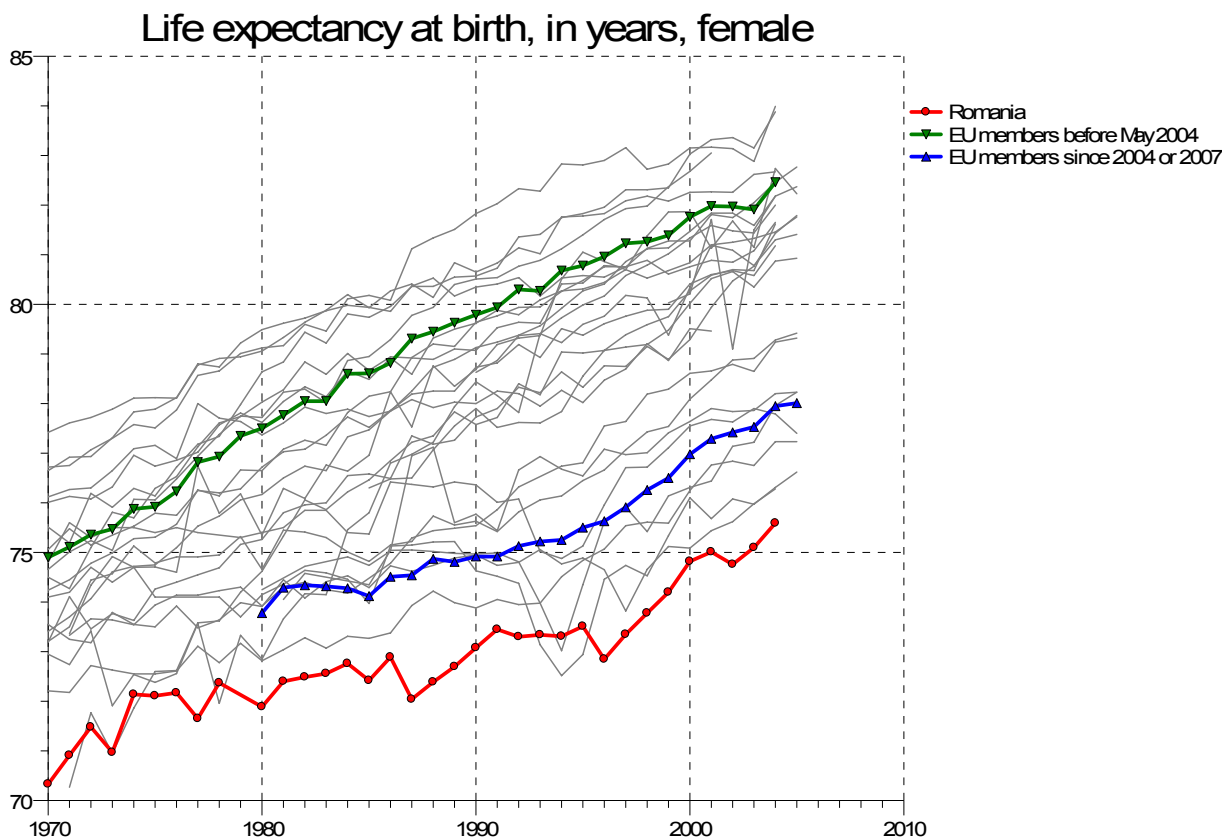
Life expectancy at birth, in years



Speranța de viață la naștere - bărbați

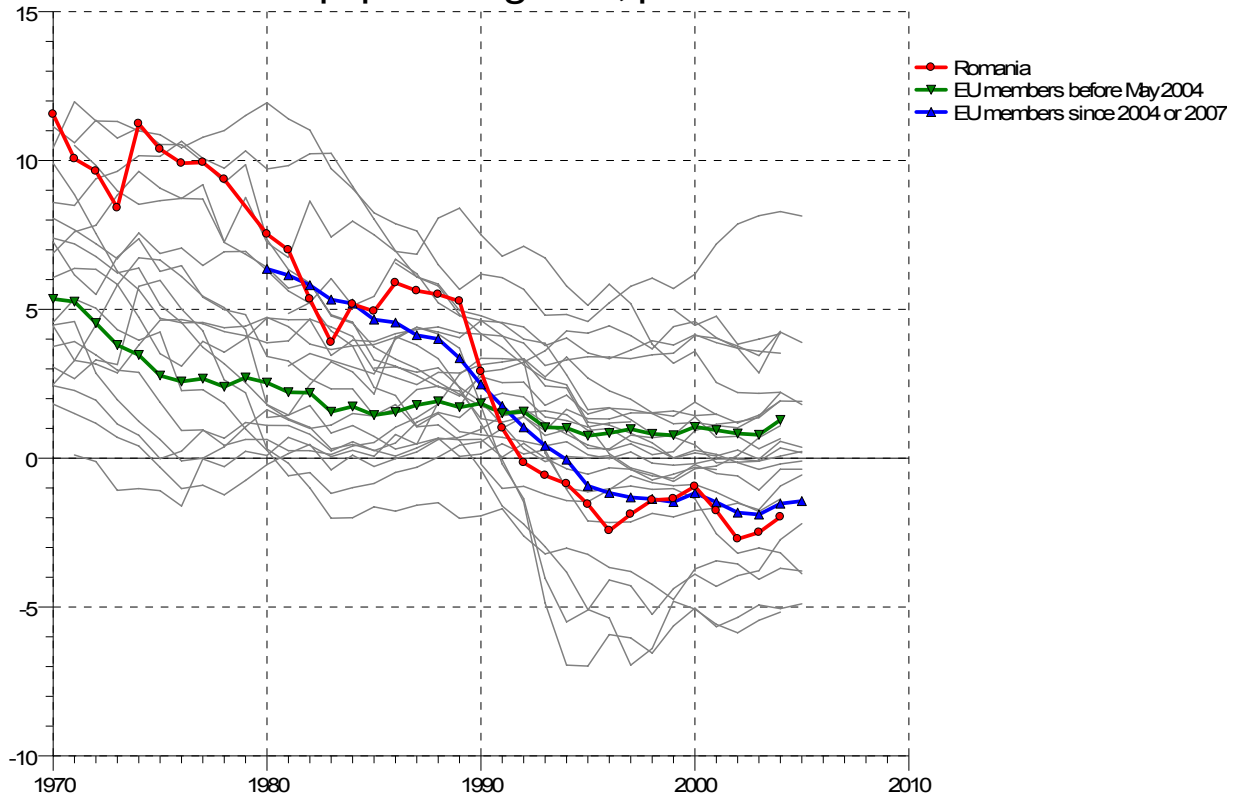


Speranța de viață la naștere - femei

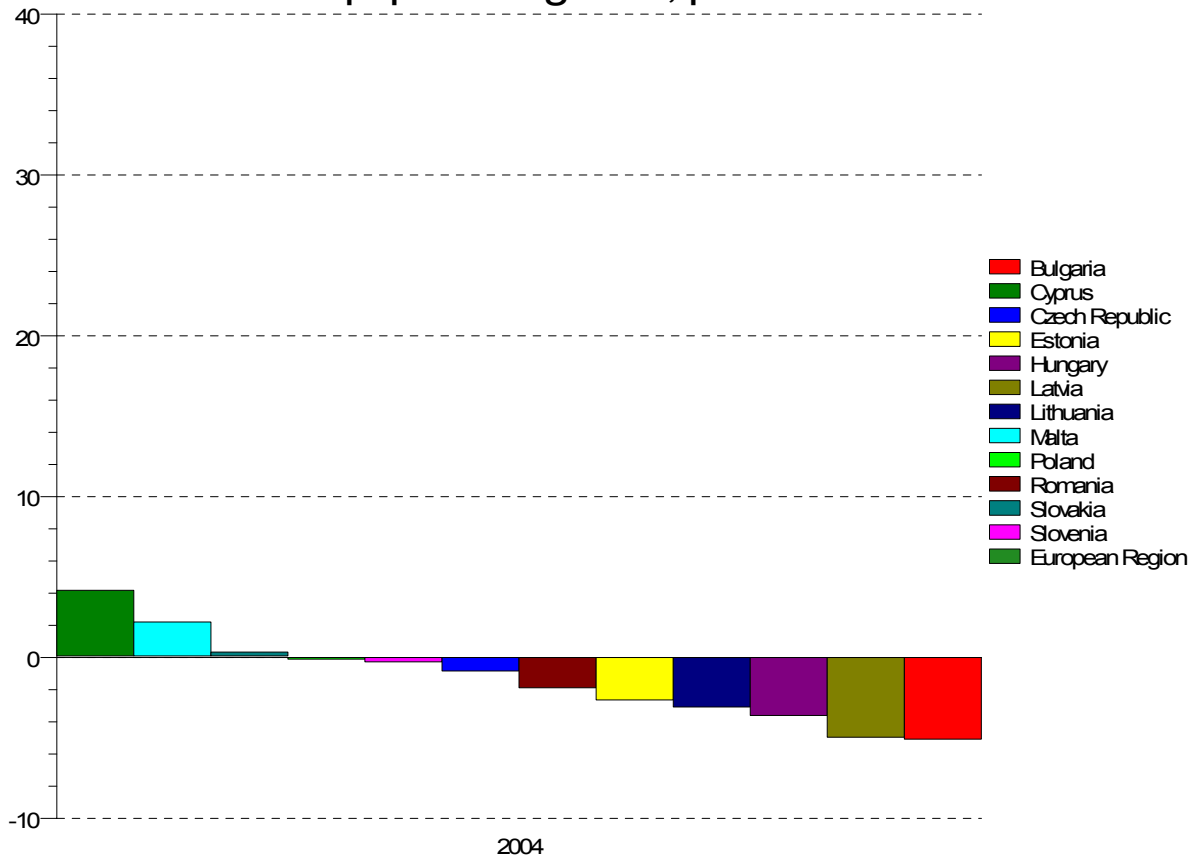


Sporul natural al populației

Natural population growth, per 1000

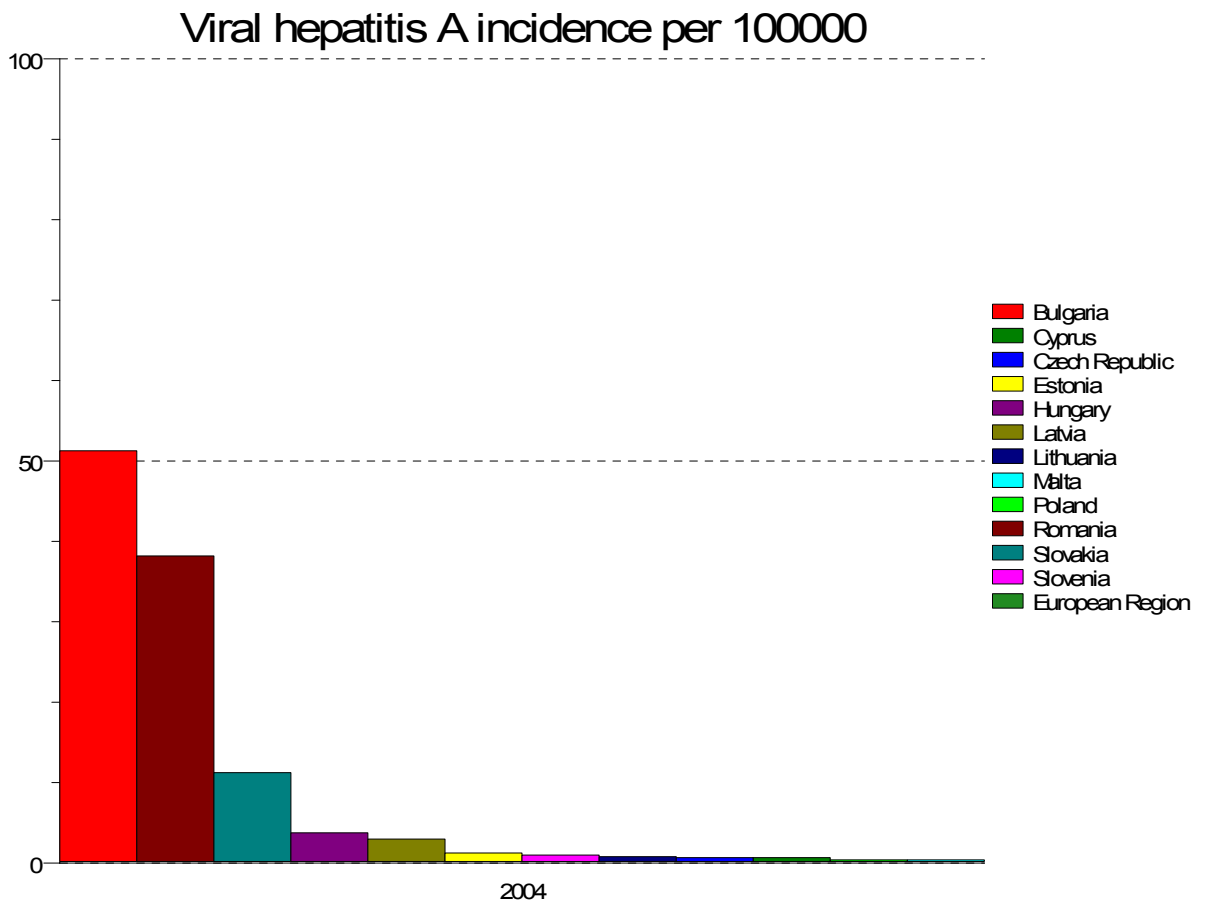
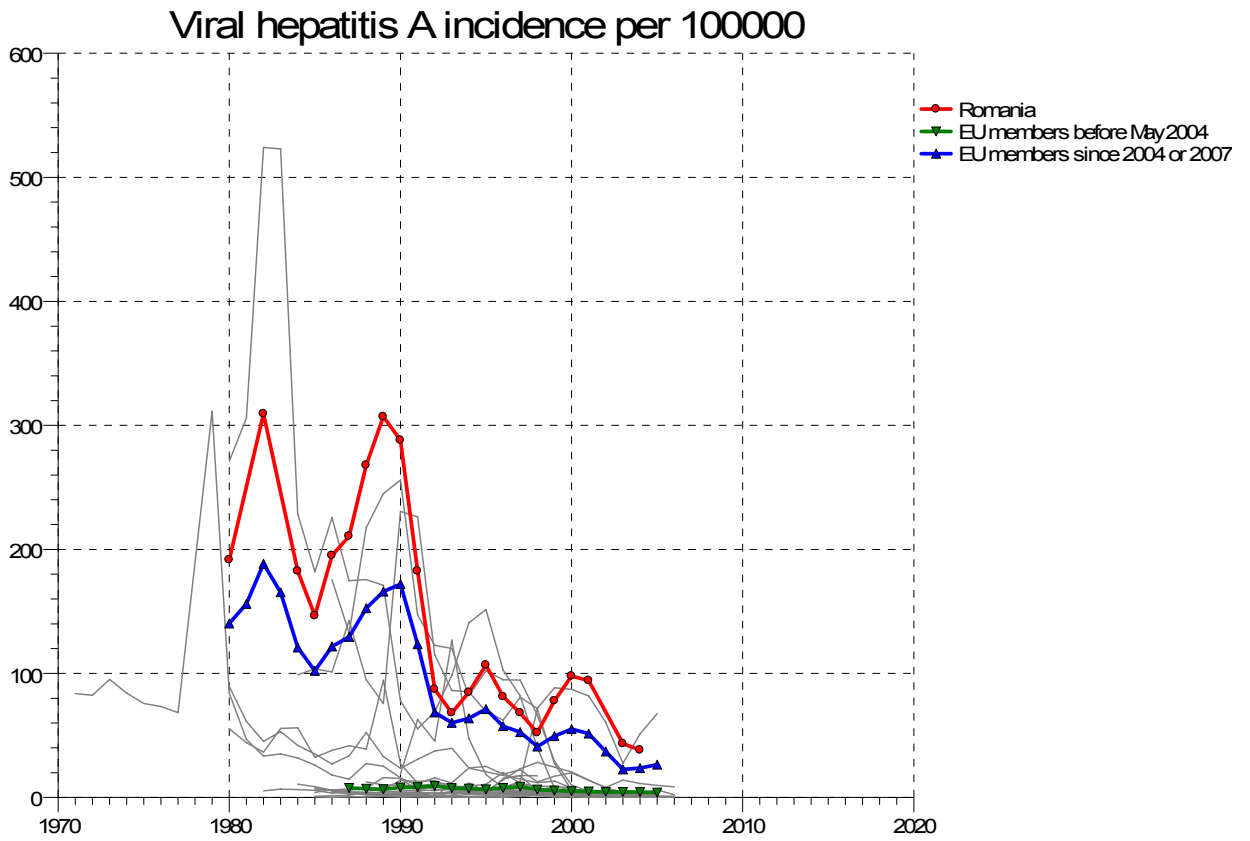


Natural population growth, per 1000

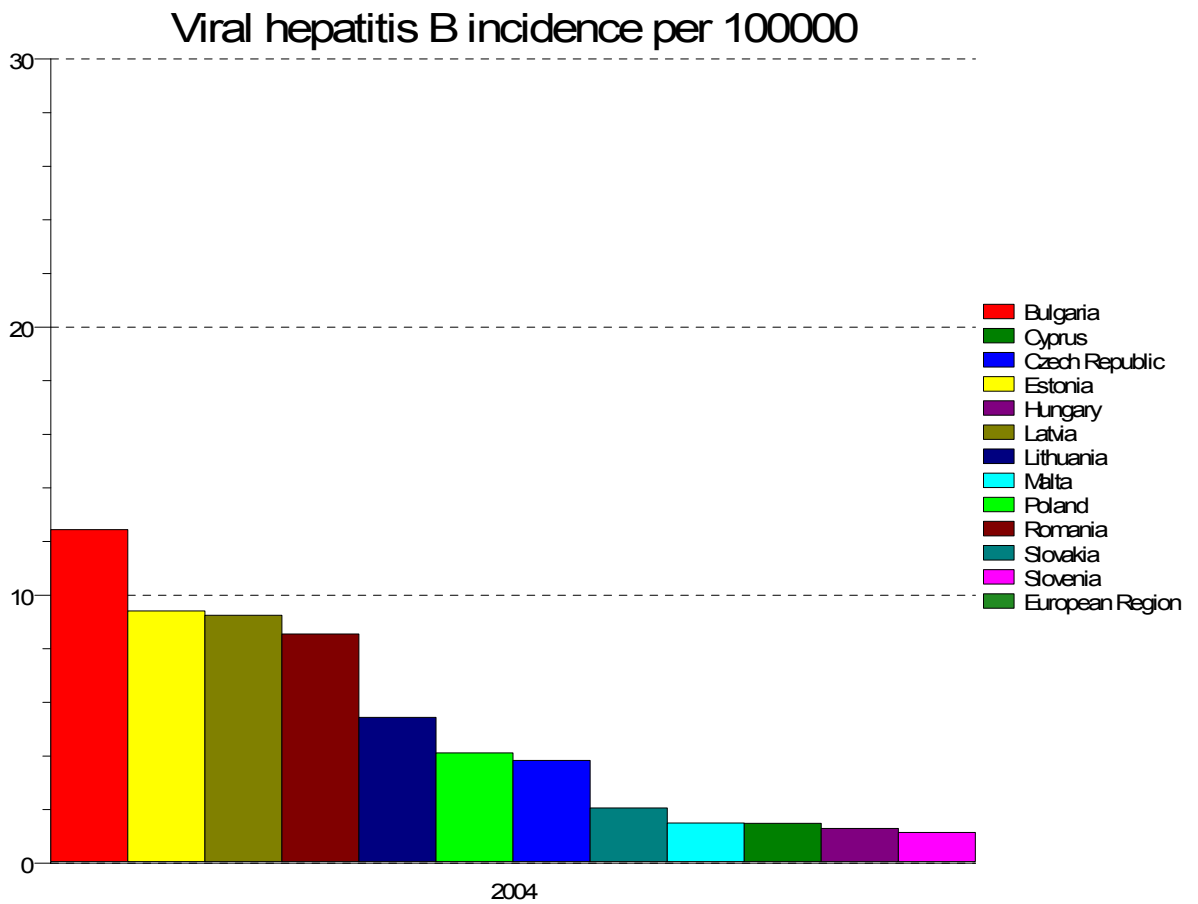
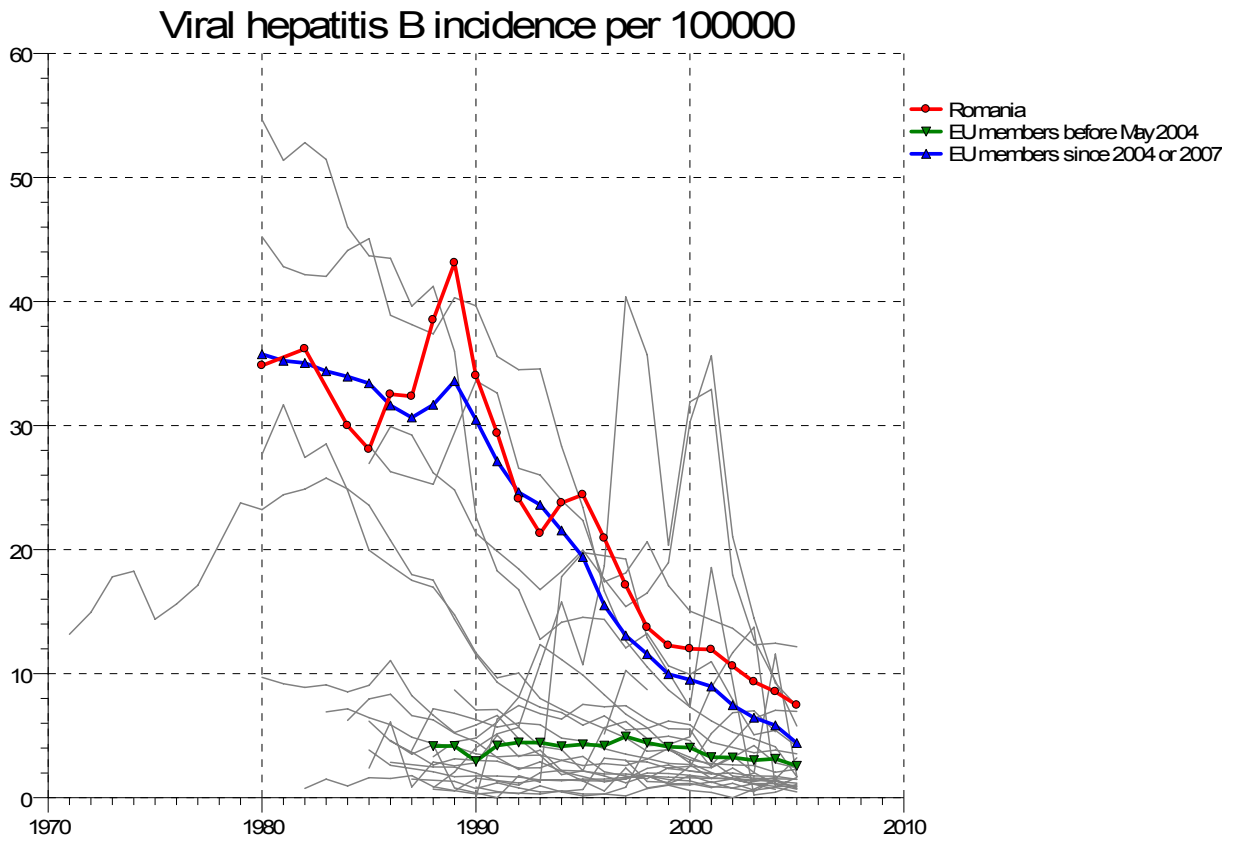


Morbiditate

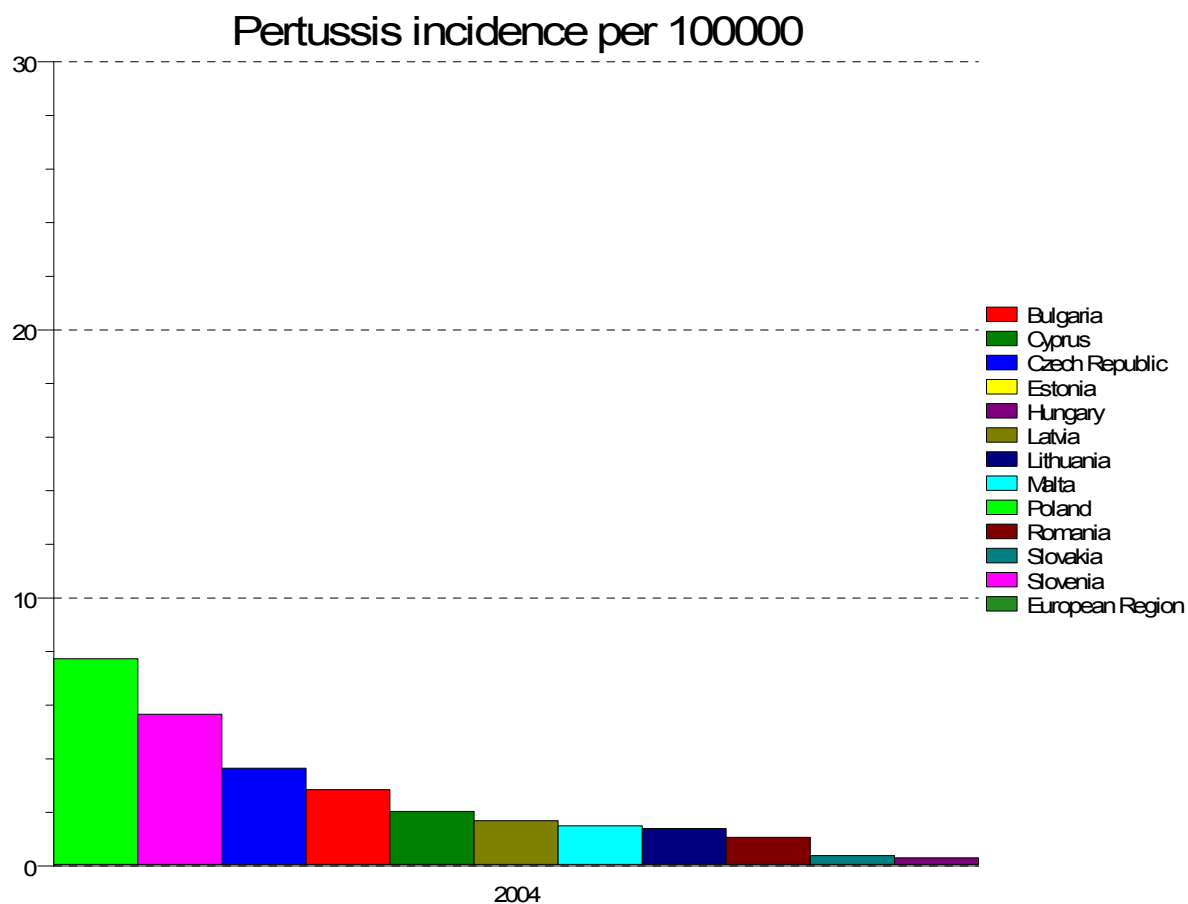
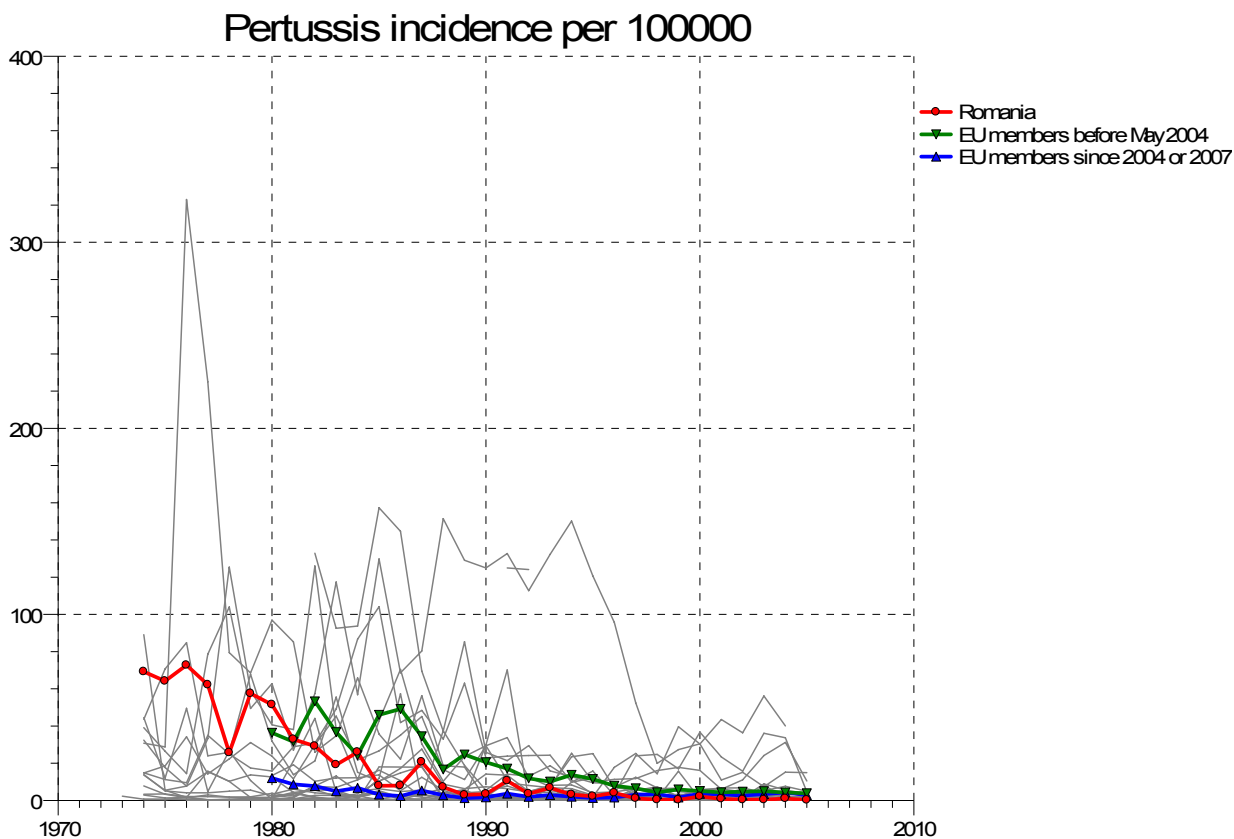
Incidența hepatitei virale A



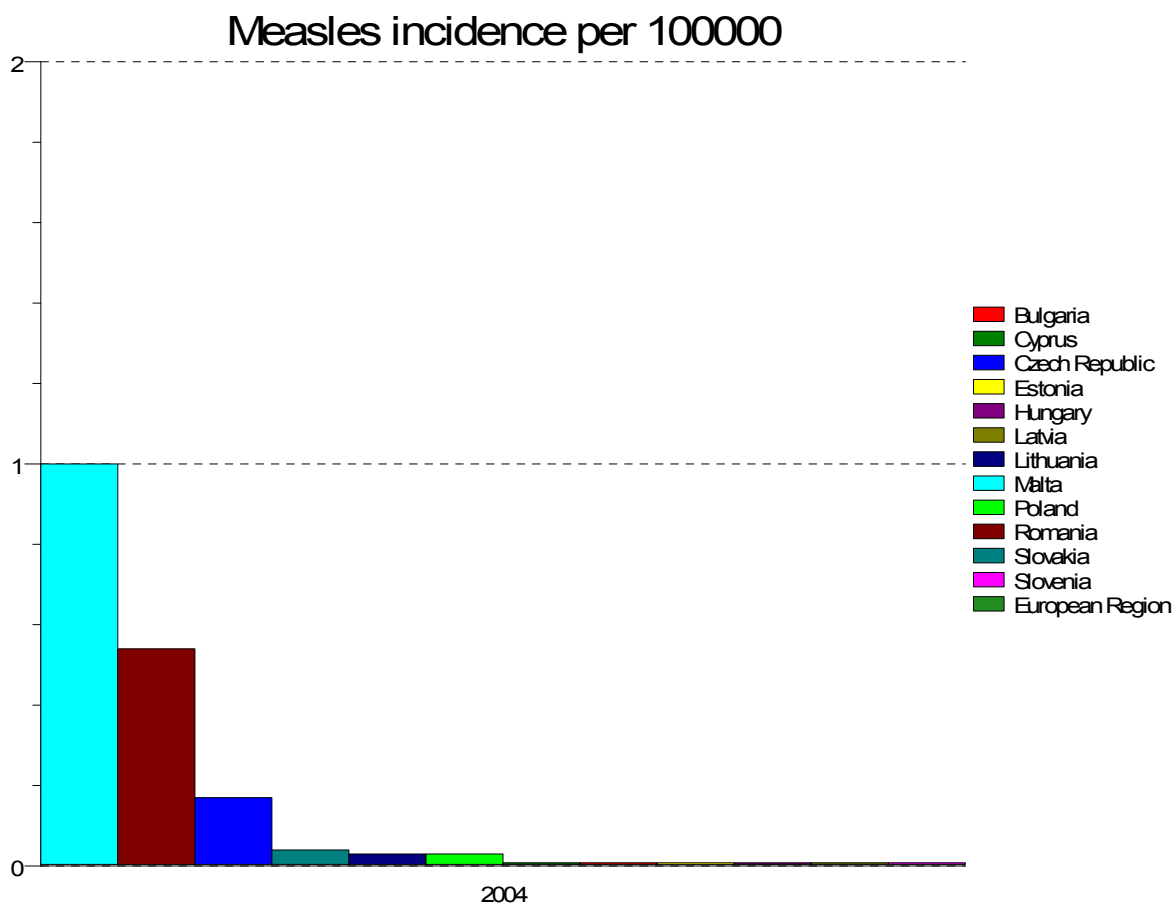
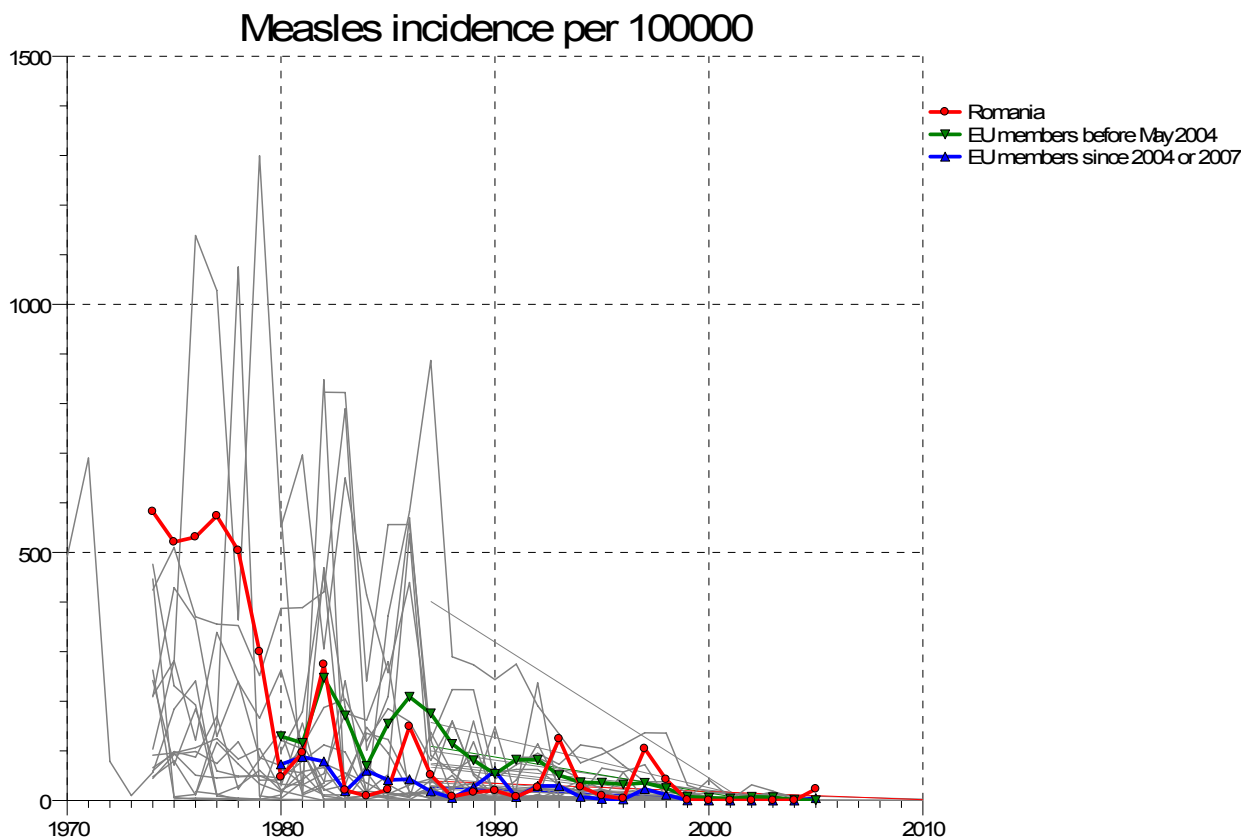
Incidența hepatitei virale B



Incidența tusei convulsive

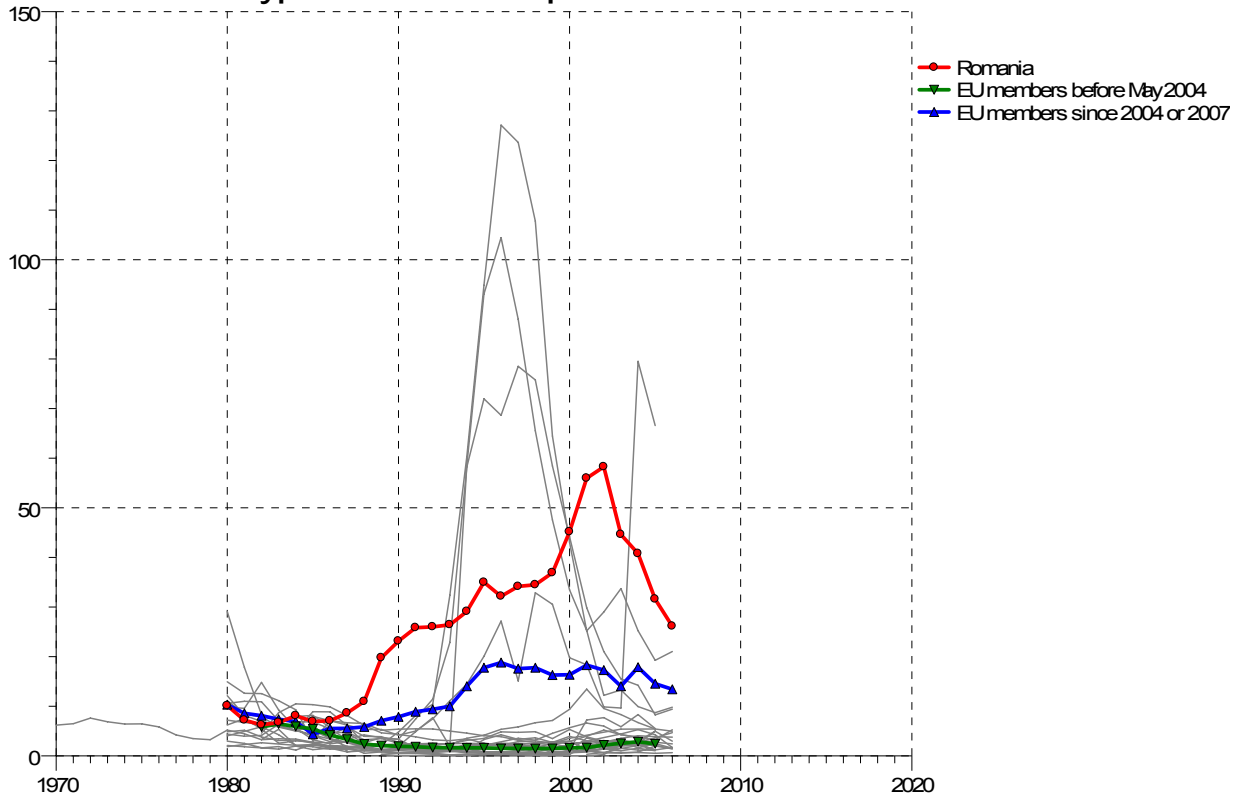


Incidența rujeolei

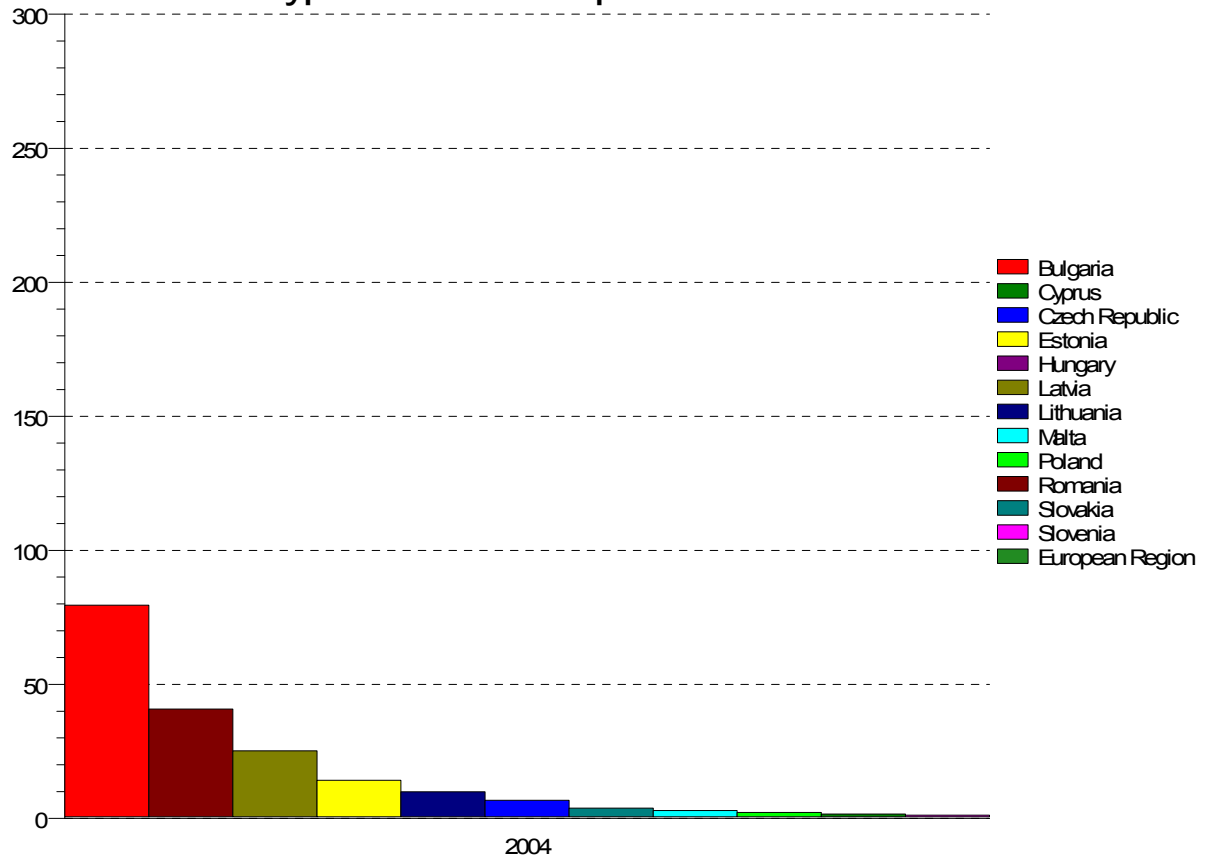


Incidența sifilisului

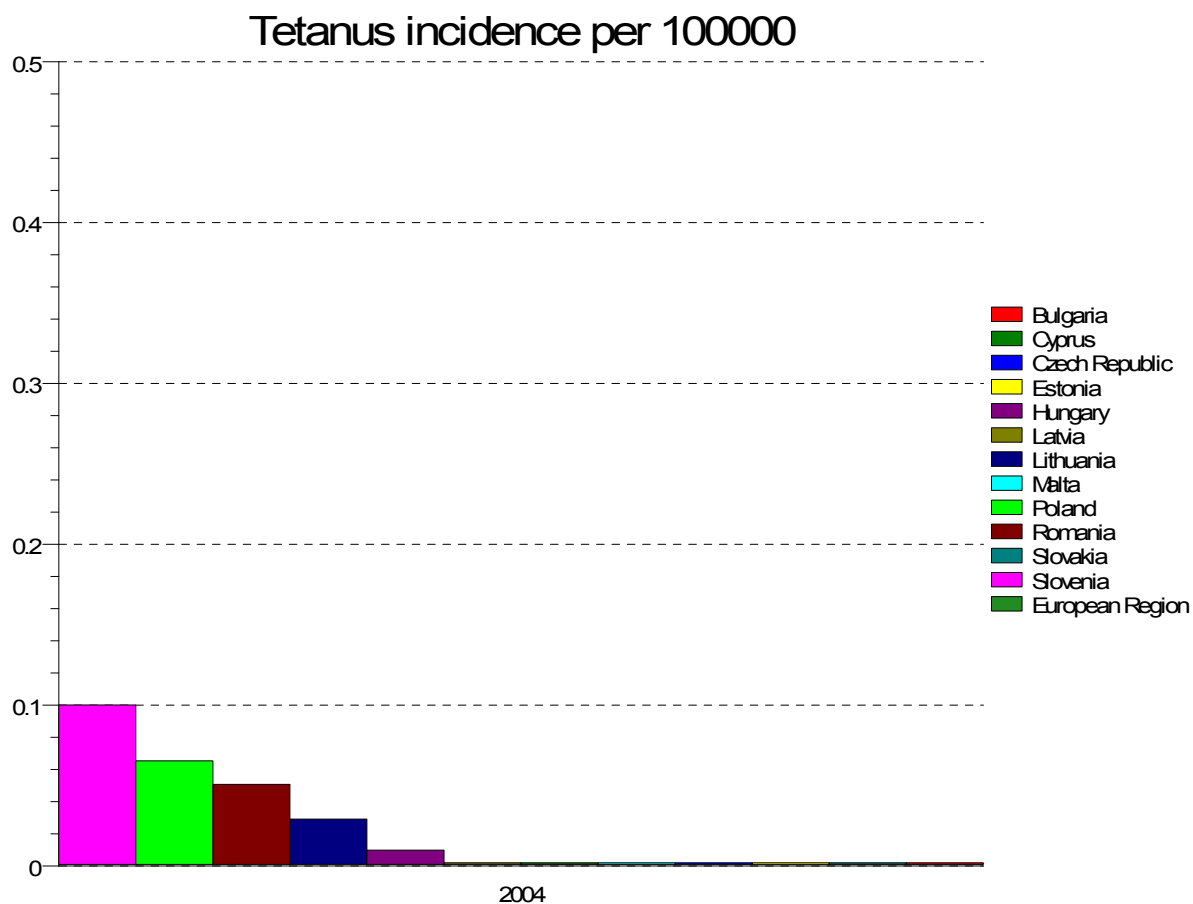
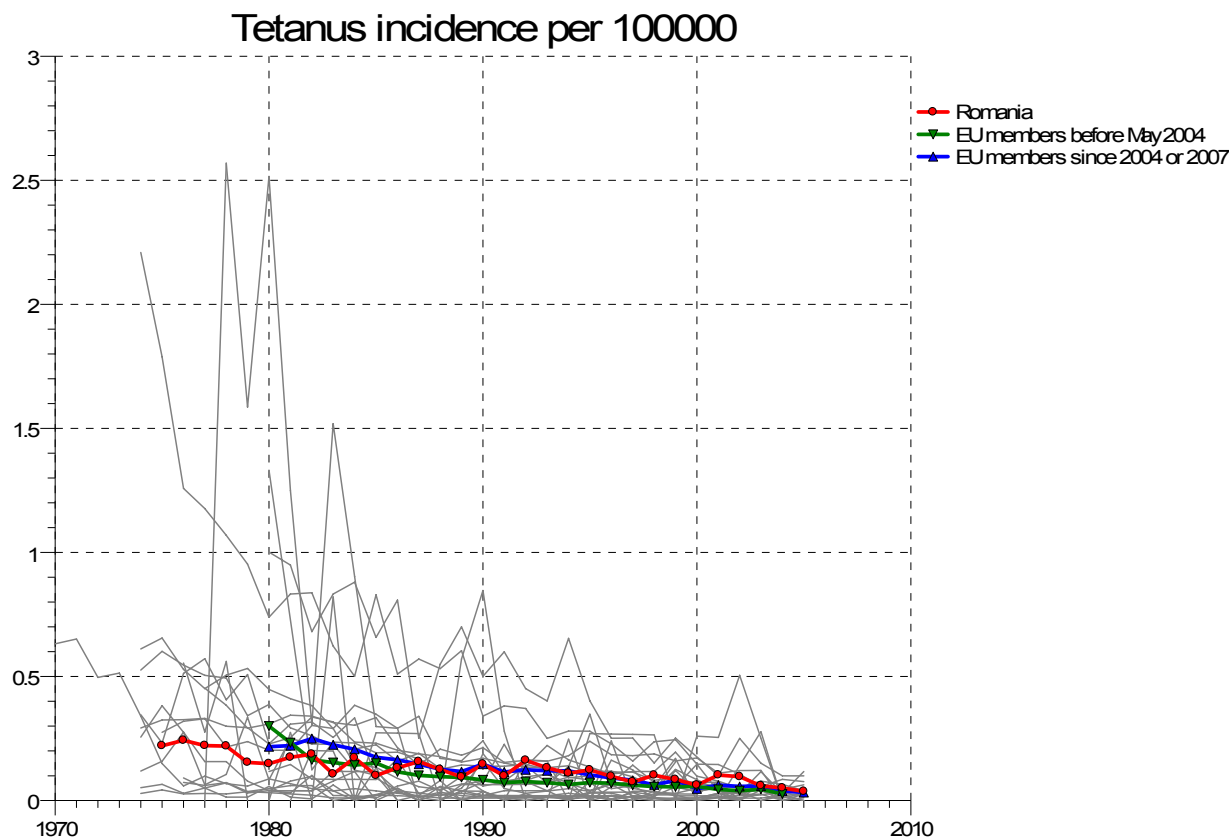
Syphilis incidence per 100000



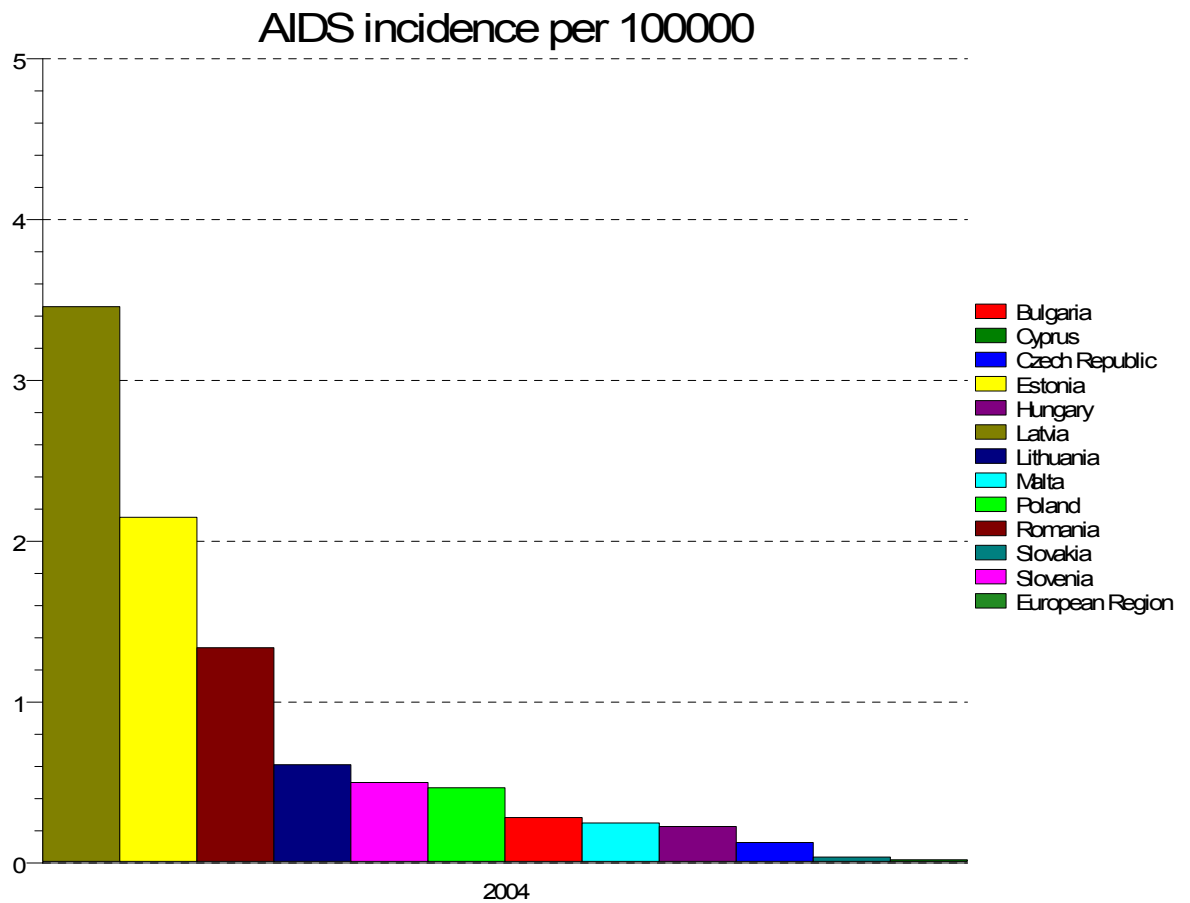
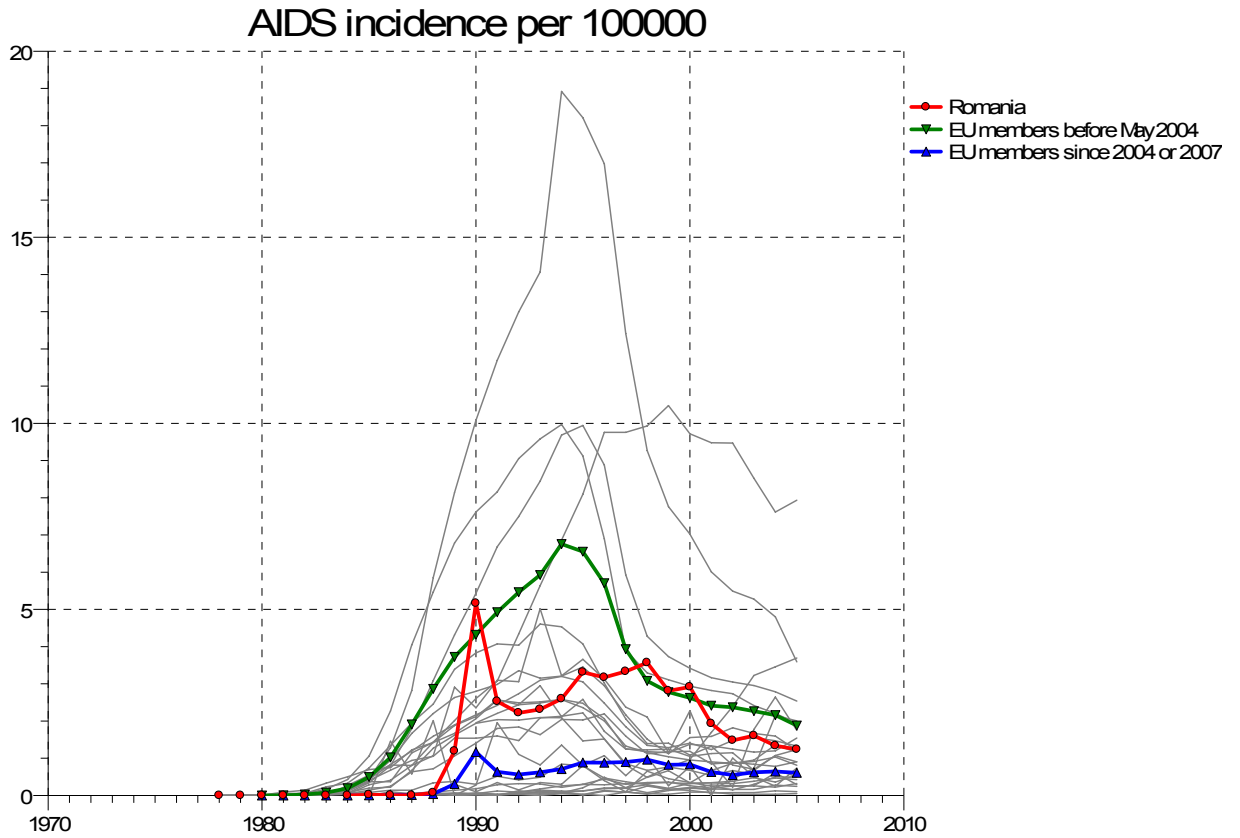
Syphilis incidence per 100000



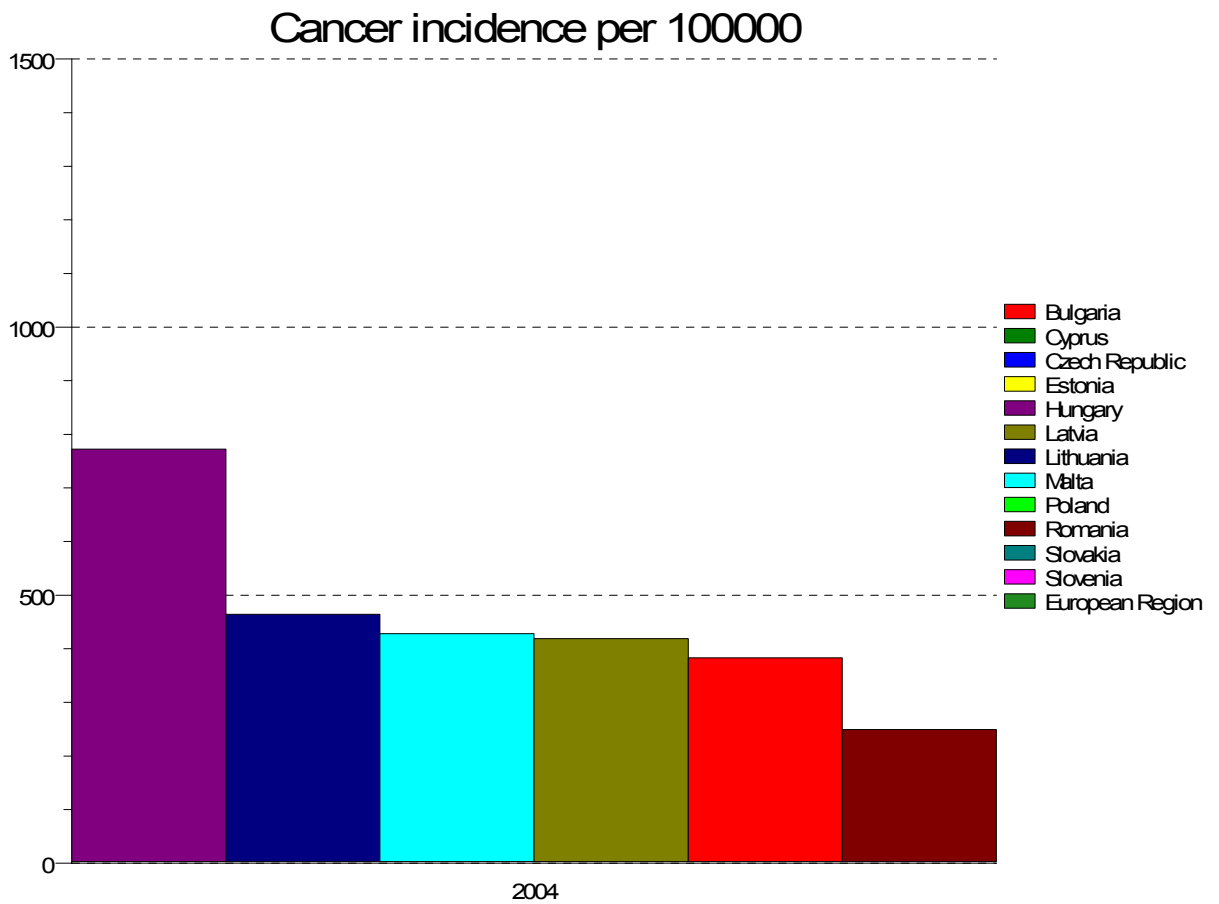
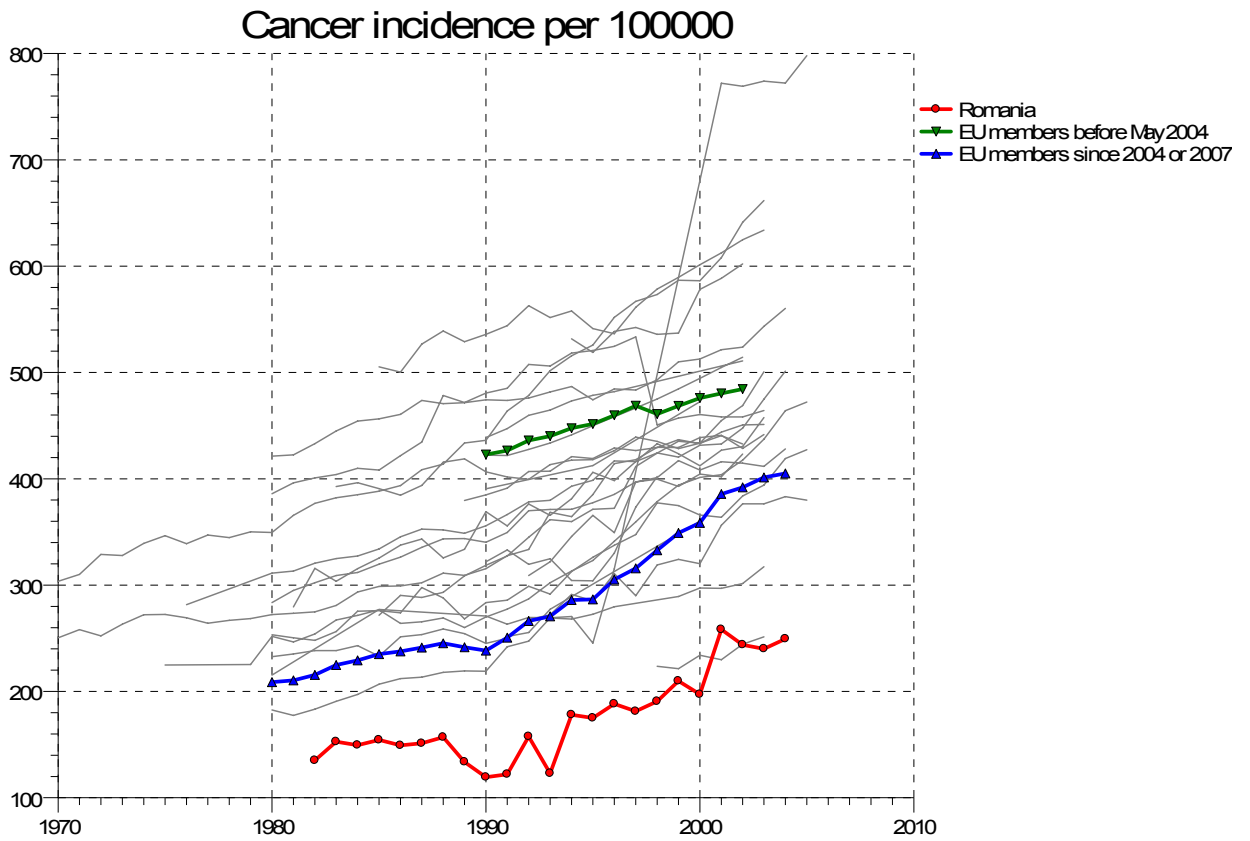
Incidența tetanosului



Incidența SIDA (diagnosticată clinic)

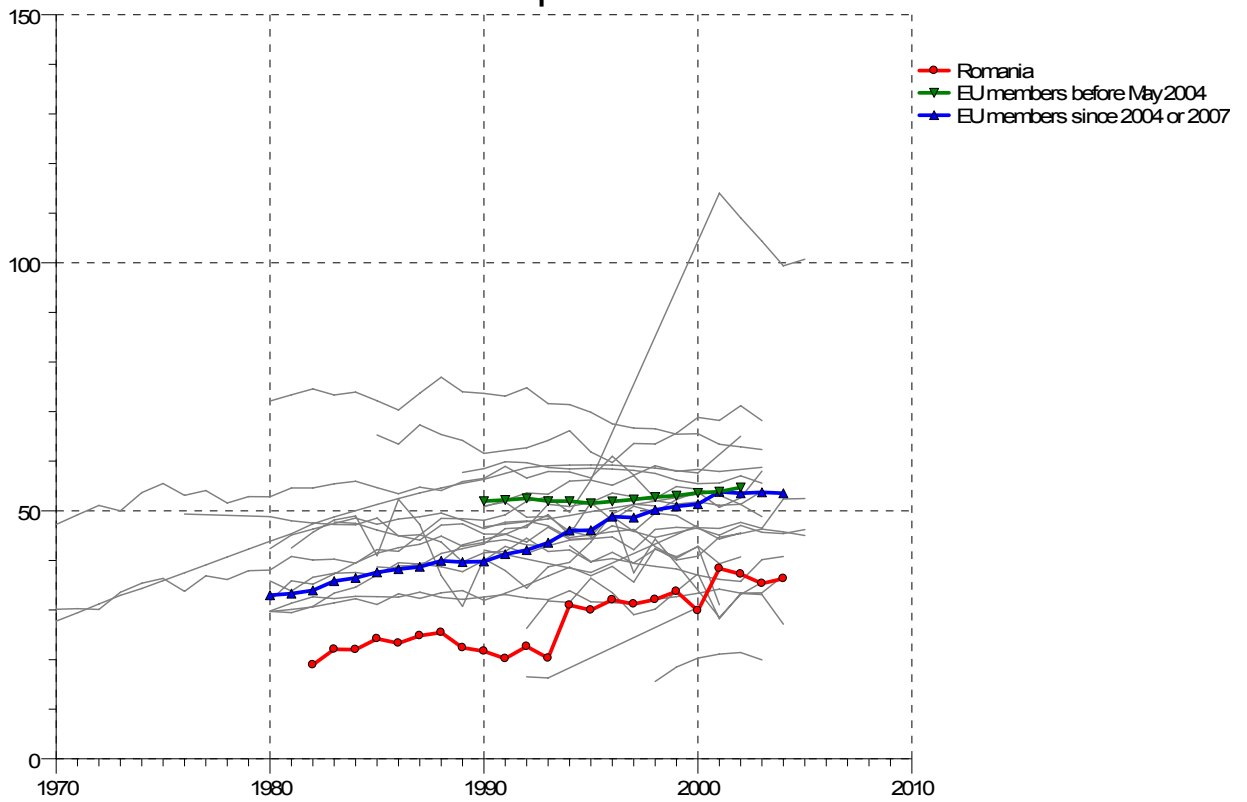


Incidența neoplazii

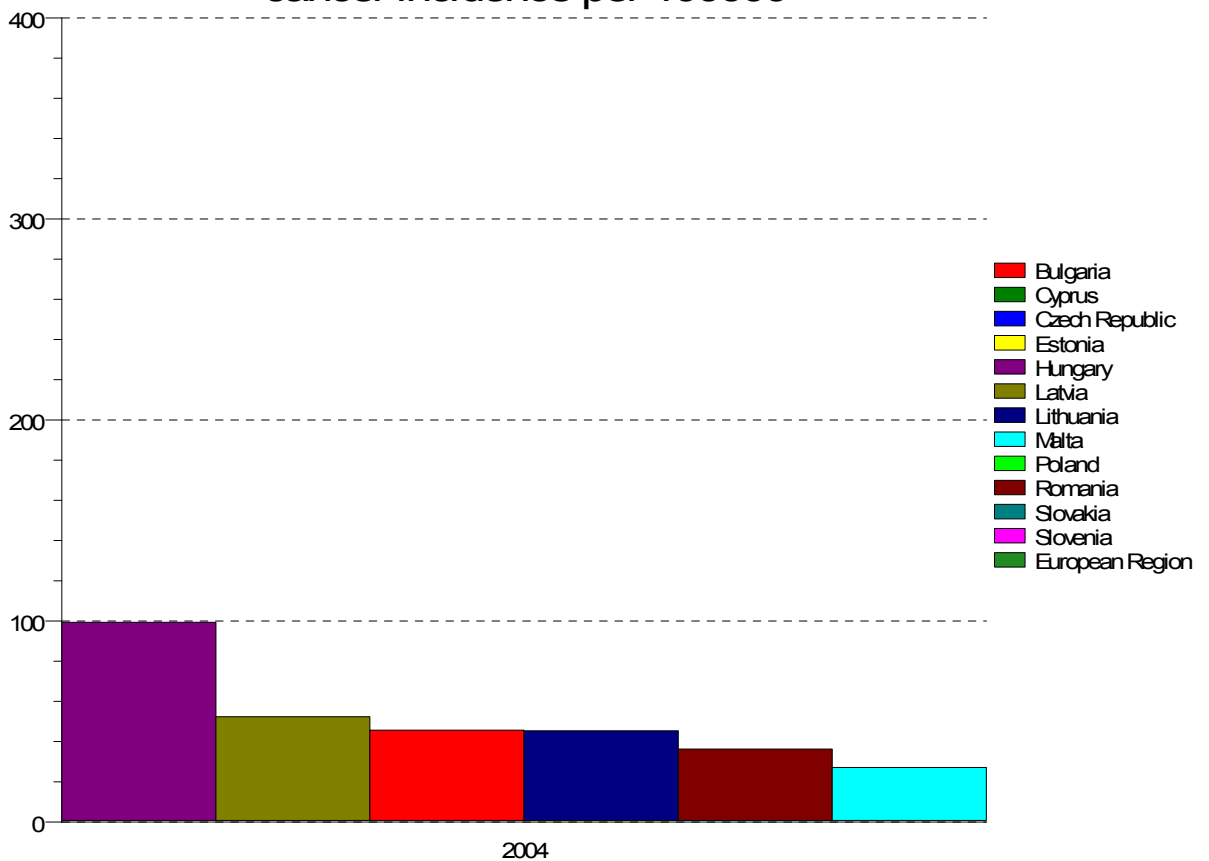


Incidența neoplasmului bronho-pulmonar

Trachea, bronchus and lung cancer incidence per 100000

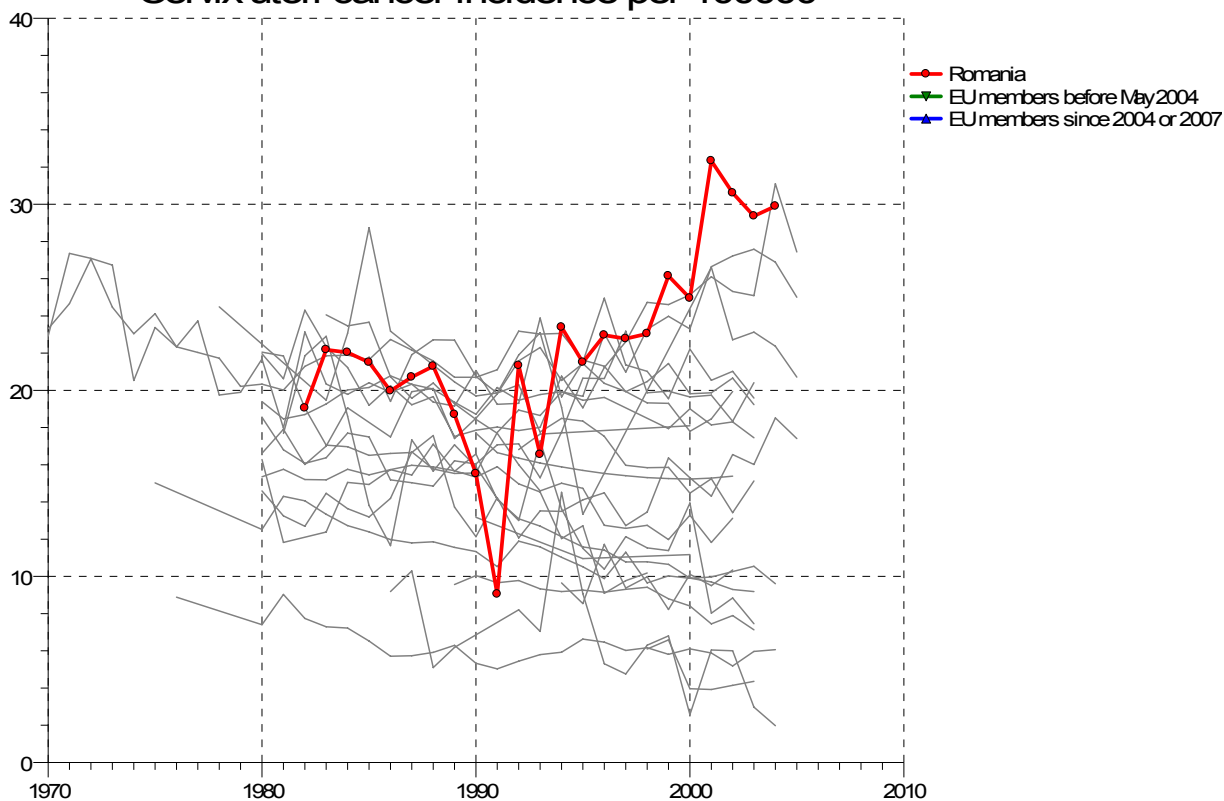


Trachea, bronchus and lung cancer incidence per 100000

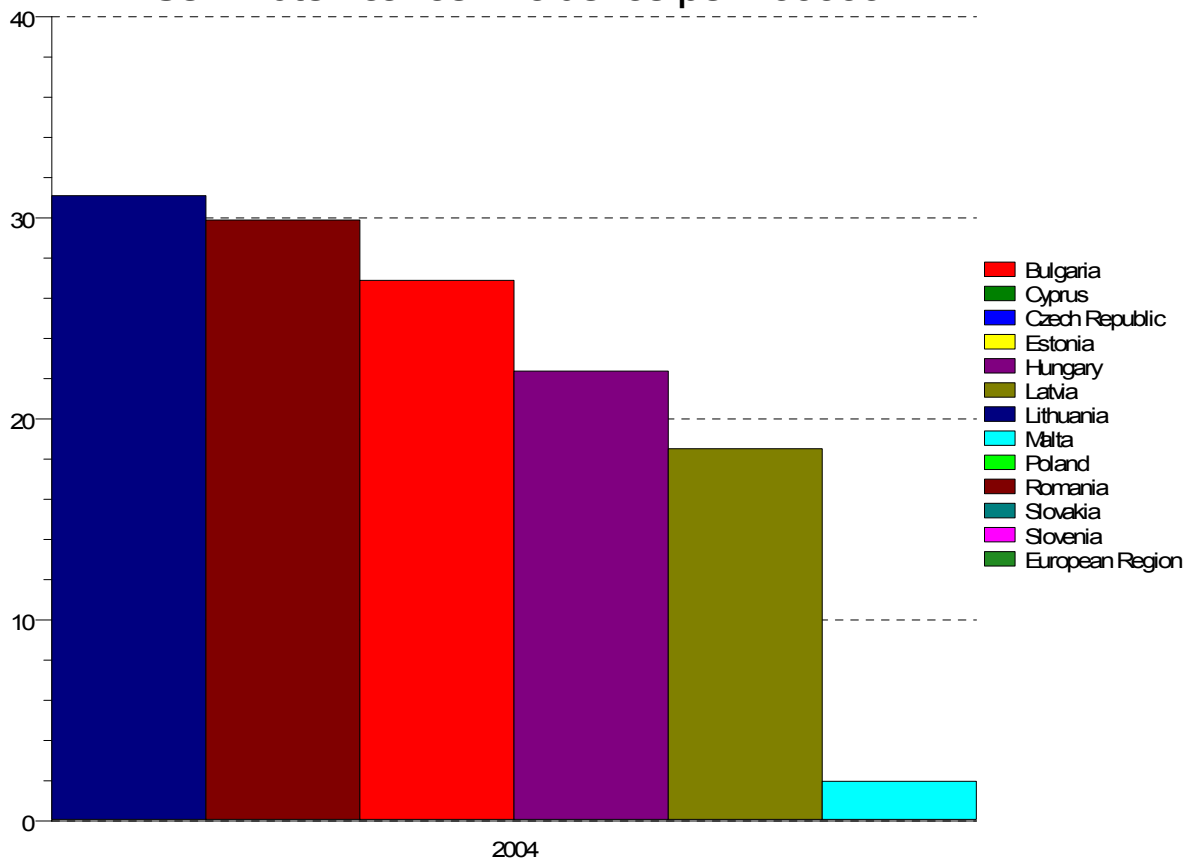


Incidența neoplasmului de col uterin

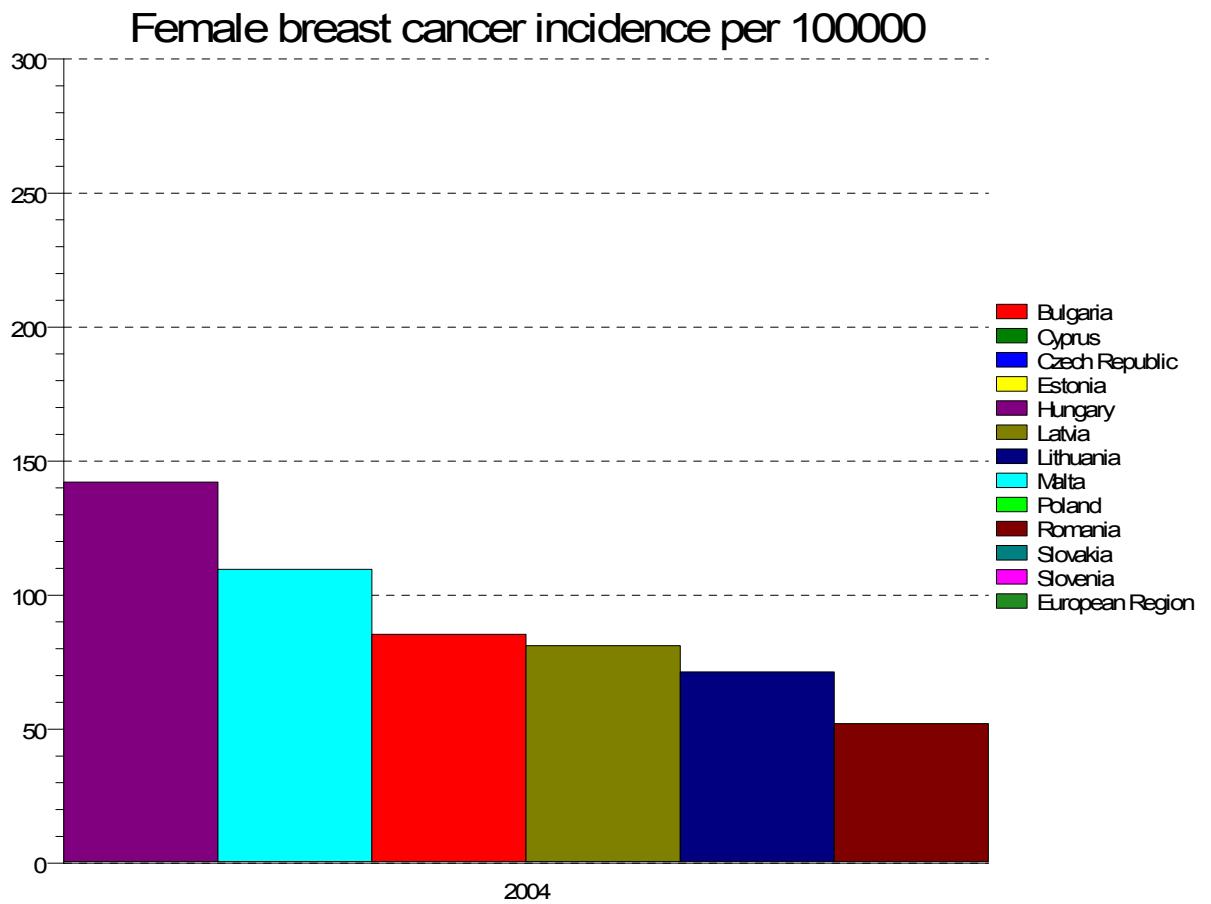
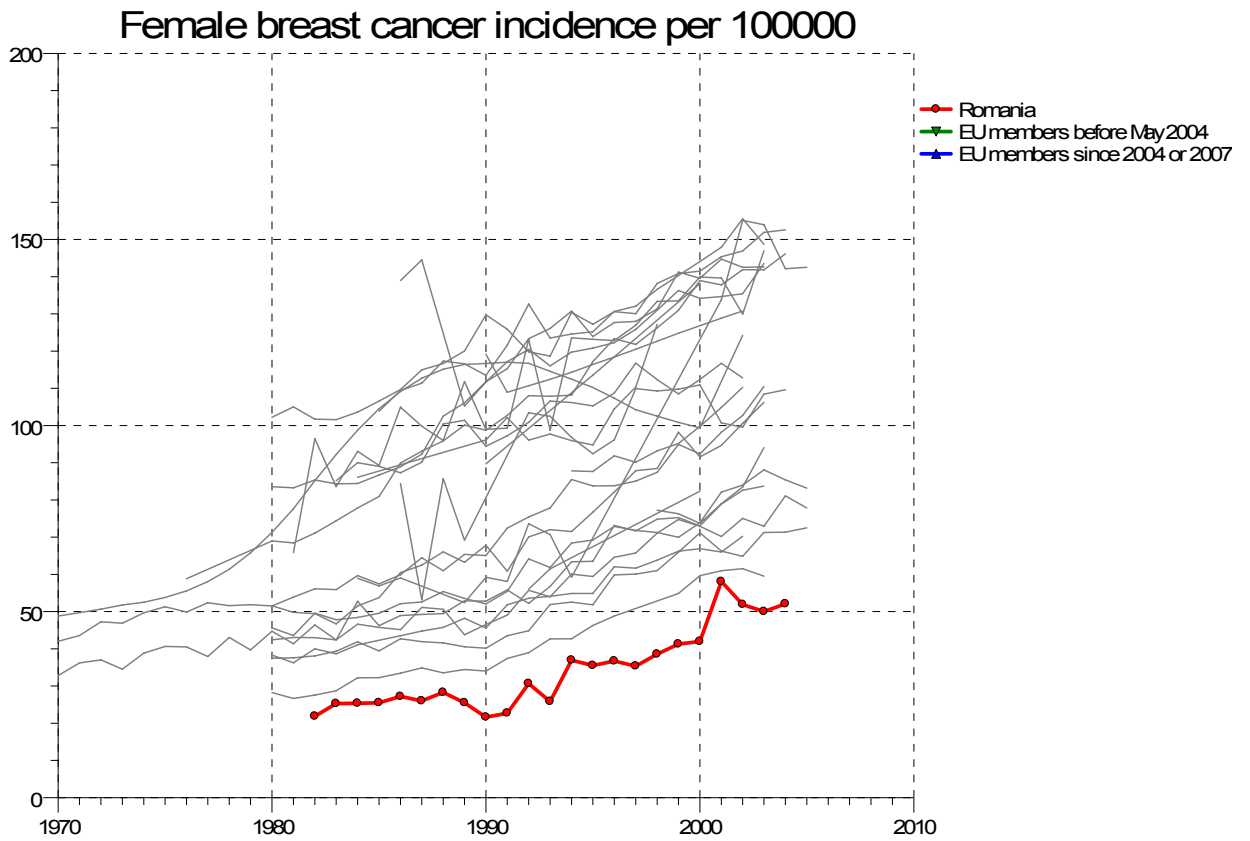
Cervix uteri cancer incidence per 100000



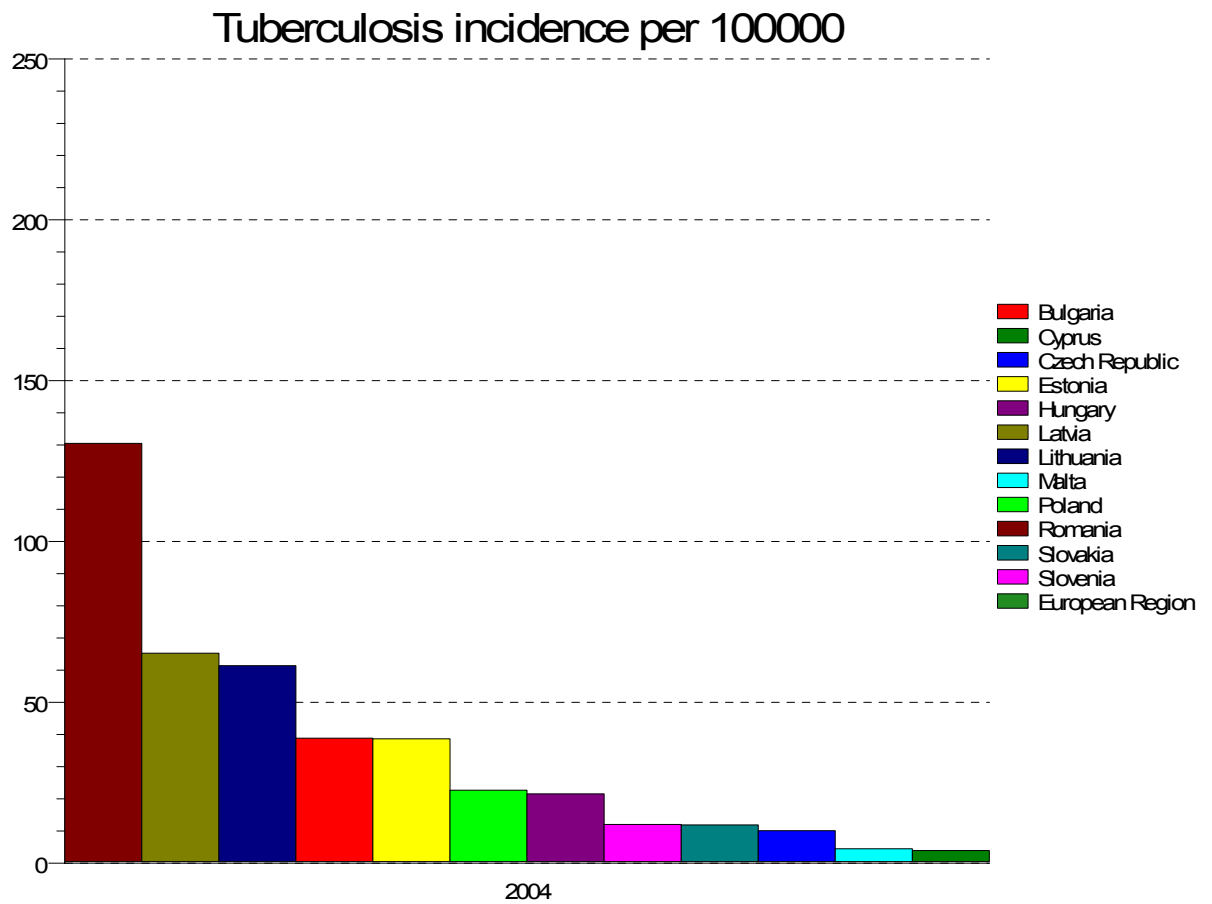
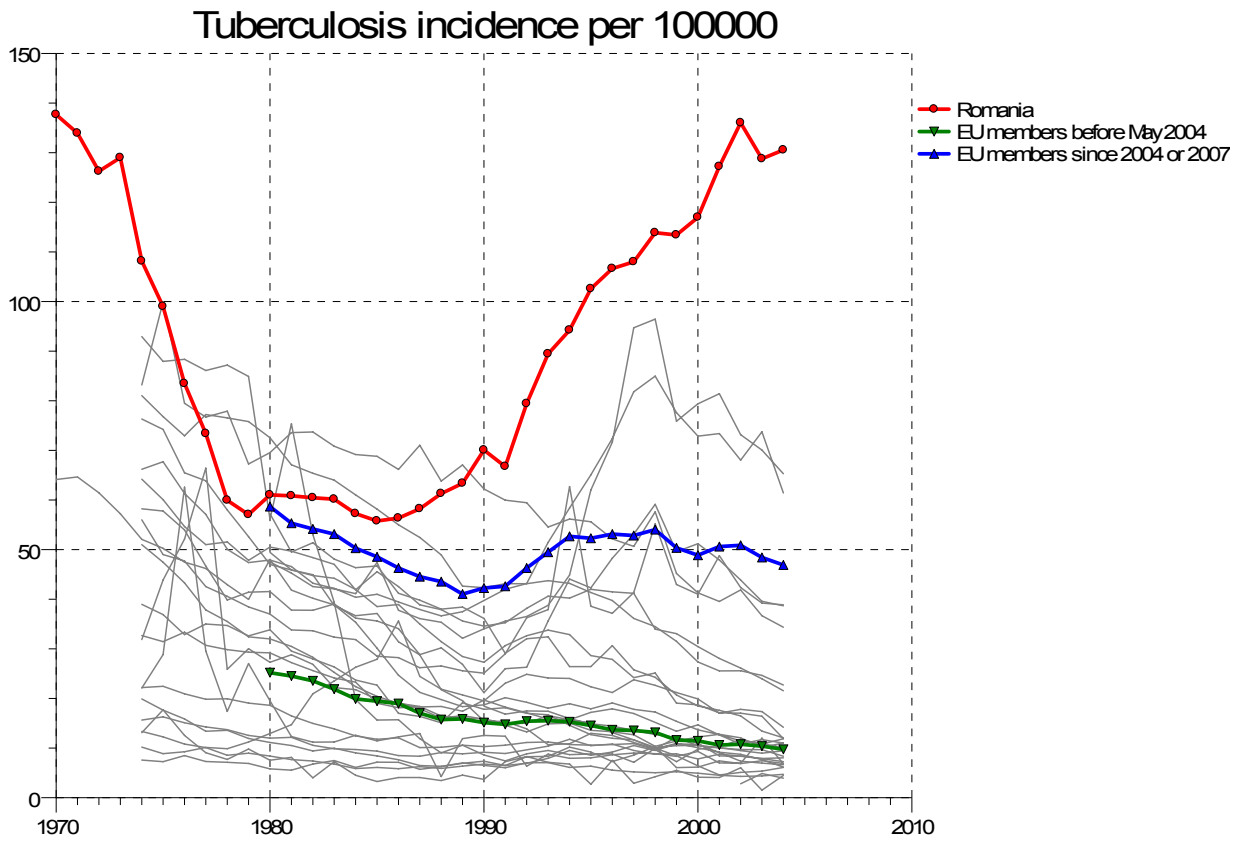
Cervix uteri cancer incidence per 100000



Incidența neoplasmului mamar

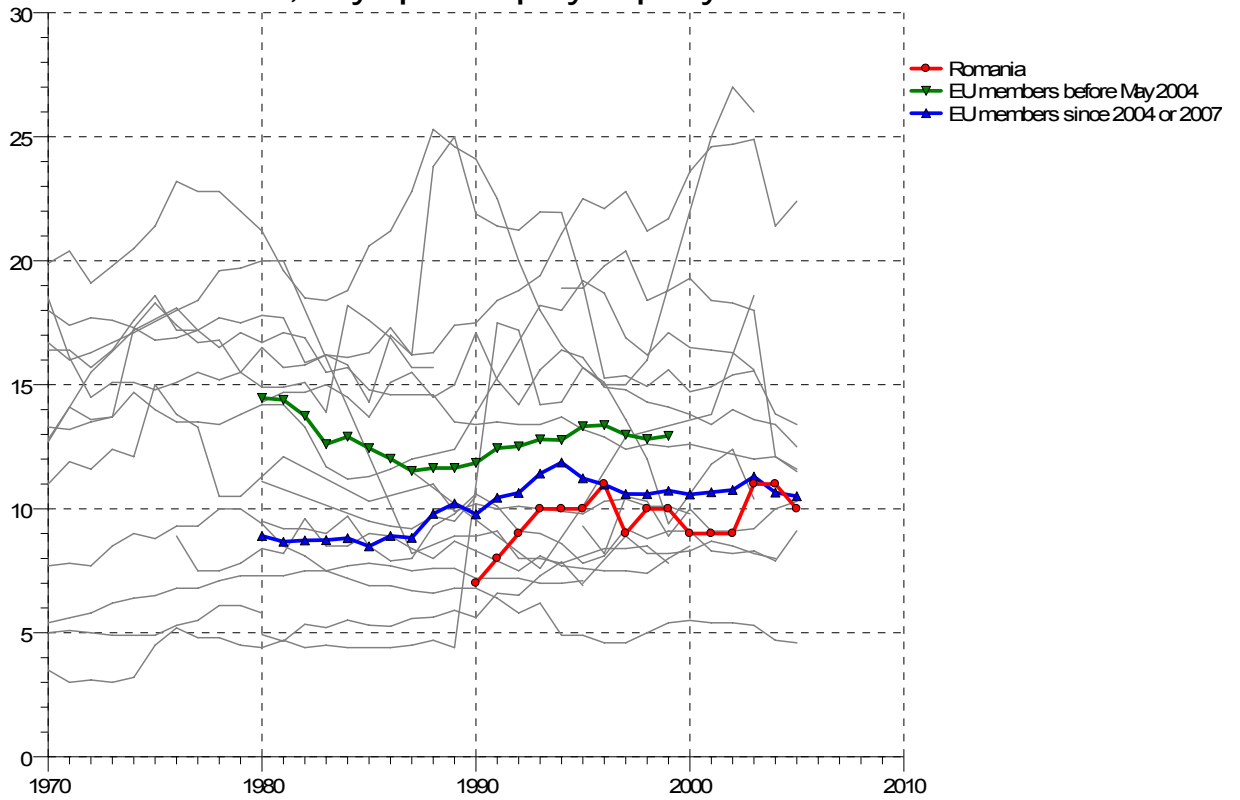


Incidența tuberculozei

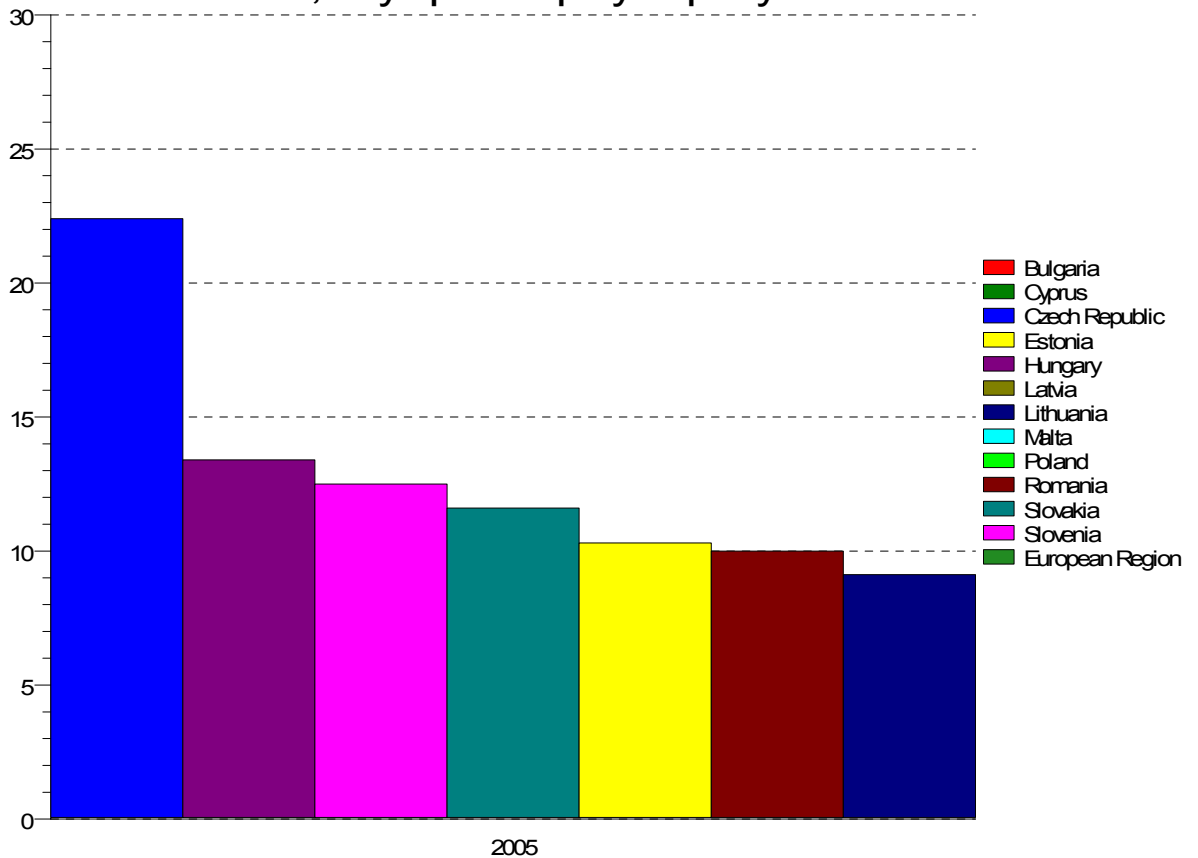


Zile de concediu medical / angajat / an

Absenteeism from work due to illness, days per employee per year



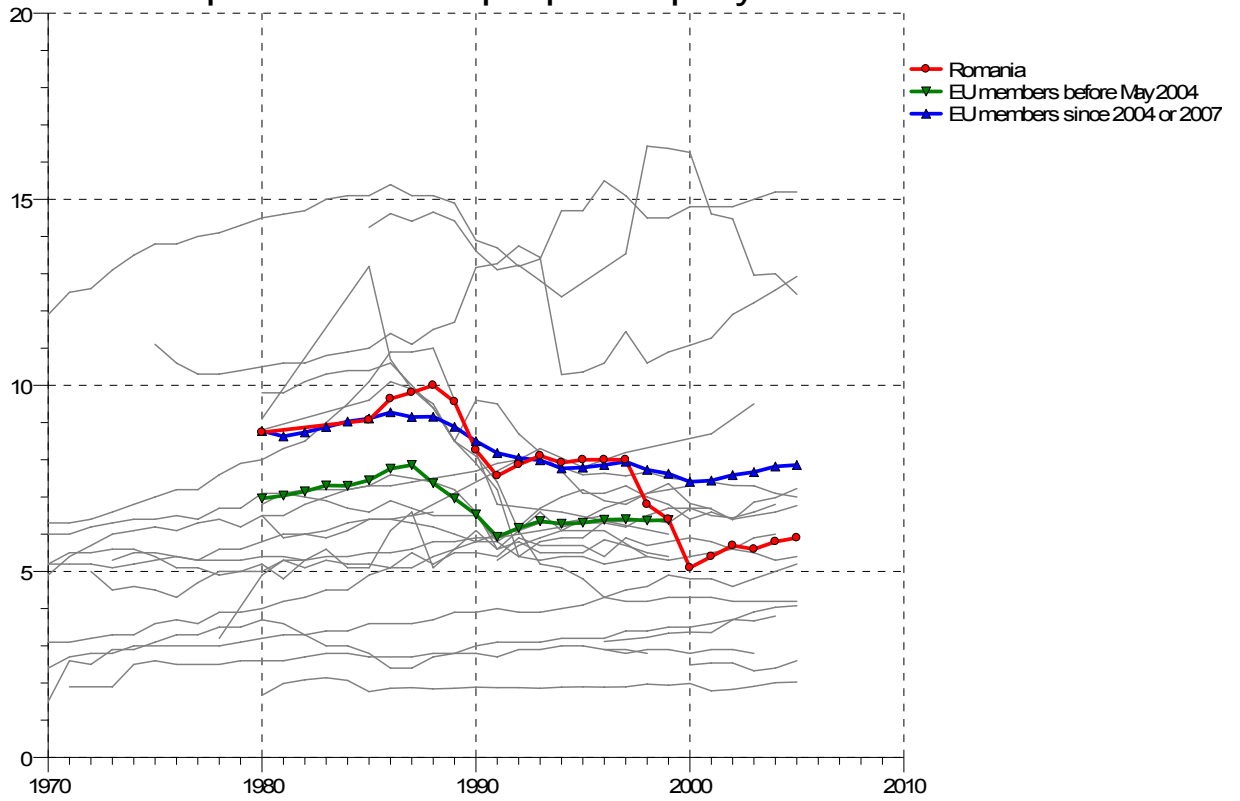
Absenteeism from work due to illness, days per employee per year



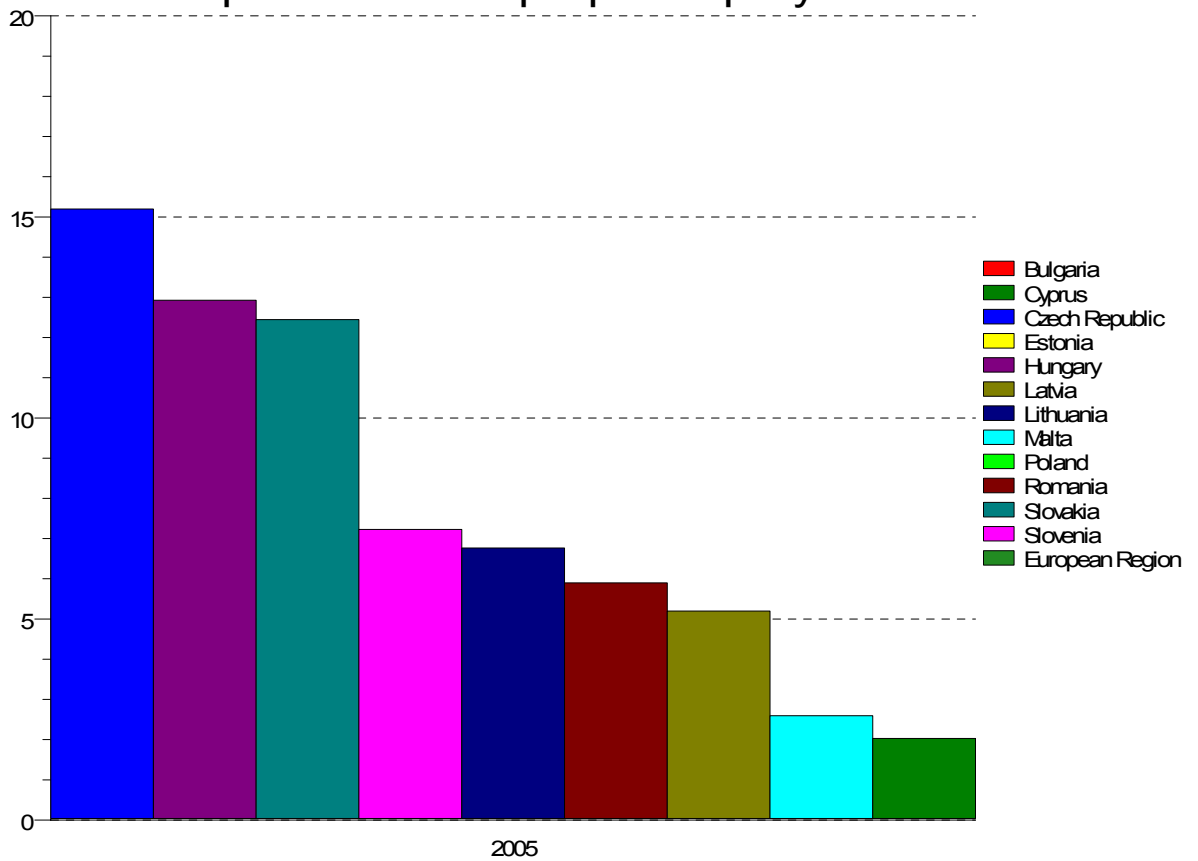
Activitate sanitară

Număr mediu de consultații în ambulator / locuitor / an

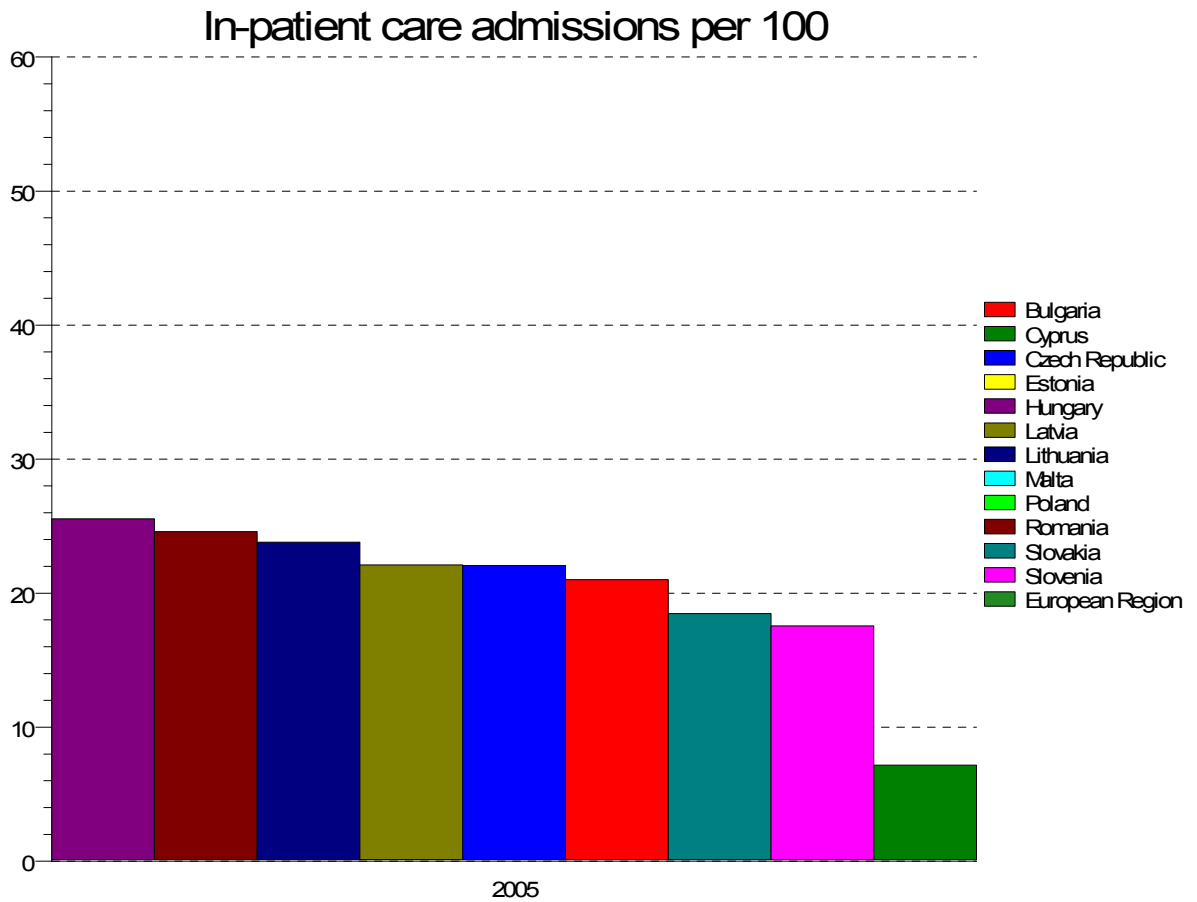
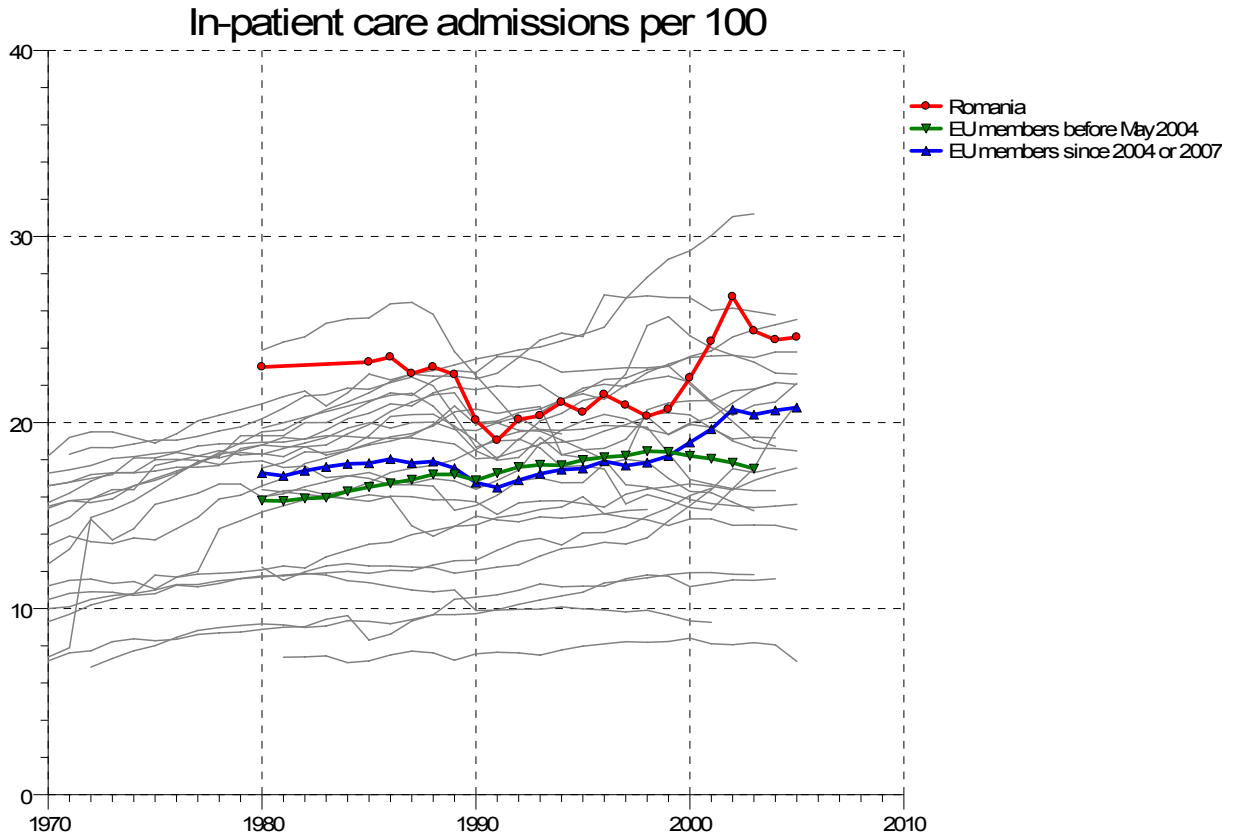
Outpatient contacts per person per year



Outpatient contacts per person per year

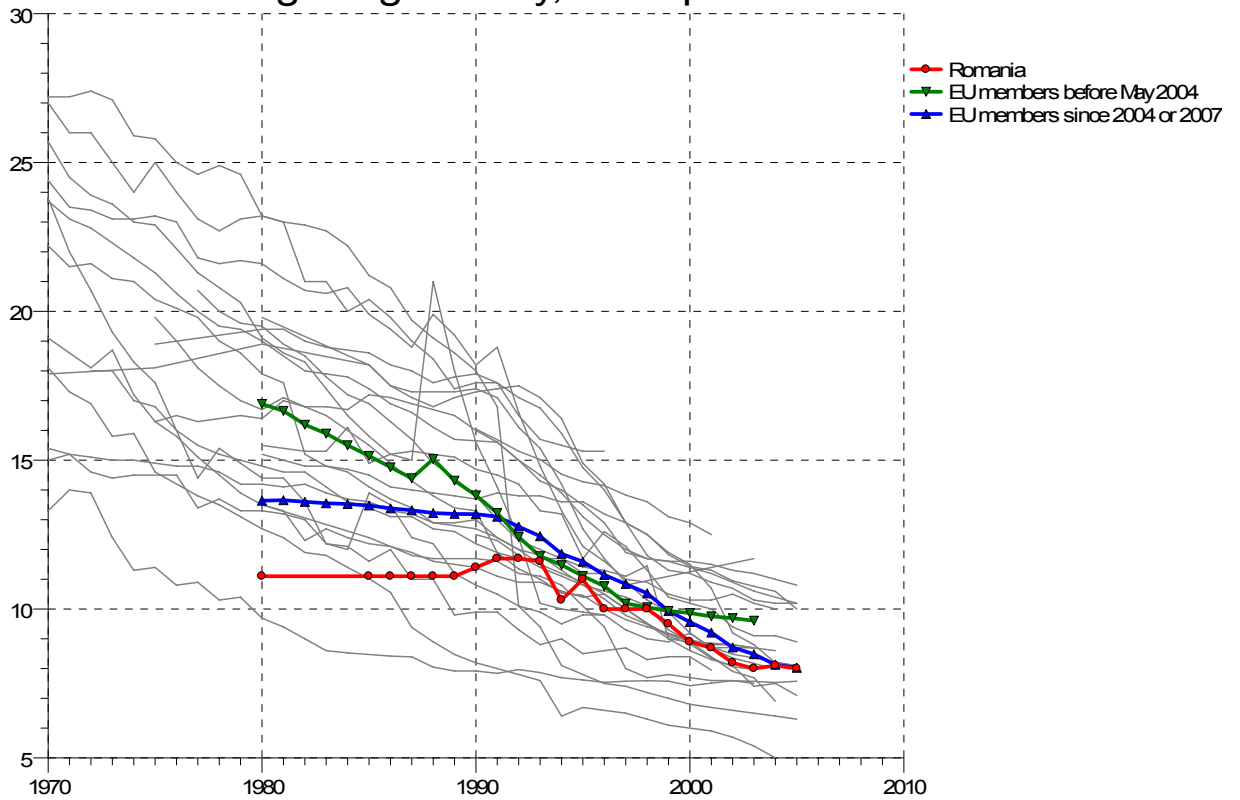


Număr internări în spital / 100 locuitori

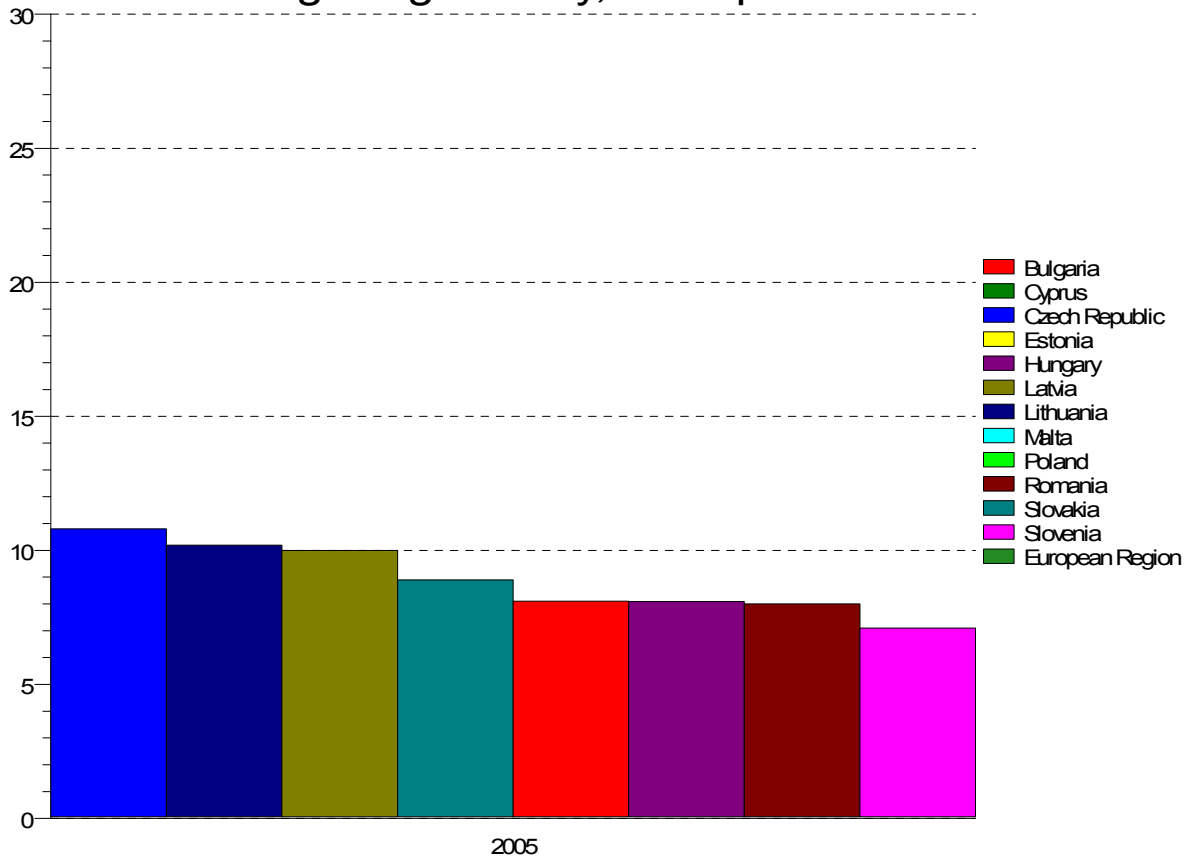


Durata medie de spitalizare

Average length of stay, all hospitals



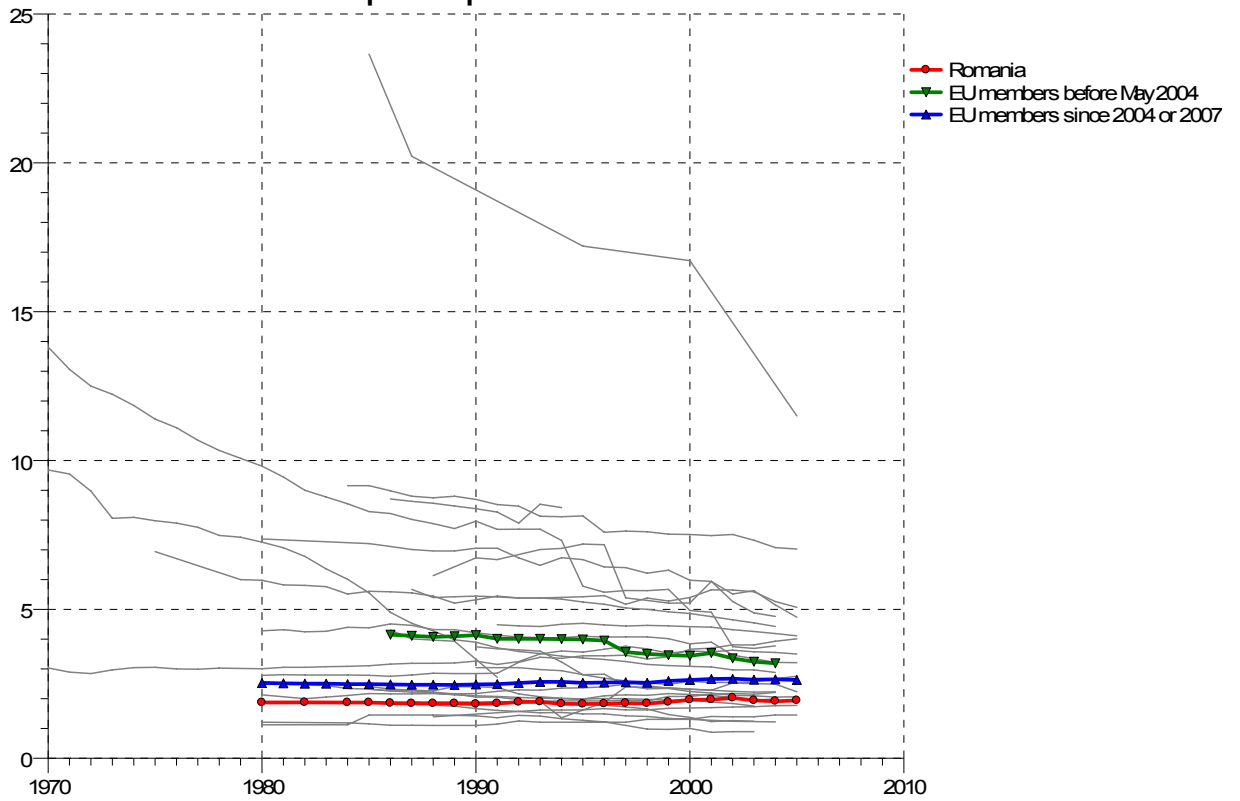
Average length of stay, all hospitals



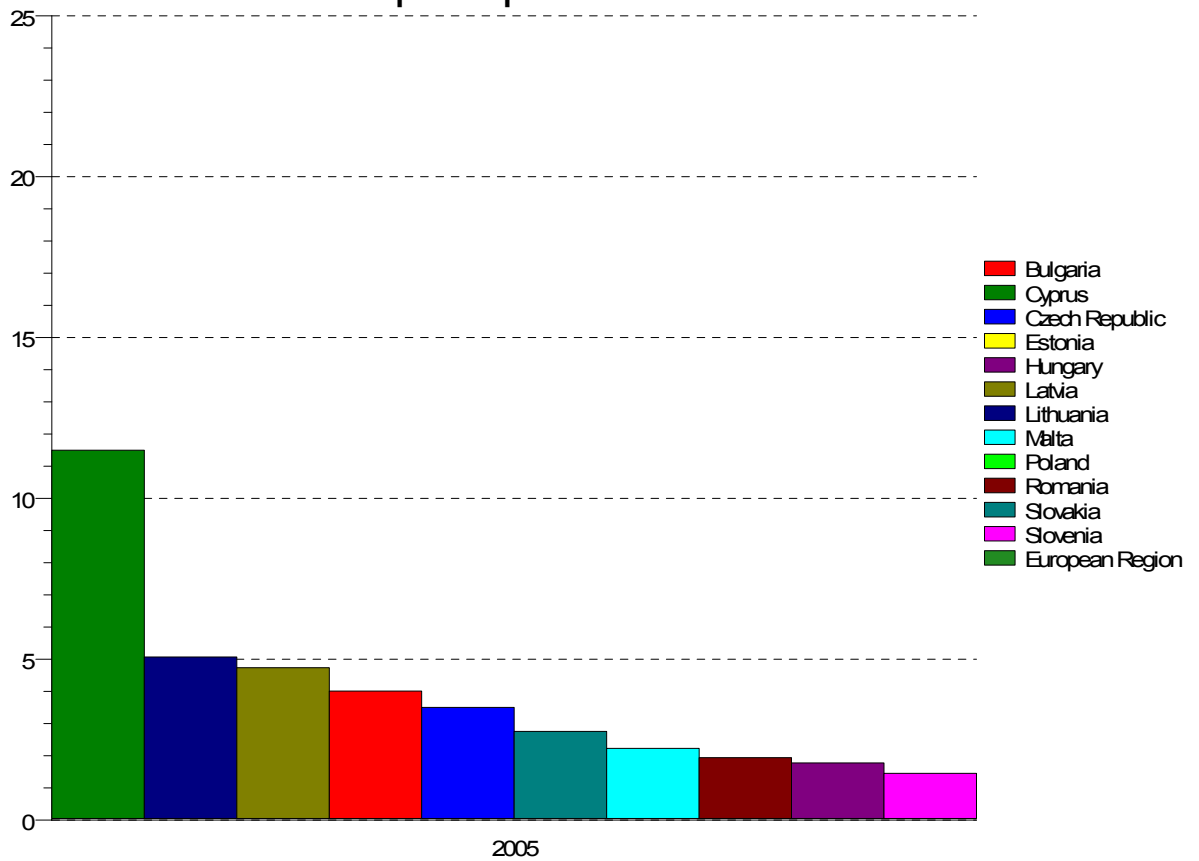
Resurse

Număr spitale / 100000 locuitori

Hospitals per 100000

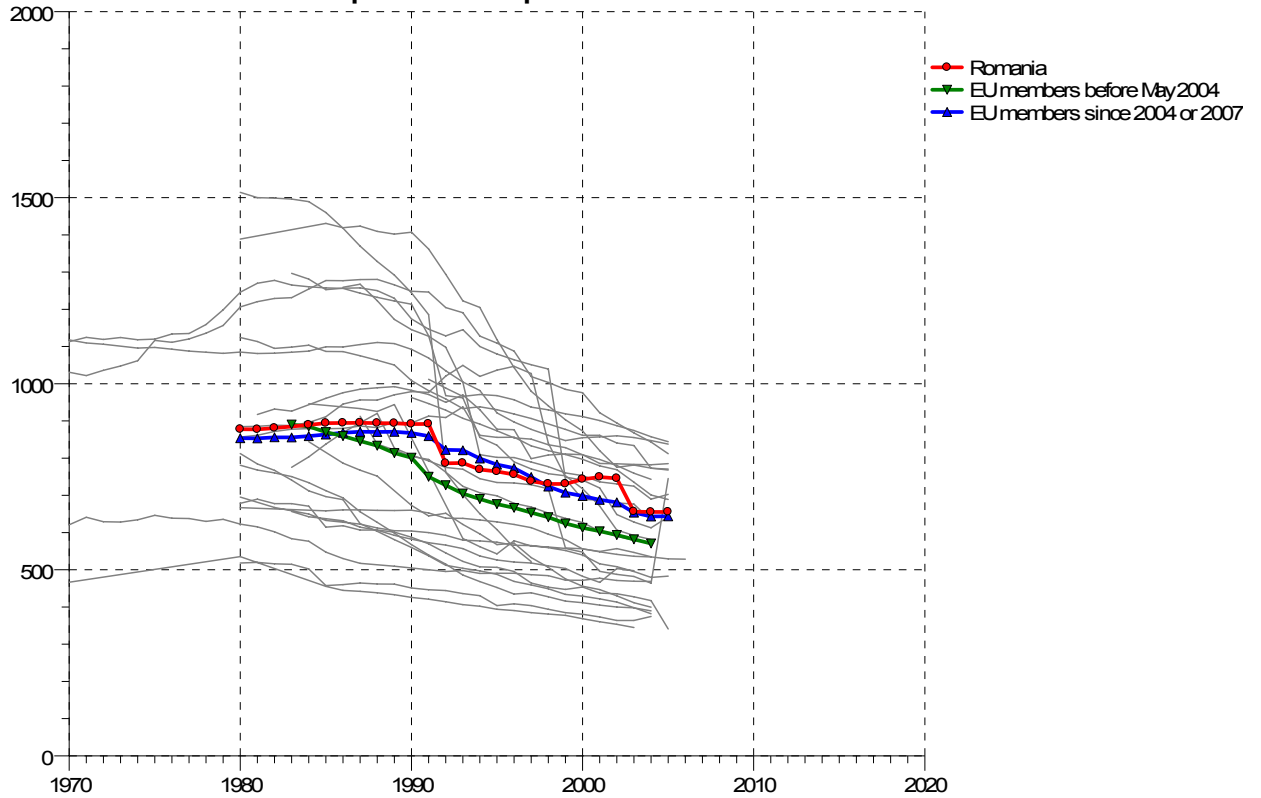


Hospitals per 100000

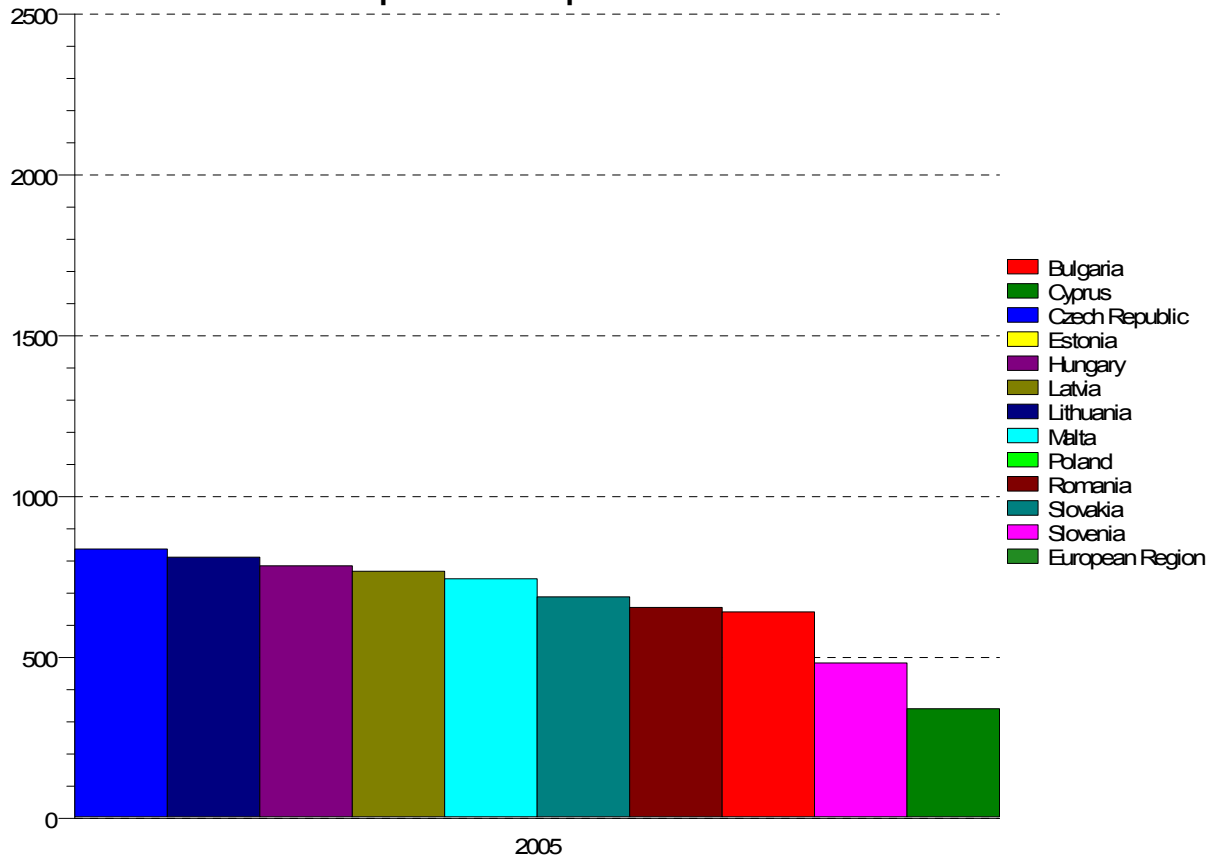


Număr paturi în spitale / 100000 locuitori

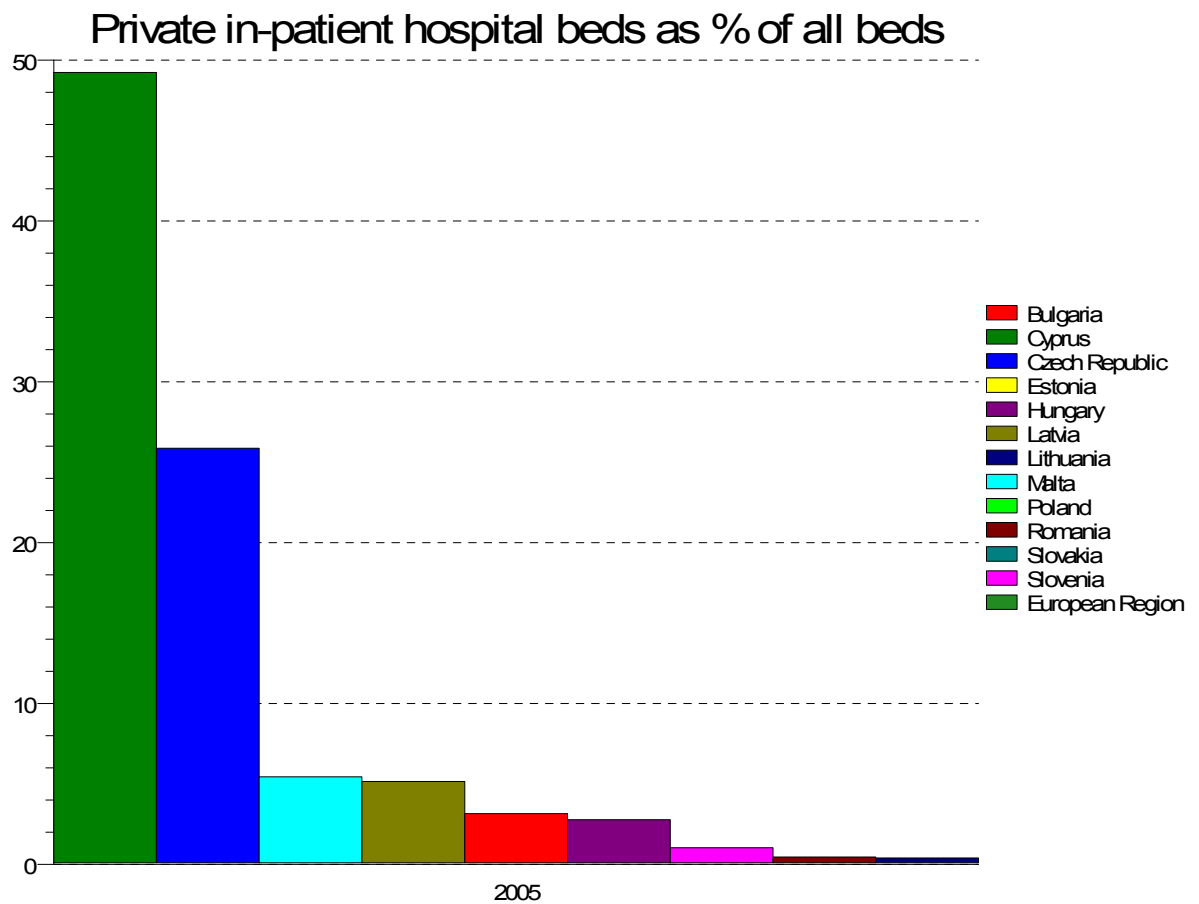
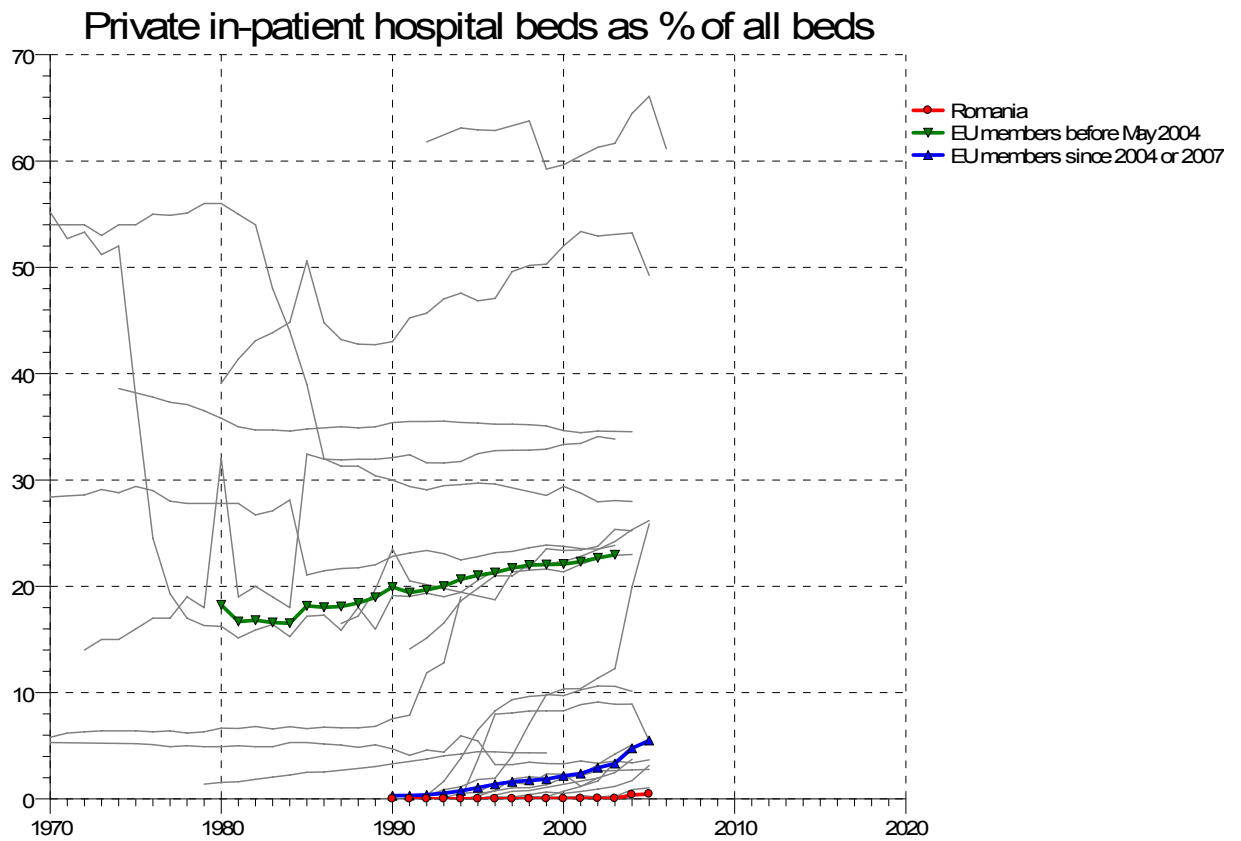
Hospital beds per 100000



Hospital beds per 100000



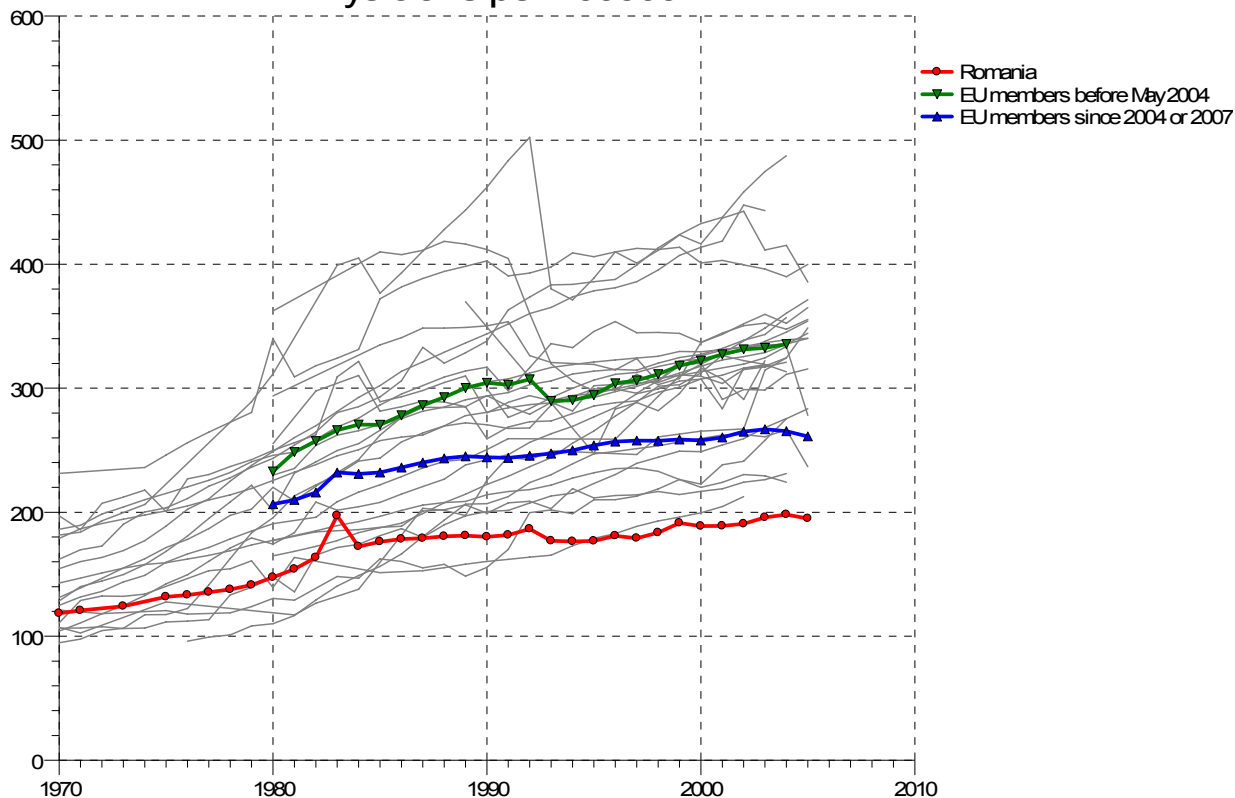
Proporția paturilor în spitalele private



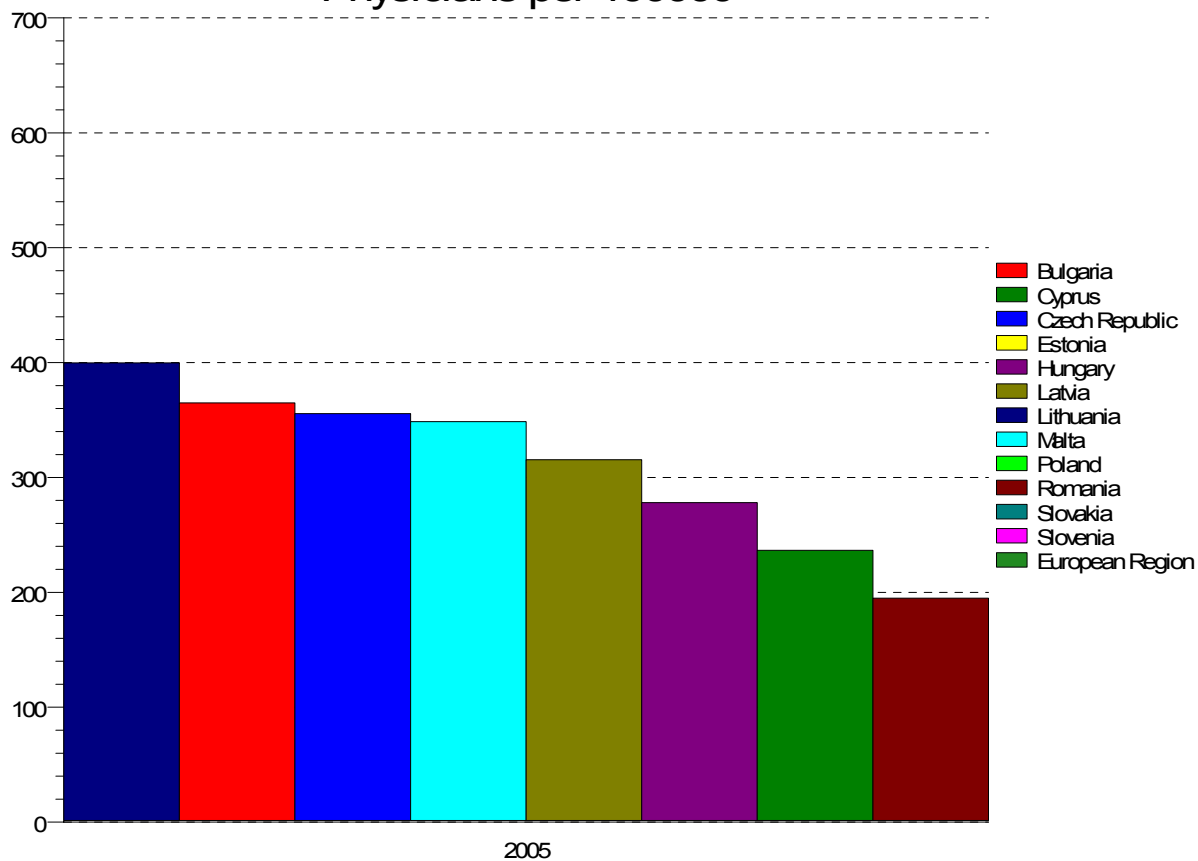
Personal sanitar

Numărul de medici / 100000 locuitori

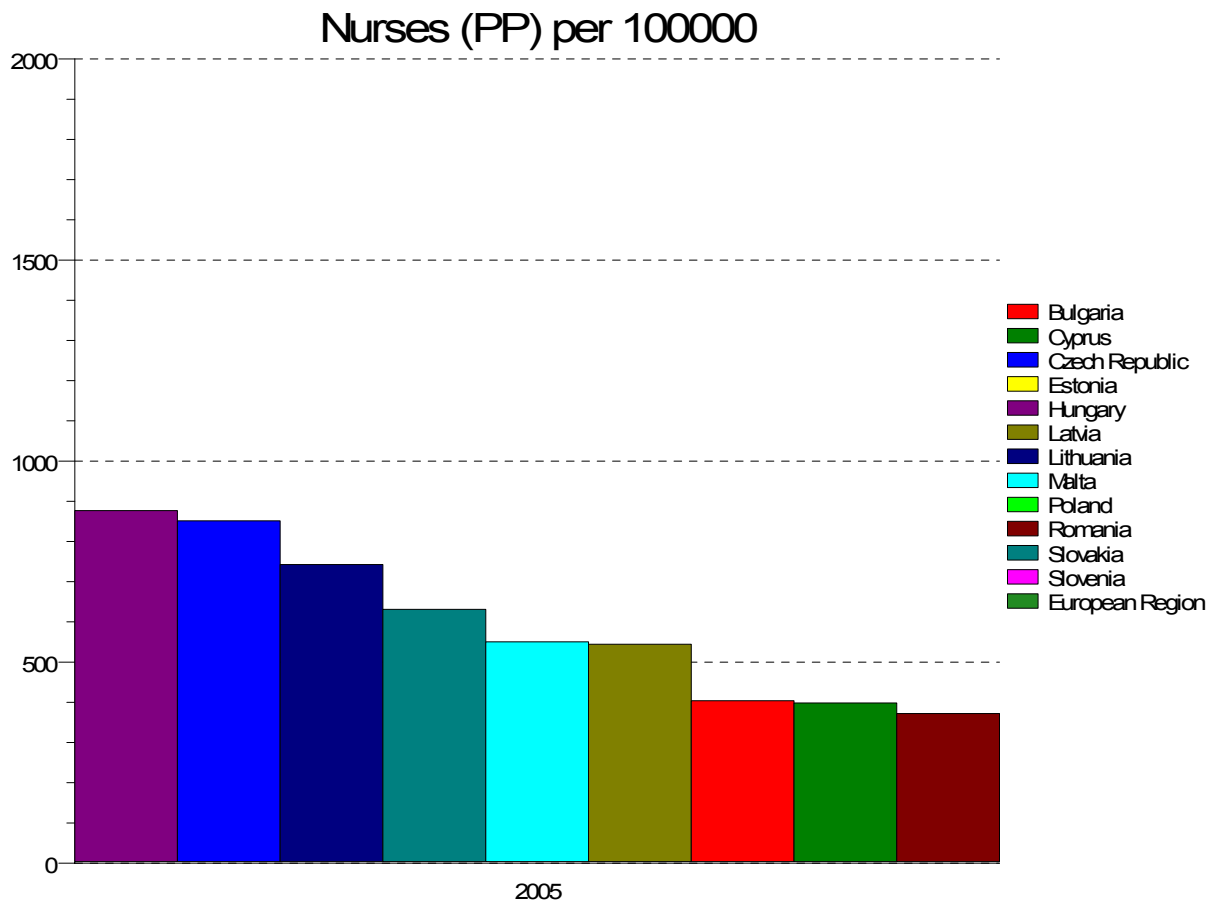
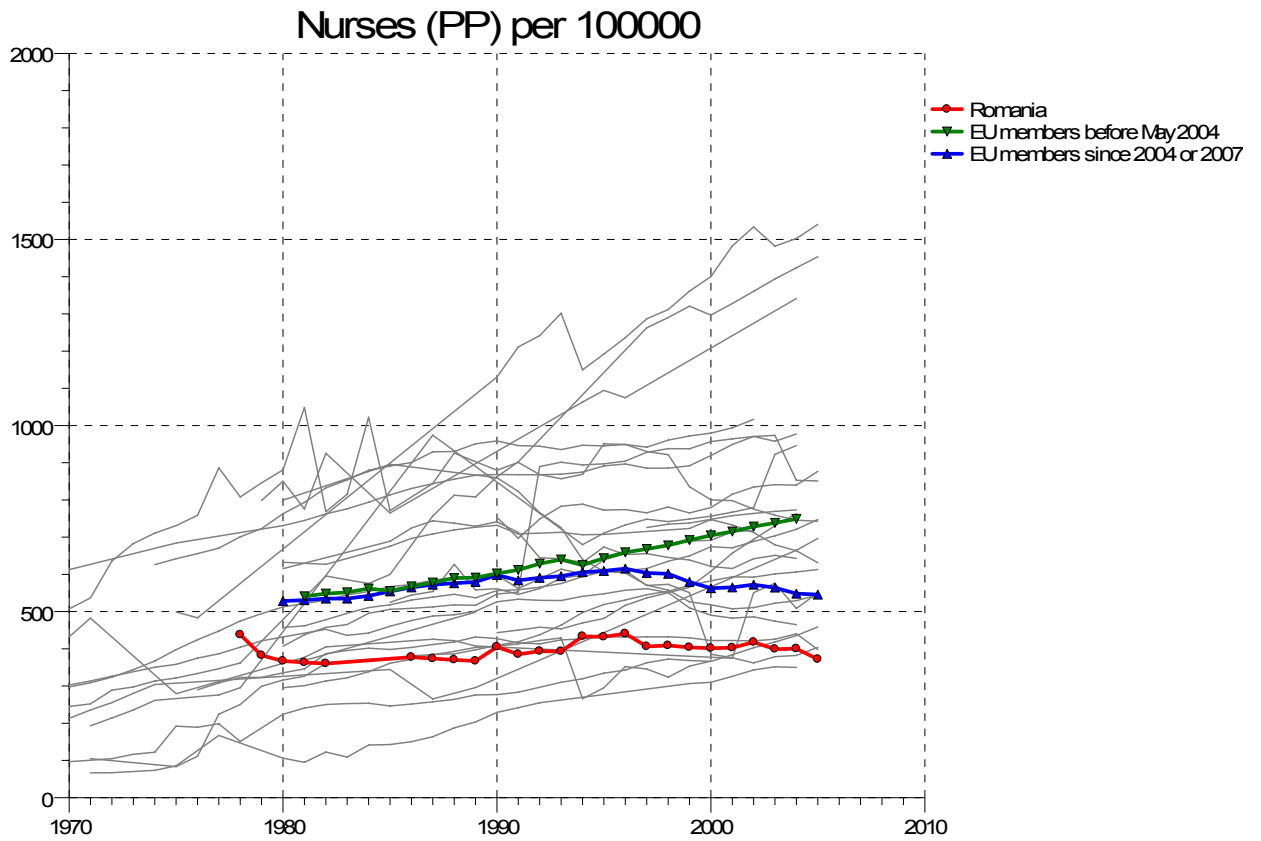
Physicians per 100000



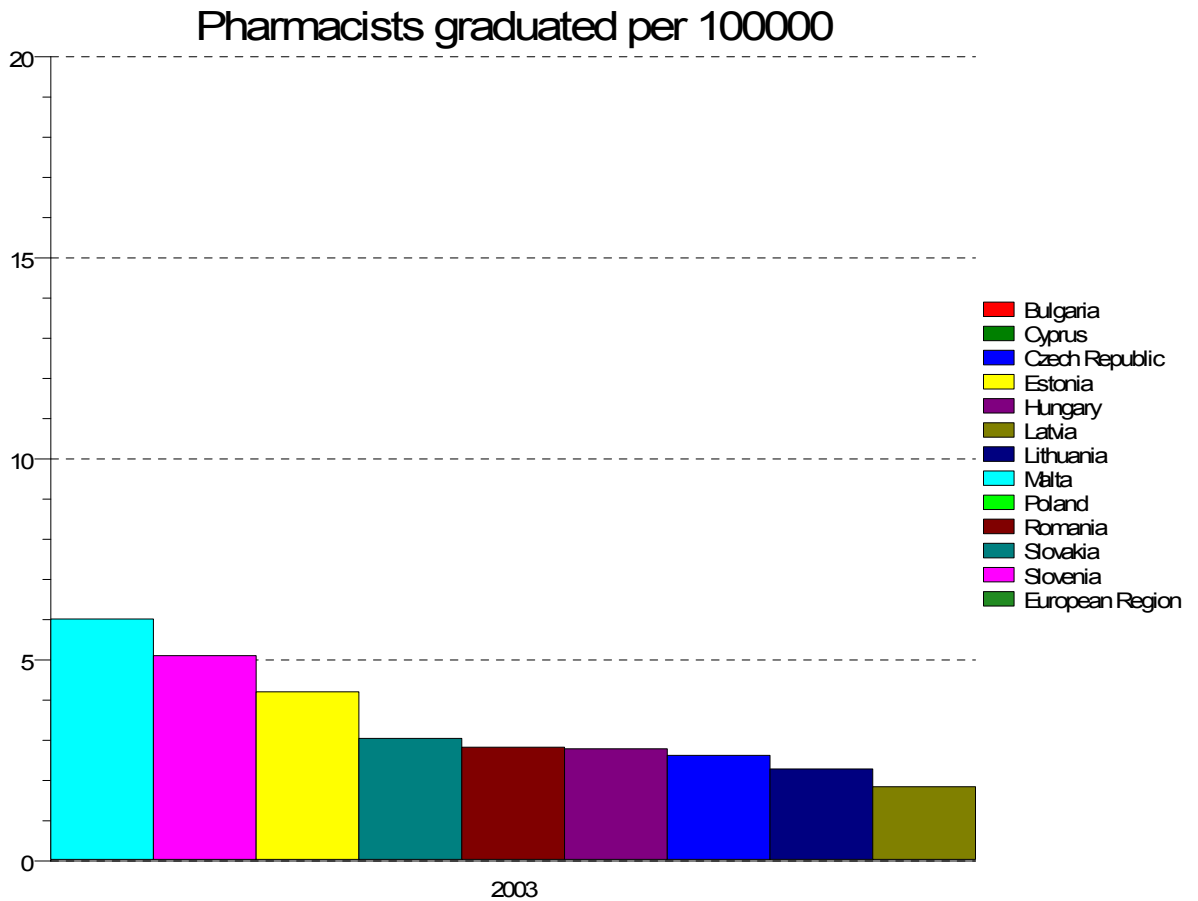
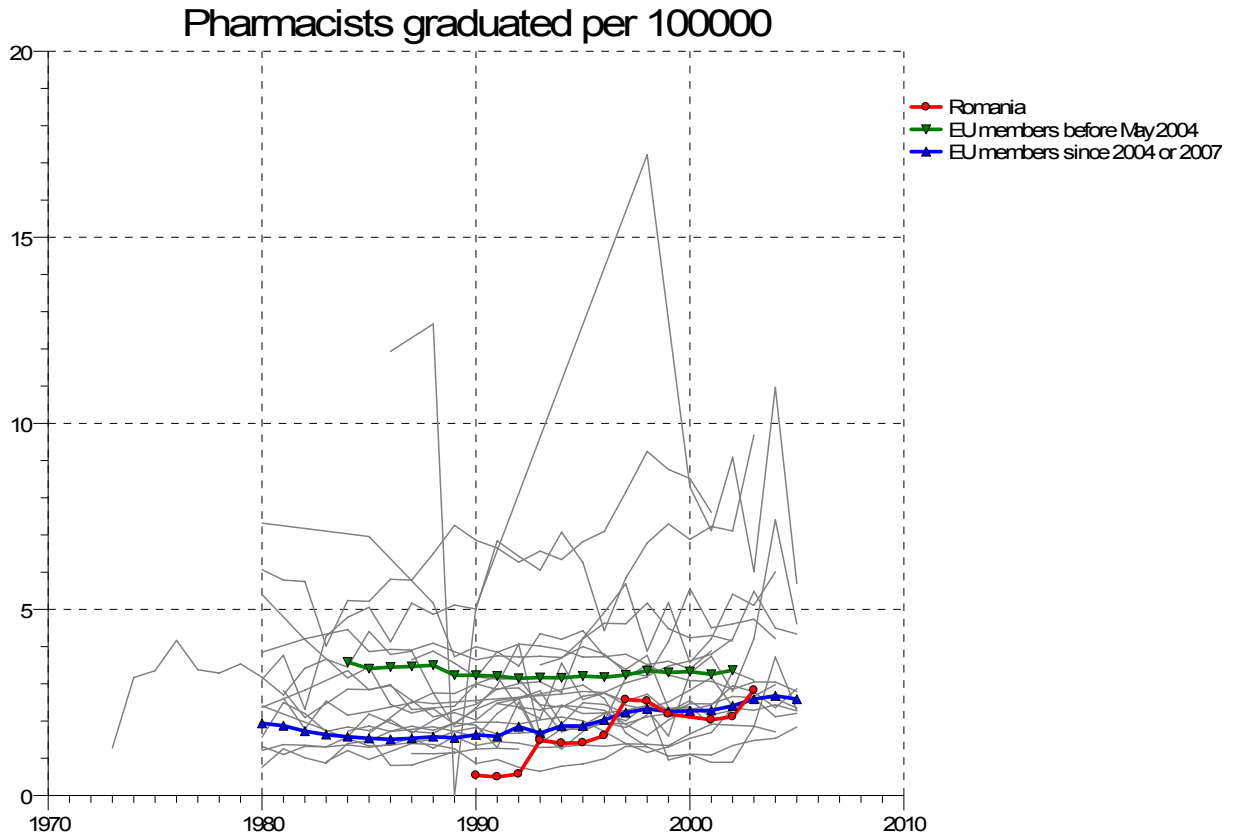
Physicians per 100000



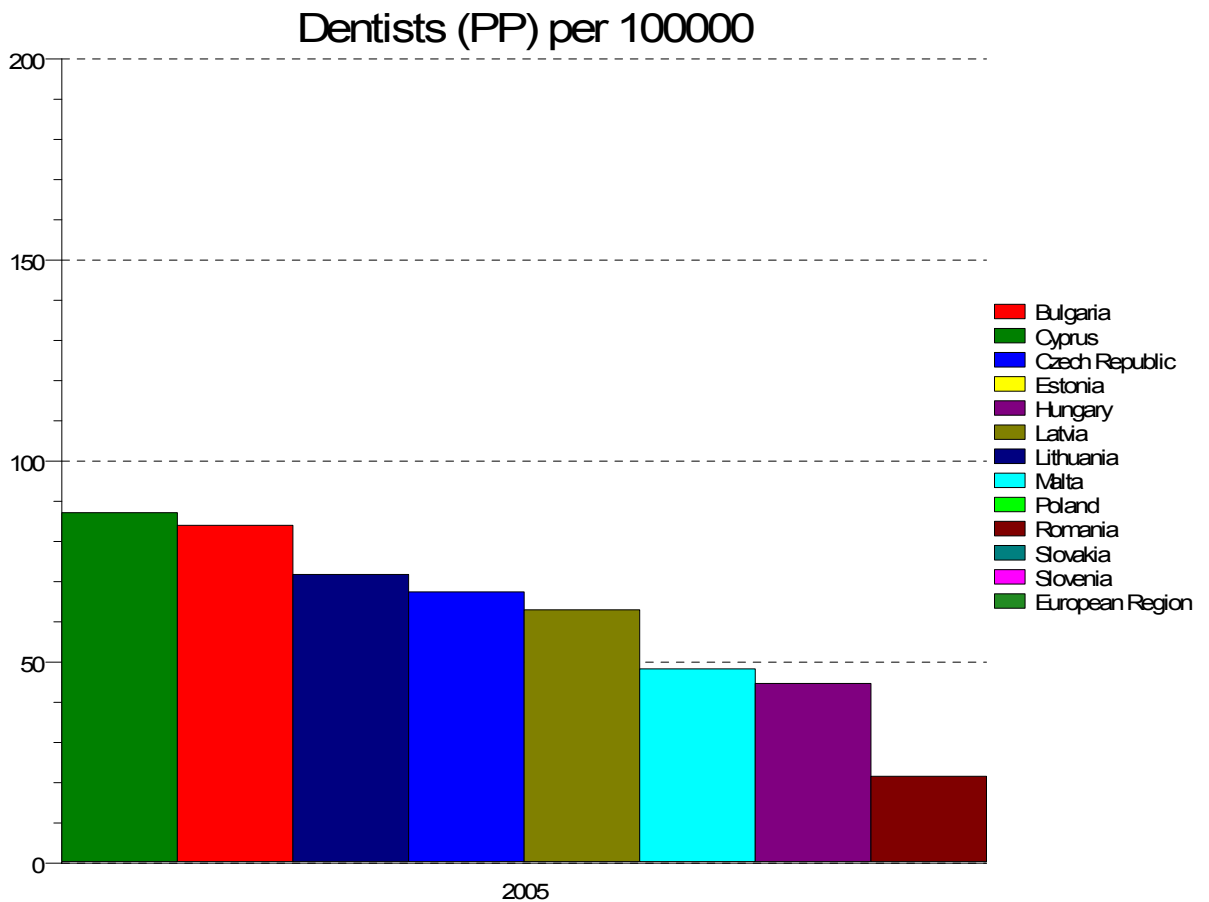
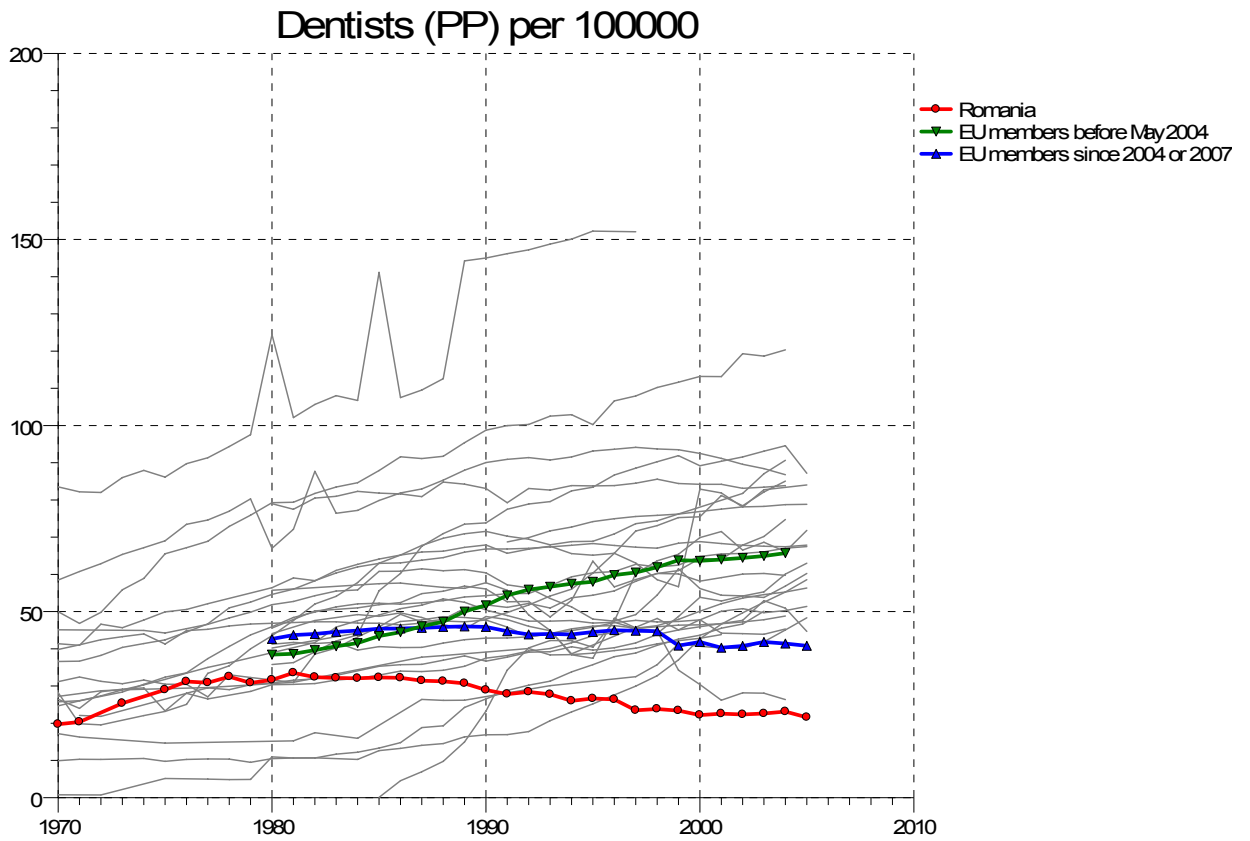
Numărul de asistente medicale / 100000 locuitori



Numărul de farmaciști / 100000 locuitori

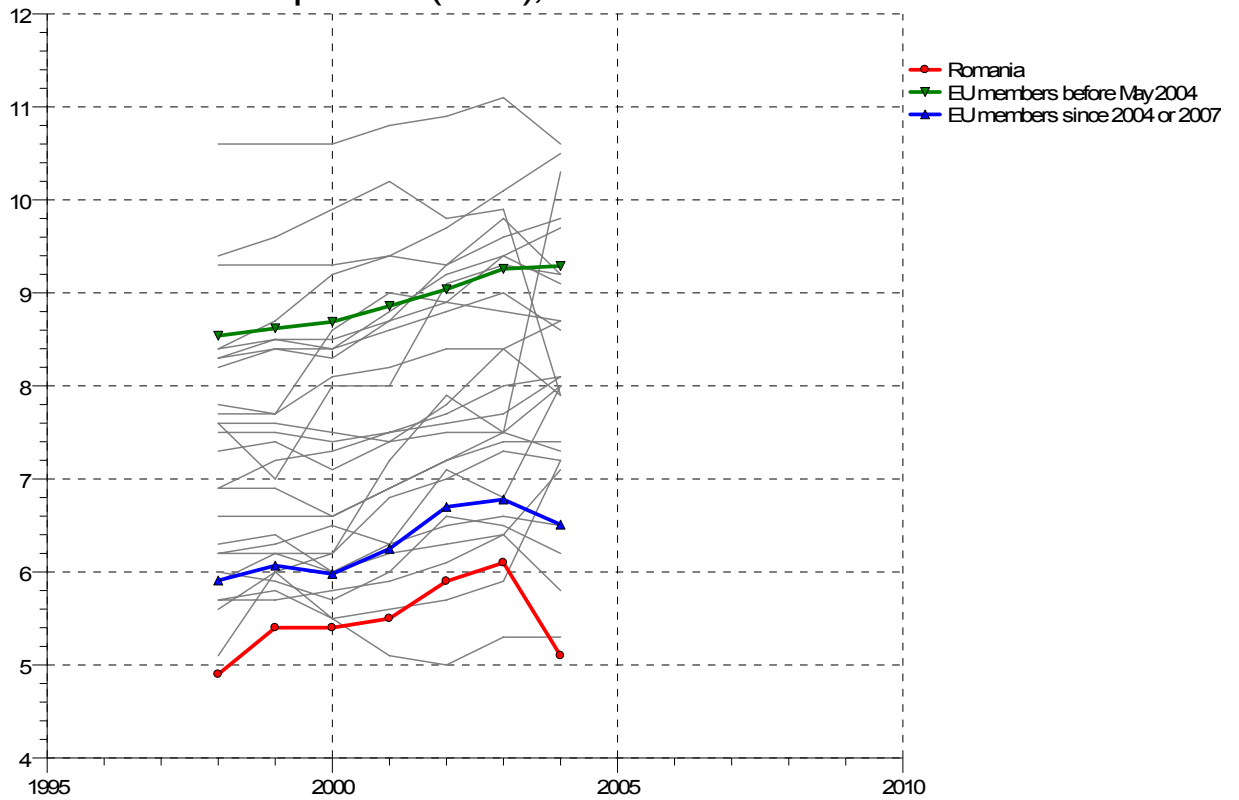


Numărul de medici stomatologi / 100000 locuitori

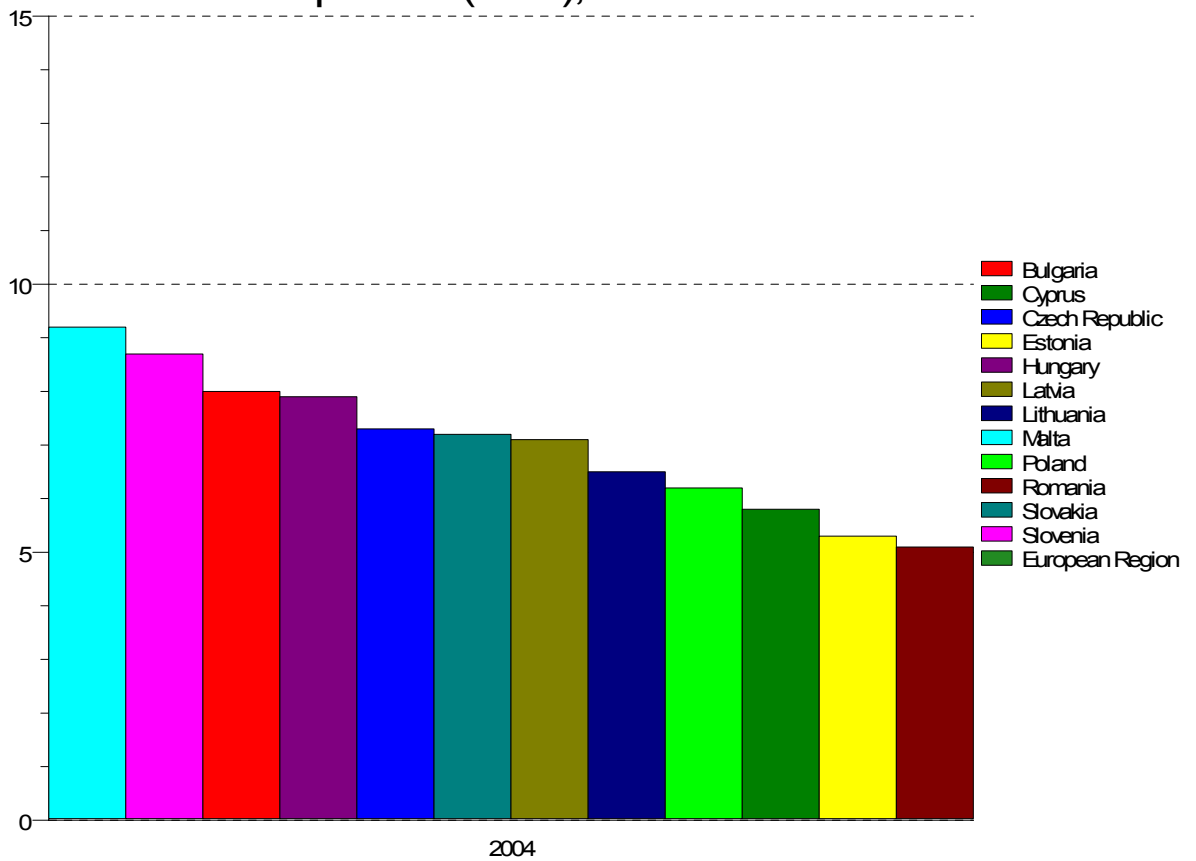


Proporția cheltuielilor pentru sănătate din produsul intern brut

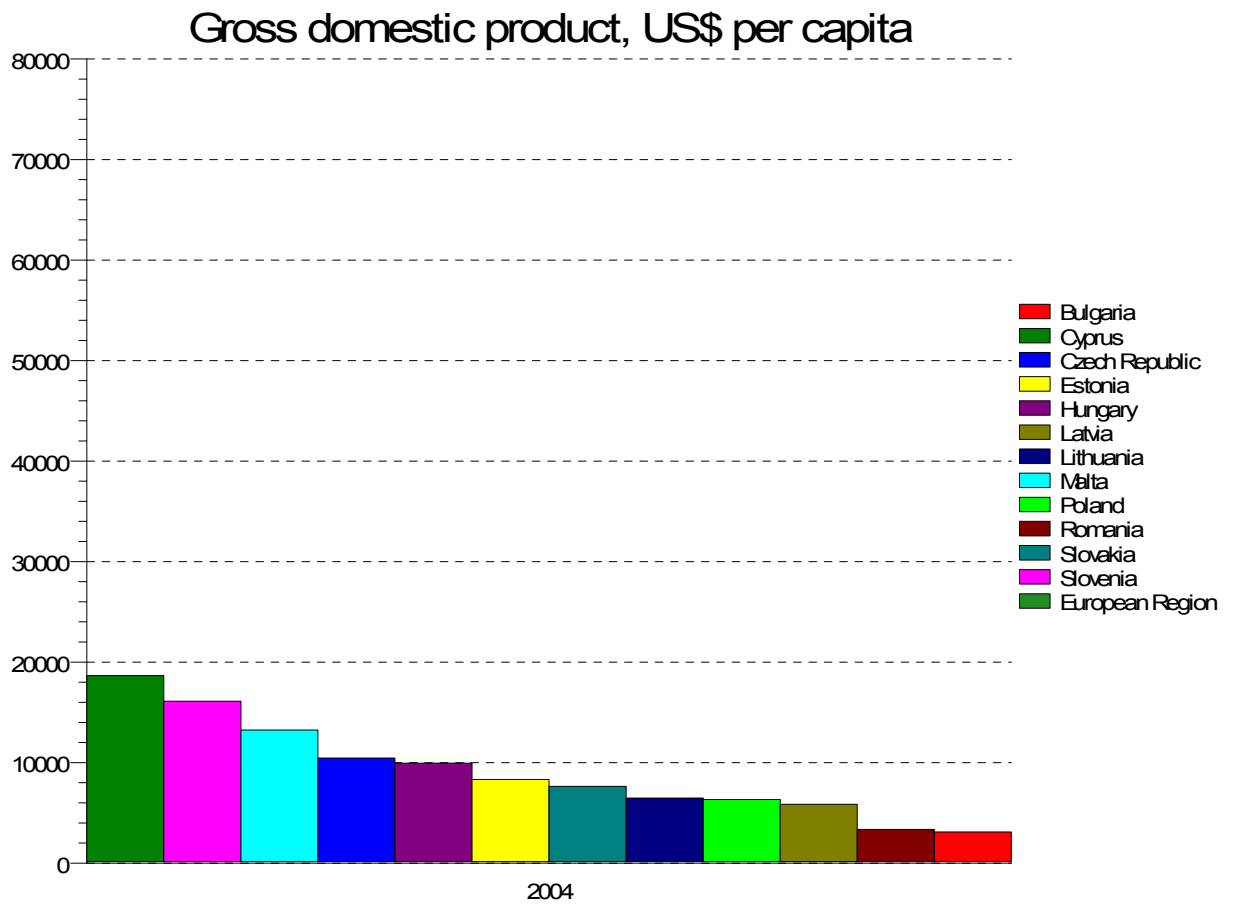
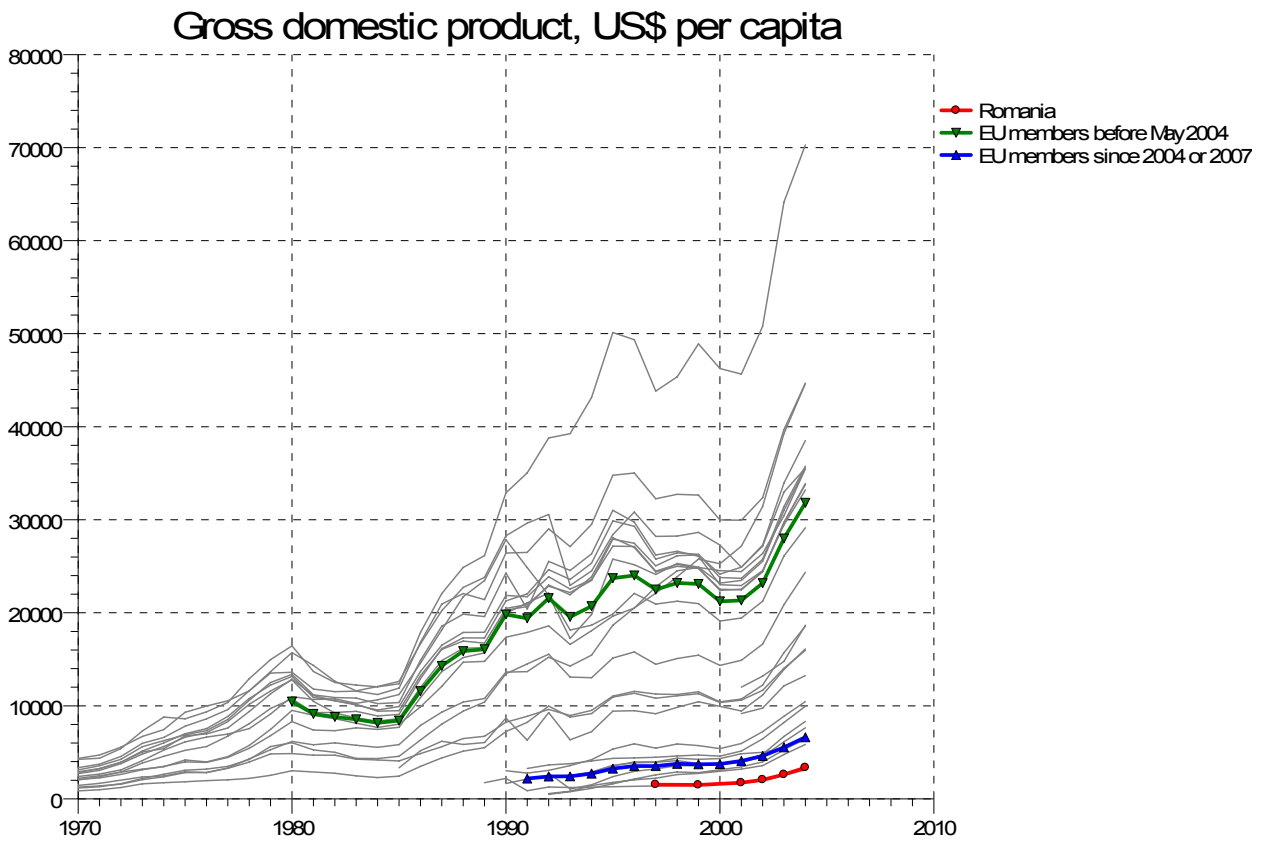
Total health expenditure as % of gross domestic product (GDP), WHO estimates



Total health expenditure as % of gross domestic product (GDP), WHO estimates

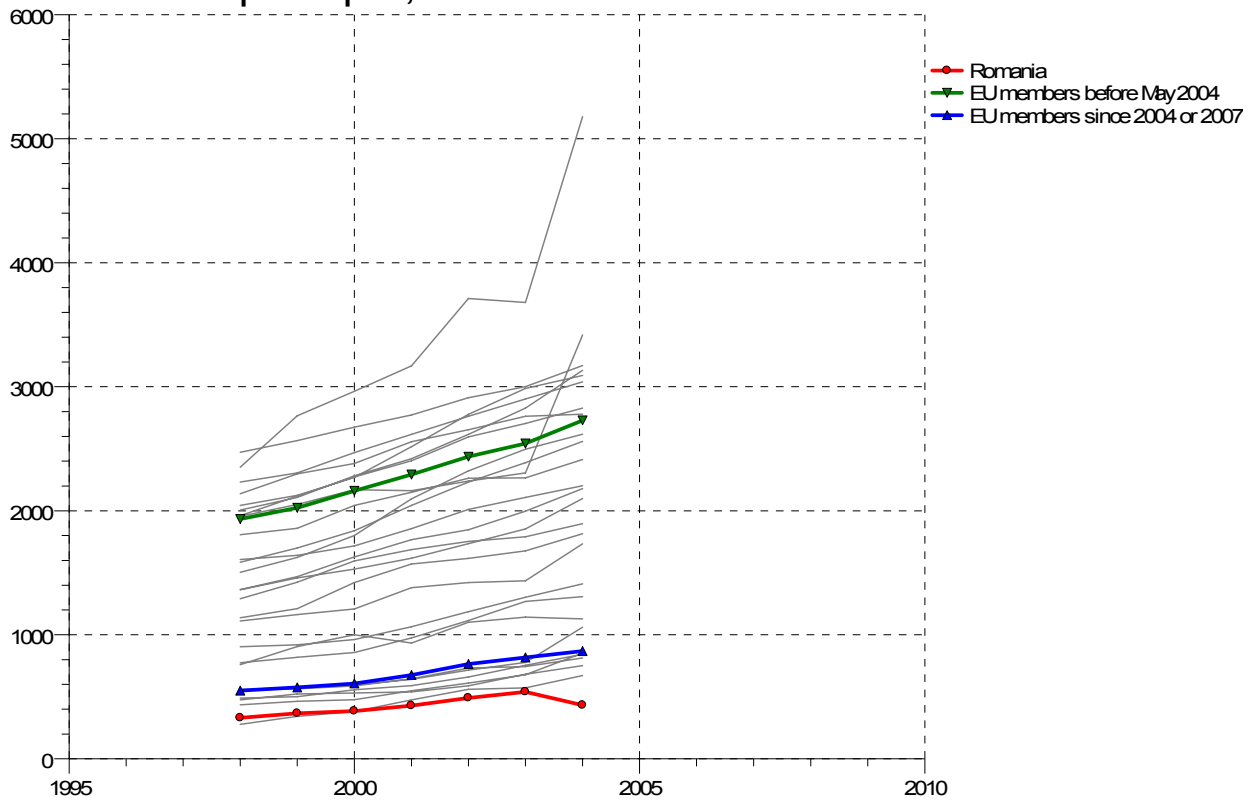


Produsul intern brut (USD / locuitor)

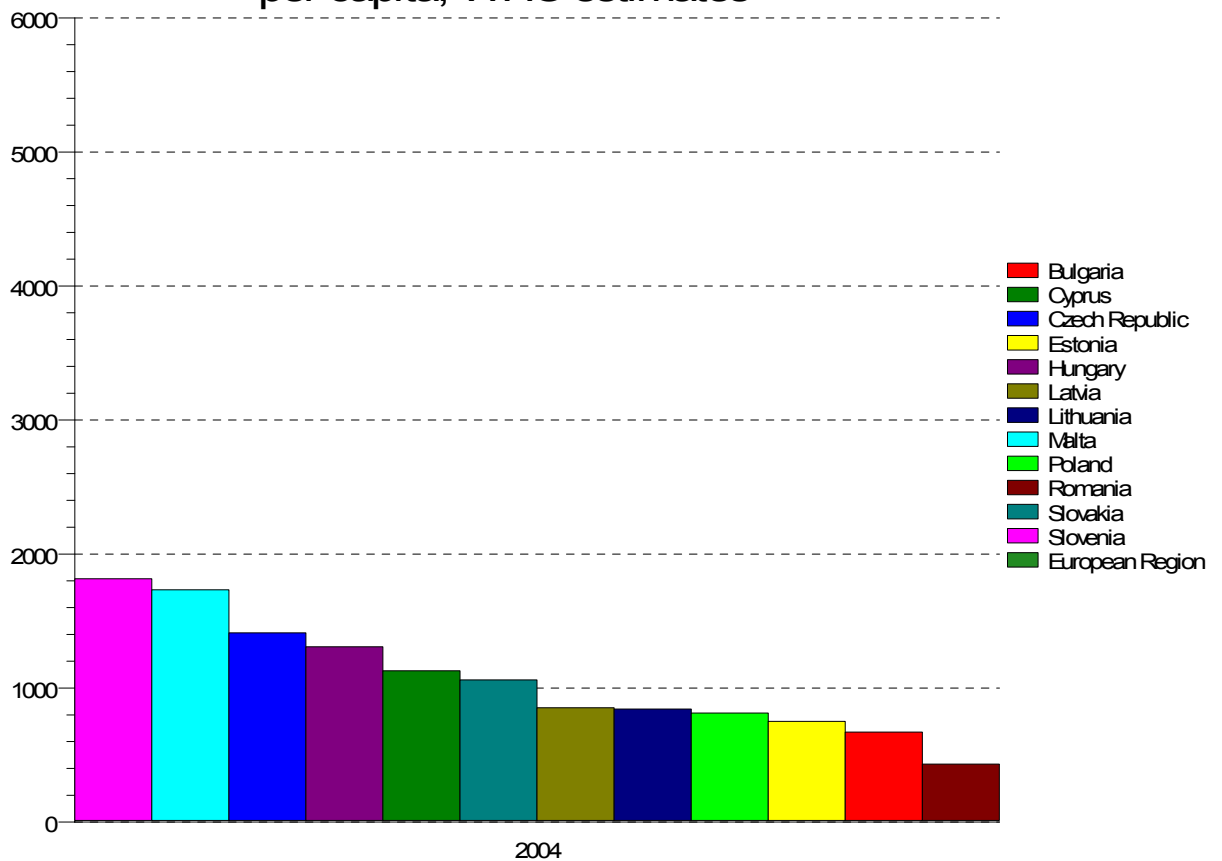


Cheltuieli totale pentru sănătate
(USD / locuitor, corectate cu paritatea puterii de cumpărare)

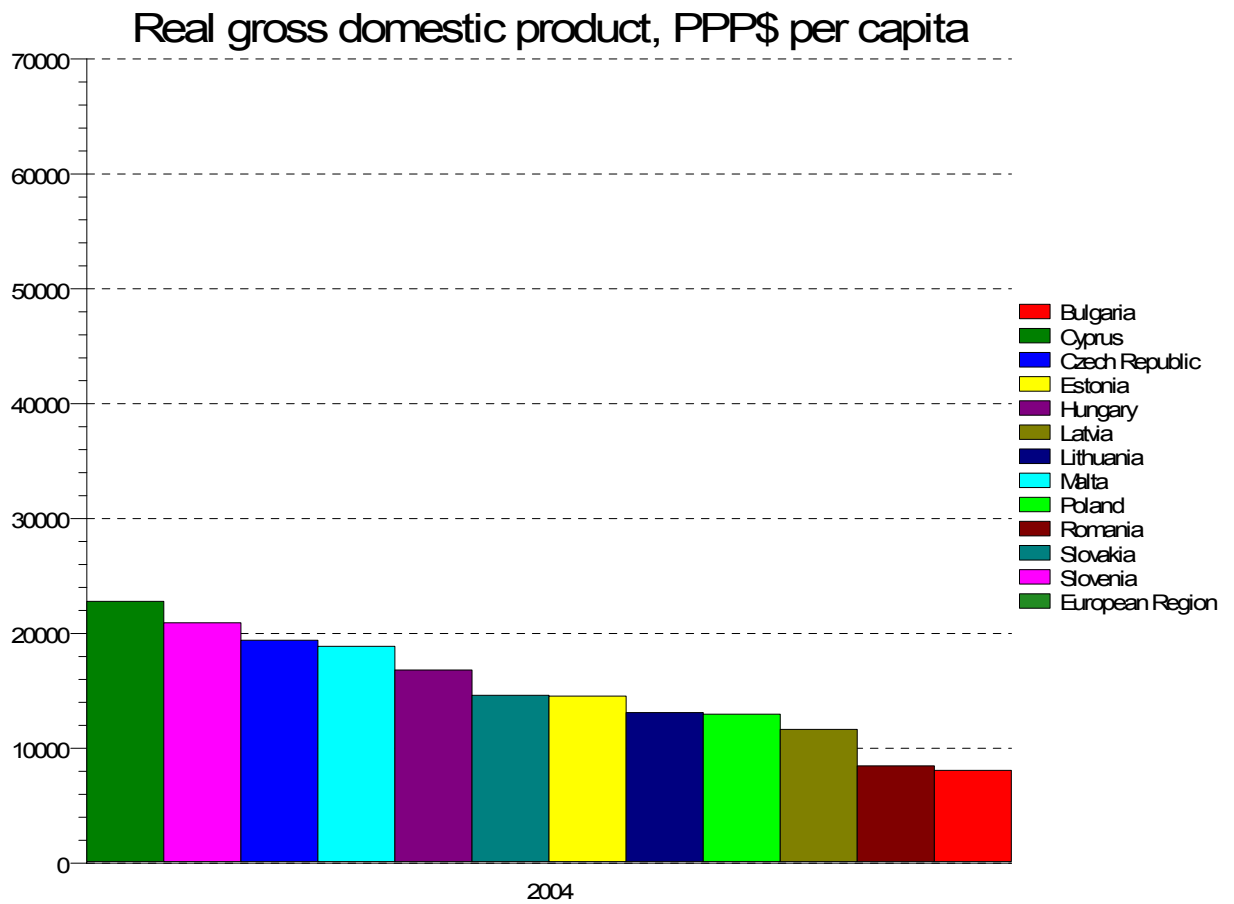
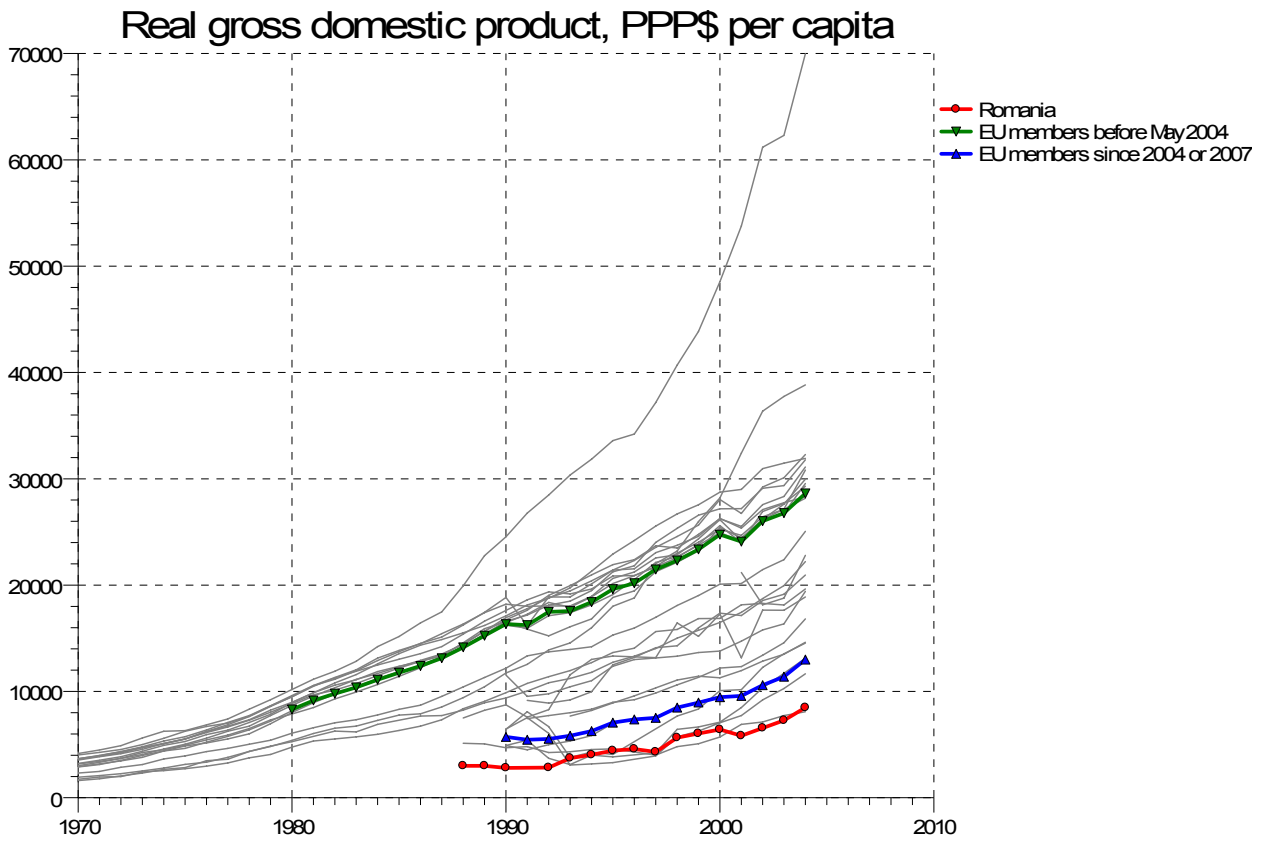
Total health expenditure, PPP\$
per capita, WHO estimates



Total health expenditure, PPP\$
per capita, WHO estimates



Produsul intern brut
(USD / locuitor, corectat cu paritatea puterii de cumpărare)



Despre documentele studiate

Au fost studiate documente oficiale emise de catre Guvernul Romaniei, Ministerul Sănătății și CNAS între anii 2001- 2008.

Sursa datelor a fost reprezentată de baza de date a *O.M.S* (Health for All), a *OECD*, a *I.N.S.* și *Ministerul Sănătății*, cu excepția cazurilor în care este indicat altfel în text.

În continuare sunt indicate principalele documente studiate, în afara celor menționate anterior

- *Strategia Națională de Sănătate Publică*, Ministerul Sănătății, București, 2004
- *Health Policy Section of the Action Plan for Implementing Romania's Medium Term Economic Strategy*, 2000-2004, June 2000 version, approved by Government Decision 456/2000
- *România – Sectorul de Sănătate*, Studiu de politică sectorială ECSHD, Banca Mondiala, 2007
- *Summary Report of Financing and Training Needs of Small Scale Health Service Providers and Distributors in Romania*, Draft Report, Banking on Health Project, USAID, June 2007.
- *Hospital Rationalization Strategy*, Ray Blight: World Bank, 2003.
- *Human resources for health in Europe*, Carl-Ardy Dubois, Martin McKee, Ellen Nolte (ed), The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2006
- *Hospitals in a changing Europe*, Martin McKee and Judith Healy (ed), The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2002
- *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*, Elias Mossialos, Monique Mrazek and Tom Walley (ed), The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2004
- *Health systems in transition: learning from experience*, Josep Figueras, Martin McKee, Jennifer Cain and Suszy Lessof (ed), European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2004
- *Draft report on Pricing and Reimbursement of Pharmaceuticals in Romania*, April 18-21, WHO, 2008 [System Policies Series](#)
- *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 2001
- *Romania: studiul sectorului farmaceutic*, Banca Mondiala, Andreas Seiter, 2007
- *Raport privind plățile informale în sector sanitar din Romania*, prezentat de LEGICON și CURS pentru Ministerul Sănătății, în cadrul unui proiect al Băncii Mondiale, 2005.
- *World Development Report 2004*, The World Bank, Washington, D.C., 2004
- *The World Health Report 2000 - Health systems: Improving performance*, WHO, 2000.
- *Global Corruption Report 2006: Corruption in Health*, Transparency International
- *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, National Academy Press, 2000