

societățile controlate ale prezentului, ea își vede răsturnate chiar premisele existențiale, deoarece realitatea unui control absolut supra societății, fie el mai mult sau mai puțin voit, dar care este cât se poate de real, presupune în mod implicit existența unei premise latente de vinovăție care operează în mod virtual asupra tuturor membrilor societății.

În aceste condiții, reglementarea adusă prin Directiva (UE) 2016/343, care își propune să consolideze anumite aspecte ale prezumției de nevinovăție și ale dreptului de a fi prezent în

cadrul procedurilor penale, se dovedește a fi mai mult decât necesară și binevenită. În același timp, însă, se dovedește a fi și un puternic semnal de alarmă, care practic atrage atenția asupra faptului că evoluțiile planului social au înregistrat anumite derapaje, care au erodat cadrul de referință în care prezumția de nevinovăție putea opera în bune condiții. Nu ne rămâne decât să sperăm că această nouă reglementare va fi în măsură să corecteze aceste derapaje și să repună prezumția de nevinovăție în drepturile ce i se cuvin.

ASPECTE PRIVIND REFORMA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI DIN ROMÂNIA

MIRCEA CIOCAN*

Abstract:

The right to health is conditioned by the health system. The organization of the health system is a key determinant of individual and community health, putting its mark on the whole human life starting with birth (a safe maternity) and ending with the specific care of the elderly. The performance of a health system depends on the flow of the fundraising for health and its distribution to the suppliers.

Keywords: human rights, the right to health, the health system

Résumé:

Le droit à la santé est conditionné par le système de santé. Le mode d'organisation du système de santé est un facteur déterminant de la santé de l'individu et de la collectivité, influençant la vie des individus, dès leur naissance (la sécurité de la maternité) et jusqu'aux soins spécifiques des gens âgés. La performance d'un système de santé est déterminée par le mode de collecte des fonds destinés à la santé, ainsi que par le mode de distribution de ces fonds aux fournisseurs.

Mots clés: droits de l'homme, droits à la santé, système de santé

Sistemul public de sănătate, constituie garanția calității vieții și unul dintre cele mai importante angajamente politice pe care guvernarea trebuie să și le asume pentru a asigura standarde sociale ridicate populației pe care o reprezintă.

În contextul actual, în care se preconizează modificări profunde ale reglementărilor privind legislația din domeniul sănătății din România, este necesar ca propunerile care vor sta la baza elaborării acestor importante legi să vină din rândul cetățenilor, personalului medical, autorităților publice locale, județene și regionale deopotrivă, pentru ca impactul acestora să aibă un grad cât mai mare de acceptare din partea populației.

Problematica drepturilor omului prezintă o preocupare continuă a tuturor statelor având în vedere complexitatea și originalitatea acestei instituții juridice, dar și a faptului că fără aceste drepturi nu se poate pretinde existența unei societăți democratice – condiție firească a afirmării demnității fiecărei persoane -, și nici nu se poate realiza cadrul juridic în baza căruia colaborează statele. Dreptul la viață al fiecărui cetățean este condiționat de starea sa de sănătate. Atunci când cetățenii nu-și pot permite accesul la serviciile de sănătate datorită costurilor acestora „dreptul la viață” așa cum este definit în articolul 3 din Declarația Universală a Drepturilor Omului („orice ființă umană are dreptul la viață, la libertate și la securitatea sa”) devine un principiu lipsit de conținut. Societatea internațională a

* Cercetător științific

încercat, prin adoptarea la nivelul Organizației Națiunilor Unite și la nivel european a unor documente consacrand principii ale protecției drepturilor omului, să-și îndeplinească angajamentul asumat după cel de-al doilea război mondial și să impună o viziune coerentă, solidară și universală a acestora, corespunzătoare unui standard internațional general de protecție a lor.¹ Sănătatea este un drept fundamental al omului, reprezentând o resursă esențială pentru individ, comunitate și societate. Sănătatea este definită în diverse moduri, toate aceste definiții având la bază multiple criterii. Cele utilizate mai frecvent sunt: bunăstarea funcțională, capacitatea organismului de a se adapta la condițiile variate de viață și de muncă, condiția umană care îl face pe individ creativ².

Definirea sănătății a fost conturată de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS) în anul 1946 ca fiind „bunăstare completă fizică, psihică și socială și nu doar absența bolii sau infirmității”³. Exprimarea succintă, surprinde în definiție o abordare complexă a sănătății, regăsind pe de o parte caracterul pozitiv al conceptului de sănătate, iar pe de altă parte dimensiunea negativă de absență a bolii, ce conferă serviciilor medicale un rol primordial în menținerea stării de sănătate. Starea de bine a individului reprezintă un aspect important care ține de calitatea vieții⁴.

Dreptul la sănătate atrage atenția asupra determinantilor economici și socio-culturali ai stării de sănătate și, în general, ai bunăstării. Astfel, devine mai clară legătura dintre sărăcie și boală și dintre dezvoltare și sistemele de sănătate publică⁵. Alți autori subliniază că apelul la un

drept la sănătate, deși nu ne ajută să rezolvăm problemele complexe de alocare, separă problema accesului la un nivel minim adecvat de îngrijiri de sănătate de impreviziunile pieței și de inechitățile izvorâte din inegală distribuire a veniturilor⁶.

Dreptul la sănătate este condiționat de sistemul de sănătate. Modul de organizare a sistemului de sănătate este un factor determinant al sănătății individului și colectivității, punându-și amprenta de-a lungul întregii vieții a omului, încă de la venirea pe lume (siguranța unei maternități) până la îngrijirile specifice vârstnicilor. Performanța unui sistem de sănătate este dată de modul în care are loc strângerea fondurilor pentru sănătate precum și de modul de distribuire a acestora către furnizori. Analiza evoluției sistemelor de sănătate la nivelul continentului european ne relevă o serie de specificități și particularități în schimbările survenite. Sănătatea umană privită în conceptul sănătății publice, are la bază sănătatea individului ca o componentă a sănătății populației. Domeniile de abordare sunt diverse și pornesc de la problemele sanitare existente cum ar fi: starea mediului ambiant, dezvoltarea socio-economică sau guvernarea politică. Pentru a asigura protecția sănătății, guvernele lumii tind să includă sănătatea în programele de dezvoltare prin intermediul politicii publice⁷. În anul 2007, Comisia Europeană, în „Carte Albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013”, propune integrarea sănătății în toate politicile (abordare HIAP)⁸. În conformitate cu posibilitățile practice și financiare, măsurile administrative adoptate au dus inevitabil la reformarea sistemelor.

Sistemul de sănătate din România a trecut printr-o lungă perioadă de tranziție, în sensul că dacă până în 1989 sistemul sanitar era aproape în totalitate în proprietatea statului, coordonat de Ministerul Sănătății și de Direcțiile de Sănătate

¹ A se vedea Mircea Ciocan, *Sănătatea o problemă a drepturilor omului*, în „Drepturile Omului”, nr. 3/2014, p. 38.

² A se vedea Enăchescu D., Marcu M., 1998, *Sănătate publică și management sanitar*, Editura All, București.

³ A se vedea Rosen G. 1958. *A History of Public Health*, New York: MD Publications. Republished as Expanded Edition. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1993.

⁴ Centers for Disease Control, 1991, Consensus set of health status indicators for the general assessment of community health status. *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 40:449-451; Editorial. 1991. What's new in public health. *Lancet*, 337:1381-1383; Editorial. 1994. Population health looking upstream. *Lancet*, 343:429-430.

⁵ A se vedea Benjamin Mason Meier & Ashley M. Fox, *Development as Health: Employing the Collective Right to Development to Achieve the Goals of the Individual Right to Health*, „Human Rights Quarterly” 30(2) (2008), pp. 259-355.

⁶ A se vedea John D. Arras & Elisabeth M. Fenton, *Bioethics & Human Rights: Access to Health-Related Goods*, „The Hastings Center Report” 39 (5) (2009), pp. 27-38.

⁷ A se vedea Ncayiyana D., Goldstein G., Goon E., Yach D., 1995, *New Public Health and WHO's Ninth General Program of Work: A Discussion Paper*. Geneva: World Health Organization.

⁸ Comisia Europeană, Direcția Generală Sănătate și Consumatori, 2008, *Carte Albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013*, www.bookshop.europa.eu

Județene, în prezent se află sub incidența unui proces amplu de descentralizare care vizează întreaga administrație publică. Modificările care au avut loc în sistemul de sănătate în ultimii ani, au vizat accentuarea avantajelor în sistem, încercând să corespundă așteptărilor populației și realizarea unei finanțări cât mai echitabile care să reflecte capacitatea de plată și nu riscul de îmbolnăvire. Dreptul la sănătate, cu referiri la alocarea echitabilă a resurselor medicale, dreptul la îngrijiri medicale de bază, reprezintă pilonul principal în deciziile statului de asigurare a unui minim de resurse⁹. Politicile de sănătate publică se bazează pe înțelegerea conceptului de sănătate și boală, având în vedere faptul că menținerea stării de sănătate și îngrijirile de sănătate, necesită alocarea de resurse importante¹⁰.

Dacă încercăm să reprezentăm modalitatea în care sunt astăzi furnizate serviciile, se poate observa că marea parte a serviciilor din sănătate sunt acordate la nivelul spitalului, mulți pacienți beneficiind de aceste servicii, care în mare parte dintre ele ar putea fi acordate de medicul de familie, la domiciliul bolnavului, sau în ambulatoriul de specialitate printr-o urmărire atentă a pacientului de către medicul specialist în colaborare cu medicul de familie. La polul opus regăsim serviciile/îngrijirile acordate în comunitate, unde lipsa unor structuri multidisciplinare determină furnizarea acestor servicii mult sub nevoile reale și practic o finanțare redusă. În ultimii ani un interes din ce în ce mai crescut se acordă calității serviciilor medicale oferite de spitale prin implementarea de regulamente, proceduri, protocoale și ghiduri clinice, dar și monitorizarea atentă a calității. Acreditarea spitalelor devine astfel o condiție obligatorie în funcționarea spitalelor¹¹.

Majoritatea clasamentelor ce vizează performanța sistemului de sănătate dintr-un stat au în componență indicatori cum ar fi: venitul național brut, PIB/capita, cheltuielile cu sănătatea ca % din

PIB, speranța de viață la naștere. Alți indicatori urmăriți sunt: stilul de viață (consumul de calorii, activitatea fizică, consumul de alcool și droguri, fumatul, etc.), accesul populației la servicii medicale sau numărul de persoane asigurate medical. În topul clasamentelor regăsim statele dezvoltate care pe lângă banii alocați sănătății, au acoperire crescută cu asigurare medicală și au un sistem de promovare a sănătății bine implementat¹². Acest aspect explică faptul că nu există o corelație directă între banii alocați pentru sănătate și performanța sistemului de sănătate. Media cheltuielilor publice cu serviciile medicale în Regiunea Europeană a oscilat între 6,2% și 7,9%, în perioada 2000-2013. Media alocată de statele din Uniunea Europeană este mai mare, înregistrând valori cuprinse între 7,96% și 9,48% din PIB. Statul cu cea mai redusă pondere a cheltuielilor pentru sănătate ca % din PIB, din Uniunea Europeană a fost România (cu ponderi între 3,5-4,4% din PIB). La polul opus regăsim state ca Olanda (11,9%, 2011), Franța (11,6%, 2011), Germania (11,3%, 2011), Danemarca (11%, 2012)¹³. Tendințele principalilor indicatori de mortalitate și de morbiditate ne pot indica direcțiile înspre care vor trebui îndreptate politicile de sănătate publică pe viitor, dar mai ales măsurile de prevenție a unor îmbolnăviri. Indicatorii de calitate ai sistemului vor putea servi ca repere în activitatea administrativă și legislativă viitoare ceea ce va da un caracter practic prezentului demers de cercetare științifică.

Nu se poate vorbi despre asigurarea unor servicii de calitate dacă nu sunt bine definite limitele responsabilității profesionale pentru fiecare tip de furnizor de servicii în parte. Acuzațiile de malpraxis sunt destul de frecvente în ultimul timp, medicilor creindu-li-se o imagine negativă chiar și atunci când aceste acuzații nu sunt soluționate în defavoarea lor. Asistăm azi la dezvoltarea unei medicini defensive cu repercursiuni negative nu numai asupra personalului medical și pacienților, cât mai ales asupra întregului sistem de sănătate. Cazurile de malpraxis de multe ori sunt judecate în presă înainte de dezbaterile din sala de judecată, și

⁹A se vedea Allen E. Buchanan, *The Right to a Decent Minimum of Health Care*, Philosophy & Public Affairs”13(1) (1984), pp. 55-78

¹⁰Strategia Națională de Sănătate Publică, 2004, Ministerul Sănătății, București.

¹¹A se vedea Marinescu A, 2006, *Ghid pentru elaborarea documentației sistemului de management al calității – tehnici și metode de creștere a calității serviciilor medicale*, Editura CNI Coresi, București.

¹²A se vedea Tanasescu P., 2001, *Managementul financiar al activității sanitare*, Ed.Tribuna Economica, București; Luchian M, 2005, *Management sanitar*, Iași.

¹³ Sursă WHOEurope, European HFA Database, decembrie 2015.

chiar dacă de multe ori din punct de vedere juridic medicul este nevinovat, presa nu revine asupra subiectului pentru a corecta informația inițială. În practica medicală, sunt cazuri care din păcate se soldează cu eșec pentru pacient. Acest lucru însă nu trebuie confundat cu reaua intenție a medicului sau asistentului medical, cele două noțiuni nu trebuie confundate și judecate ca și cum ar fi echivalente.

Tema sănătății publice este de strictă actualitate în prezentul context politic, deoarece presiunea venită din cercurile de interese economice a generat dorința de schimbare a actualului mod de organizare a sistemului sanitar. La solicitarea instituției prezidențiale, Ministerul Sănătății a inițiat la sfârșitul anului 2011 un proiect de Lege privind reforma în sistemul sanitar din România. Acesta prevedea reorganizarea spitalelor sub forma unor asociații sau fundații ori a unor societăți comerciale, într-un cuvânt privatizarea spitalelor publice, după ce în cursul aceluiași an 2011, au fost închise un număr de 65 de spitale declarate ca fiind nerentabile. Această teză a fost reluată recent de către Ministerul Sănătății și introdusă în agenda publică.

Protestele spontane ale populației din ianuarie 2012, în lipsa unei reacții ferme din partea societății civile, și motivul pentru care ele au fost declanșate, au demonstrat că sănătatea și funcționarea sistemului public de asistență medicală se numără printre preocupările principale și imediate ale cetățenilor. Cetățenii și-au manifestat în mod democratic opțiunea privitoare la sistemul public de sănătate, iar politicienii au obligația de a ține cont de aceasta și de a veni cu soluții ca sistemul public de sănătate din România să asigure accesul tuturor la servicii de calitate medicale.

Un act medical de calitate se poate obține, atât printr-un management riguros și eficient al calității actului medical în sine, cât și printr-o calitate crescută a managementului resurselor umane și materiale implicate în asigurarea sănătății populației. În contextul descentralizării administrării spitalelor și, prin aceasta, expunerii lor în fața influențelor politice locale și deciziilor, uneori discreționare, ale managerilor (care, din păcate, nu se dovedesc întotdeauna a fi în concordanță cu ce este necesar pentru un act medical de calitate), se simte nevoia existenței unui organism centralizat care să îndeplinească acest, putem să-l numim, control exercitat de către autoritatea centrală din domeniu, respectiv, Ministerul Sănătății.

Nu doar țările din fostul bloc comunist au realizat reforme în sectorul sanitar; măsuri de reformă, de mai mică sau mai mare anvergură au fost luate, practic, în ultimele două decenii, în toate țările membre ale Uniunii Europene. Studii recente legate de percepția populației asupra acestor reforme arată că, dintre toate reformele, oamenii sunt conștienți, în cea mai mare măsură, de cea din domeniul sanitar. Acest lucru se întâmplă probabil și pentru că se simt afectați personal în mod negativ de schimbările din acest domeniu mai mult decât de altele. Așadar, reformele din domeniul sanitar se află nu doar pe agenda guvernelor, ci constituie o preocupare importantă și pentru populația țărilor în care au loc¹⁴.

Conținutul reformelor actuale și propuse, este în concordanță cu procesul general de tranziție din România.

De-a lungul timpului au fost descrise mai multe tipuri de sisteme de sănătate cu anumite caracteristici organizatorice și de finanțare, având în vedere modul de colectare a fondurilor, plata medicilor și plata spitalelor¹⁵. Regăsim astfel în țările Europei Centrale și de Est sisteme de sănătate care au fost inspirate după ideile lui Semashko, datând din anii '20. În prezent, majoritatea țărilor din fostul bloc socialist sunt în perioada de tranziție spre sisteme de sănătate alternative. În Europa de Vest există două tipuri de sisteme de sănătate din Comunitatea Europeană și Asociația Europeană a Liberului Comerț: Sistemul de Sănătate tip „Beveridge” și de tip „Bismark”. În SUA, funcționează un alt model de sisteme de sănătate, bazat pe asigurări private, voluntare¹⁶.

¹⁴ Popa Adela Elena, *Medici și Pacienți – Două perspective asupra reformei și descentralizării din sistemul sanitar*, <http://www.revistacalitateavietii.ro>, p. 4.

¹⁵ A se vedea Constantinescu, D. A., Ungureanu, A. M., Ghenoiu, A., Rotaru, A., Popescu, D., Stoica, A., 2000, *Management comparat*, Ed. Colecția Națională, București; Hidoș, C., Hidoș, S., Hidoș, F., 1992, *Management-teorie și practică*, Ed. Romcart S.A. București; Busoi C.S., 2010, *Sisteme de sănătate*, Rev. Management în sănătate, XIV/2/2010.

¹⁶ A se vedea Văidean V.L., Mașca S., Cumpănașu E., 2010, *Studiu privind metodele clasice de finanțare a serviciilor de sănătate*, Revista de Studii și Cercetări Economice Virgil Madgearu, Anul III, Nr.1, Cluj-Napoca; Nistor I., 2008, *Sisteme de sănătate – studiu comparativ*, vol. Reforma sistemului asigurărilor sociale din România în vederea aderării la Uniunea Europeană, Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca; Murthy N.R.V., Ukpolo V., 1994, *Aggregate health care expenditure in the United States: evidence from cointegration tests*, Applied Economics 26 (8).

În România, domeniul sănătății este guvernat de o bogată legislație cu rol de reglementare. Sistemul legislativ de norme juridice se bazează pe prevederile constituționale naționale. De asemenea, sistemul legislativ național este completat și armonizat cu reglementări interne în concordanță cu regulamentele Parlamentului European și al Consiliului Europei, incidente domeniului. Uniunea Europeană completează și sprijină eforturile naționale ale țărilor membre în ceea ce privește cooperarea dintre state, iar Organizația Mondială a Sănătății oferă suport tehnic activității din domeniul medical prin sporirea gradului de complementaritate a serviciilor de sănătate.

Organismele cu rol hotărâtor în planificarea, coordonarea și finanțarea sistemului medical românesc sunt coordonate, subordonate sau se află sub autoritatea Ministerului Sănătății. Alți actori independenți Ministerului Sănătății, participanți în sistemul de sănătate sunt: Ministerul Justiției, ministerul Administrației și Internelor, Ministerul Apărării Naționale, Ministerul Agriculturii, Ministerul Transporturilor, Ministerul Educației Naționale, etc.

Alături de Ministerul Sănătății și Direcțiile de Sănătate Publică Județene, principalele structuri organizatorice implicate în sistemul de îngrijiri de sănătate sunt:

- Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Casele de Asigurări de Sănătate Județene și Casele de Asigurări ale unor ministere cu rețea proprie de unități medicale (Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului),

- Colegiul Medicilor din România și colegiile județene ale medicilor, precum și alte organizații profesionale similare (Colegiul Medicilor Dentști, Colegiul Farmaciștilor, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Ordinul Biochimicștilor, Biologilor și Chimiștilor),

- furnizori de servicii de sănătate individuale: cabinete medicale, spitale, centre de diagnostic și tratament, farmacii, laboratoare, alți furnizori (de asistența medicală de recuperare-reabilitare, de îngrijiri medicale la domiciliu, de servicii medicale de urgență și transport sanitar, furnizori de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu).

Responsabilitatea Ministerul Sănătății este de a dezvolta politica națională de sănătate, iar ca misiune are rolul de a implementa strategia și politica guvernului în domeniul asigurării sănătății și a reformei în sectorul sanitar.

În România, din analiza principalilor indicatori demografici se desprind următoarele concluzii:

- Populația României este în scădere și îmbătrânită; această tendință este înregistrată și în celelalte țări ale Uniunii Europene;

- Populația continuă să scadă constant încă din 1990 (de la 23 milioane de locuitori), ajungând în anul 2014 la 19,6 milioane de locuitori;

- Îmbătrânirea populației din România este consecința scăderii natalității, fertilității și mortalității;

- Natalitatea a înregistrat ușoare fluctuații, tendința generală marcând o scădere accentuată în perioada analizată;

- Afecțiunile cardiovasculare reprezintă principala cauză de mortalitate din România (507,85‰ – 2012), în scădere în ultimii ani având în vedere intervențiile în sănătate;

- Mortalitatea prin tumori înregistrează valori relativ mari ale acestui indicator, 182,18‰ (2012), tendința fiind în creștere, în timp ce în majoritatea țărilor Uniunii Europene acest indicator are un trend descendent;

- Mortalitatea prin cancer de col uterin este cea mai crescută din UE, având o tendință ascendentă semnificativă;

- Speranța de viață este considerabil mai mică decât media UE, cu toate că pe parcursul ultimelor trei decenii acest indicator a crescut continuu; la nivelul Uniunii Europene valoarea medie este de 80,58 ani în 2013, iar în România 74,69 (2012); diferența dintre femei și bărbați în ceea ce privește speranța de viață la naștere este mare în țările foste comuniste, printre care și România – 7,38 ani¹⁷.

Calitatea serviciilor medicale reprezintă o prioritate pentru toți actorii implicați în sistemul de sănătate: furnizorii de servicii medicale; consumatorii de servicii medicale; terț plătorii (instituții/organizații guvernamentale).

Conceptul de calitate include trei dimensiuni fundamentale:

- Calitatea profesională (standarde de practică) – profesioniștii din domeniul medical stabilesc condițiile pe care trebuie să le îndeplinească

¹⁷ Sursa WHO/Europe, European HFA Database.

produsul sau serviciul, implică competența tehnică (ghiduri de practică, protocoale clinice, măsuri de control al infecțiilor, integrarea serviciilor de sănătate);

– Satisfacția pacientului (așteptările pacientului), criteriu mai mult subiectiv, analizat din prisma pacientului: cum se simte, cum a fost tratat, cum i-au fost îndeplinite așteptările, dacă a avut posibilitatea să pună întrebări, etc.);

– Managementul calității totale (însurează calitatea serviciilor și calitatea sistemului) permite gestionarea resurselor în cadrul limitelor stabilite de autorități;

Responsabilizarea pacientului în păstrarea propriei sănătăți, prin obligativitatea efectuării controalelor medicale periodice și dezvoltarea serviciilor preventive, pot să ducă la o mai bună stare de sănătate a pacienților dar și la depistarea unor afecțiuni în stadiu incipient. Prin implementarea unor programe de screening derulate prin medicii de familie și medicii specialiști, dar și monitorizarea corectă a pacienților cu afecțiuni cronice, pot să rezolve principalele probleme de sănătate pe care azi le regăsim în sistemul de sănătate. Toate aceste servicii implică costuri mult mai mici decât cele pe care le regăsim în sistemul spitalicesc. Se impune cu precădere continuarea integrării și corelării serviciilor de sănătate prin dezvoltarea asistenței medicale primare, medicinei școlare, asistenței comunitare și a unităților medico-socială, în vederea degrevării spitalelor cu cazuri simple, care ar putea fi rezolvate în aceste unități, mult mai ieftin și cu aceeași eficacitate. Spitalele ar putea astfel gestiona mult mai bine, din punct de vedere financiar, cazurile grave, serioase, ce pun în pericol viața pacientului.

La noi în țară spitalele au suferit profunde modificări după anul 1990, ce au vizat restructurarea, descentralizarea, concomitent cu reducerea costurilor. Cele mai importante reforme la nivelul spitalelor au avut loc între 2009-2013.

Numărul de spitale publice în țara noastră a suferit minime modificări în perioada 1990-2010, când regăsim o medie de 425 de spitale. O scădere bruscă, de aproximativ 15% a numărului de spitale are loc în anul 2010, odată cu ampla reformă de restructurare a serviciilor spitalicești prin desființarea a 67 de spitale.

Numărul spitalelor private din România a cunoscut un trend ascendent după anul 2000.

Modificarea legislației, posibilitatea contractării de servicii cu CNAS, au dus în ultimii ani la creșterea numărului spitalelor private, dar și la o dezvoltare a acestor spitale. Numărul crescut al spitalelor private din ultimii doi ani analizați (2012-2014), este datorat restructurării spitalelor publice, regăsind unități din sistemul public care au trecut în sistemul privat. Numărul de spitale și Numărul de paturi în spitale este în continuă scădere atât în România cât și în țările UE. Comparativ cu țările UE, numărul personalului medical din România este redus însă acoperirea cu medici în România are o tendință de creștere în ultimii ani în ciuda masivei migrații a cadrelor medicale calificate către țări din occident. Durata medie de spitalizare înregistrează la nivel european un trend descendent la toate statele luate în studiu.

Centrarea sistemului de sănătate pe cetățean este un concept relativ nou pus în practică de câțiva ani și permite existența unui sistem de structuri dinamice și integrate care se pot adapta la nevoile populației luată ca întreg (comunitate) sau individual (pacient)¹⁸. Principiul acestui concept este personalizarea serviciilor medicale de sănătate furnizate și include:

– serviciile medicale sunt adaptate nevoilor de sănătate ale populației;

– sistemul de sănătate trebuie să fie capabil să încurajeze procesul de luare în comun a deciziilor, consumatorul de servicii devenind astfel un partener în stabilirea politicilor de sănătate;

– pacientul să nu mai fie un simplu utilizator de servicii de sănătate ci un consumator care să decidă ce este mai bine pentru propria lui sănătate, dar în același timp și o responsabilizare mai mare a acestuia.

Dezvoltarea în cadrul sistemului de sănătate a unei culturi a calității, va permite o îmbunătățire continuă a calității prin identificarea deficiențelor, corectarea și monitorizarea acestora. Calitatea înseamnă și existența unui sistem informațional care să permită asigurarea de feedback personalului medical, autorităților sanitare, dar și organizațiilor de pacienți. În acest sens se impune realizarea unei analize a percepției acestor categorii de persoane privind serviciile medicale.

¹⁸A se vedea Björnberg A., 2012, *Health Consumer Powerhouse*, Euro Health Consumer Index, 2012, disponibil online la www.healthpowerhouse.com/ehci.

Satisfacția angajaților este un important factor în obținerea unui comportament motivant (atitudine, convingere) al acestora. Cea mai importantă resursă în management este resursa umană, de aceea gestionarea optimă a resurselor umane reprezintă o adevărată provocare.

În prezent problema principală în managementul resurselor umane o reprezintă menținerea angajaților, personalului medico-sanitar în sistem, înțelegerea motivelor pentru care ei părăsesc organizația și soluțiile ce pot fi implementate pentru ca acești angajați să rămână în organizație¹⁹.

Climatul organizațional generat de misiunea, profilul, mediul intern sau extern al organizației, influențează de asemenea deciziile manageriale. În organizațiile medicale predomină stilul logic de învățare caracterizat prin rigurozitate și expertiză tehnică, ceea ce explică faptul că prin oferirea unor metode potrivite tipologiei angajaților poate fi modificat comportamentul organizațional.

Percepția pacientului în privința calității serviciilor medicale este una eminentă de ordin subiectiv. Pacientul, în cele mai multe cazuri, nu dispune de calificare și expertiza necesare unei evaluări obiective în privința calității intrinseci a actului medical privită din punct de vedere profesional. Pacientul evaluează serviciul medical în funcție de gradul său de confort psihic avut pe parcursul acordării serviciilor respective. Cel mai important factor pentru câștigarea încrederii pacientului în corpul medical este comunicarea.

În scopul eficientizării asistenței medicale spitalicești sunt realizate o serie de studii în vederea evidențierii principalelor probleme din sănătate și elaborarea de măsuri corespunzătoare. Am efectuat, de asemenea, un astfel de demers, pentru a pune la dispoziția factorilor decidenți, informații privind calitatea și accesibilitatea serviciilor de sănătate, problemele existente, impactul politicilor și al intervențiilor din domeniul sănătății, privite din prisma managerilor de spital, personalului medical și al pacienților.

S-a realizat o analiză a percepției actorilor implicați în acordarea serviciilor medicale: personal medical, pacienți, autorități publice cu responsabilități în domeniu. Astfel, efectuat o

cercetare sociologică privind sondarea încrederii populației în calitatea serviciilor medicale, așteptările referitoare la nevoile cărora trebuie să răspundă sistemul sanitar din perspectiva autorităților responsabile, din perspectiva cetățenilor beneficiari ai serviciilor de sănătate publică dar și a personalului medical. S-a analizat în ce măsură reformarea sistemului de sănătate reprezintă o prioritate la acest moment în țara noastră și în ce fel a fost percepută descentralizarea serviciilor medicale de către stakeholderii mai sus amintiți. Cercetarea și-a propus să afle un răspuns la întrebarea: trebuie continuate măsurile de descentralizare a serviciilor de sănătate publică? ori dimpotrivă ar fi mai eficientă revenirea la sistemul centralizat pentru oferirea acestor servicii.

Scopul principal al studiului a fost identificarea celor mai relevante obiecții ale managerilor de spital, personalului medical și ale pacienților, în raport cu serviciile medicale.

Obiectivele principale ale studiului, în evidențierea factorilor care determină performanța funcțională a spitalelor precum și principalele probleme, au fost:

- identificarea accesibilității și adresabilității la unitatea spitalicească
- evaluarea principalelor aspecte privind calitatea serviciilor acordate/primate
- analiza unor aspecte privind îmbunătățirea cadrului legislativ
- evaluarea gradului de satisfacție al furnizorului și consumatorului de servicii de sănătate
- compararea percepției asupra serviciilor medicale public-privat.

Cercetarea sociologică a fost bazată pe un studiu de tip cantitativ, tip chestionar, administrat de operatorul de interviu.

Studiul s-a efectuat în perioada februarie 2014 – august 2015. Selecția participanților pentru cercetare a fost parțial randomizată. Au fost distribuite 1500 de chestionare: 56 personalului de conducere; 722 personalului medical; 722 pacienților.

Din cele 1500 de chestionare au fost completate corect doar 1.240 de chestionare astfel analiza a fost efectuată pe cele 1.240 chestionare valide. Personalul medical interviuat lucrează în proporție de 93,60% în spitale de stat, cei cu vârsta sub 40 ani au reprezentat 42,05% din totalul personalului medical. Vârsta medie a fost de

¹⁹A se vedea Aubrey C., Daniels M., 2007, *Managementul performanței: strategii de obținere a rezultatelor maxime de la angajați*, Ed. Polirom, Iași; a se vedea și Ciobanu I. 2009, *Managementul strategic al resurselor umane*, Ed. Polirom Iași.

44,32±8,41 ani. Raportul bărbați/femei a fost de 1:1,6, iar cel urban/rural de 3,0:1.

Aproape jumătate dintre personalul medical au avut studii universitare sau postuniversitare (48,45%), din care 192 sunt medici, 68 asistenți medicali și 5 biologi și biochimisti.

Pacienții intervievați au provenit în procent de 93,56% din spitalele publice.

Aproape 70% dintre pacienți au avut vârste peste 50 ani (68,76%), vârsta medie fiind de 58,49±9,33 ani. Rapoartele bărbați/femei și urban/rural au fost de 1,1:1. Jumătate dintre pacienți au avut studii liceale (50,08%) _ i peste 50% au fost pensionari (51,49%).

Din analiza acestor chestionare putem structura câteva tipuri de percepții semnificative pentru valoarea lor științifică întrucât interpretarea acestor rezultate poate să ne ofere o imagine relevantă privită din perspectiva tuturor celor trei tipuri de actori implicați:

– motivele pentru care au ales spitalul în care lucrează/s-au internat, au fost:

– reputația spitalului (60,71%) pentru personalul de conducere;

– loc de muncă stabil (91,04%) și reputația spitalului (57,95%) pentru personalul angajat;

– localizarea (64,52%), recomandarea medicului (48,82%) și competența personalului (34,69%), pentru pacienți;

– prestigiul spitalului, aspectul clădirii sunt considerate importante și foarte importante de aproximativ 80% din personalul medical și doar aproximativ 35-50% pentru pacienți.

Din punct de vedere al dotării spitalului, am obținut următoarele răspunsuri:

– majoritatea personalului de conducere (57,14%) nu au achiziționat aparatură performantă în ultimul an; asigură materiale consumabile (64,29%), asigură medicamente (85,71%) și reactivi pentru analizele medicale (89,29%), iar 71,43% consideră că nivelul prețului este rezonabil în raport cu calitatea primită.

– personalul medical acordă o importanță deosebită riscurilor minime profesionale (76,79%), existența de medicamente și materiale sanitare (70,38%) și aparaturii medicale moderne (42,41%).

– pacienții acordă importanță promptitudinii analizelor și examinărilor (86,87%), existența de materiale sanitare (83,99%), servicii de calitate

indiferent de acordarea de atenții personalului medical (76,14%).

Percepția în privința condițiilor igienico-sanitare și serviciilor acordate a fost:

– pentru personalul de conducere curățenia este bună și foarte bună (71,43%), există substanțe dezinfectante (64,28%) și lenjeria de pat corespunzătoare (78,36%);

– personalul medical apreciază bune și foarte bune serviciile medicale acordate pacienților (79,97%), 66% ar apela în calitate de pacient la serviciile spitalului;

– pacienții apreciază pozitiv curățenia din spital și aspectul saloanelor (80%), fiind însă mai puțini mulțumiți cu lenjeria de pat (48,51%) și promptitudinea servirii mesei (5,49%)

Din punct de vedere financiar am obținut următoarele răspunsuri:

– 64,29% din personalul de conducere consideră finanțarea insuficientă, autoritățile locale nu au contribuit semnificativ la finanțarea unității; 64,28% declară depunerea de proiecte în vederea obținerii de fonduri europene, iar 28,57% l-au implementat;

– personalul medical consideră important și foarte important nivelul salarizării (87,93%), acordarea tichetelor de masă (94,15%);

În ceea ce privește îmbunătățirea cadrului legislativ, am obținut următoarele rezultate:

– 75,56% din personalul de conducere, 80,26% din personalul medical și 90,89% din pacienți, consideră că nu ar fi mai eficientă administrarea privată a fondurilor publice de asigurări de sănătate;

– 75% din personalul de conducere, 7,86% din personalul medical și 35,32% din pacienți, consideră că ar fi utilă transformarea spitalelor în fundații de interes public,

– 53,58% din personalul de conducere, 87,02% din personalul medical și 81,95% din pacienți, nu sunt de acord cu privatizarea unităților sanitare publice,

– 92,86% din personalul de conducere, 16,63% din personalul medical și 19,47% din pacienți, sunt de acord cu desființarea unităților sanitare neperformante;

– aproximativ 75% din personalul de conducere și medical consideră că nivelul de salarizare este un factor de stabilizarea personalului medical într-o unitate sanitară;

– personalul medical este mulțumit și foarte mulțumit cu privire la serviciile acordate în spital (95%), au încredere în spital (91,04%) și ar apela la serviciile spitalicești în calitate de pacient (81,17%);

– pacienții sunt mulțumiți și foarte mulțumiți de serviciile acordate în spital (80%), au încredere în spital (81,79%) și ar apela la serviciile spitalicești în viitor (84,46%);

– 96,43% din personalul de conducere, 87,02% din personalul medical și 64,05% din pacienți, declară că drepturile pacienților sunt respectate.

Percepția asupra îngrijirilor medicale din instituțiile private este următoarea:

– 78,57% din personalul de conducere și 88,12% din personalul medical consideră că spitalele private care au contract cu CNAS fac o concurență inadecvată spitalelor publice;

– majoritatea consideră faptul că conlucrarea asigurărilor private cu cele obligatorii de asistență medicală ar aduce beneficiu unităților medicale (96,43% – personal de conducere, 80,62% – personal medical);

– 75% din personalul de conducere și doar 40% din personalul medical, consideră că asigurările private de sănătate pot soluționa unele probleme din unitățile sanitare;

– pacienții recomandă spitalele private în proporție de 15,54%, datorită în special costurilor crescute, cu toate că evaluează aceste servicii ca fiind bune și mult mai bune (70%).

Pe baza cercetărilor efectuate, coroborate cu cele mai recente date din literatura de specialitate, considerăm utilă formularea unor recomandări în vederea îmbunătățirii acordării asistenței medicale spitalicești. Aceste intervenții trebuie să vizeze principalele domenii de activitate economico-socială, efectuându-se în plan legislativ, coroborat cu cel educațional, socio-economic și medical. Strategiile de intervenție trebuie conturate la toate nivelele de resurse disponibile ale spitalului: umane, financiare și materiale.

Principalele probleme identificate în urma analizei efectuate sunt: modificările legislative

frecvente, care fac imposibilă elaborarea unei strategii pe termen lung a spitalului; autonomia managerială scăzută, care duce la scăderea capacității spitalului de a răspunde prompt la schimbările sociale și de piață ce se află în continuă schimbare; finanțarea activității spitalicești nu stimulează utilizarea eficientă a fondurilor alocate și a creșterii calității serviciilor medicale; migrarea personalului medical datorită veniturilor reduse generate de lipsa unor criterii clare pentru aprecierea performanței și a unor politici coerente de personal pe termen mediu și lung; dotarea tehnică a unităților spitalicești datorită lipsei unui plan național pe termen mediu și lung a serviciilor medicale spitalicești.

Pentru a rezolva aceste probleme se impune adaptarea legislației existente, dar și accelerarea procesului de finalizare a proiectelor aflate deja în curs. Principalul act normativ vizat este Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

Propunerile de ordin general care vizează îmbunătățirea serviciilor medicale spitalicești ar putea fi concluzionate astfel: crearea unor clustere în sănătate (spitale, universități de medicină, autorități publice locale) în vederea creerii unor politici locale sau regionale cu scopul de a acorda servicii de sănătate specifice populației deservite; integrarea serviciilor medicale pe toate nivelele și dezvoltarea serviciilor de asistență medicală comunitară integrată și asigurarea acestor servicii de furnizori de servicii comunitari (echipă multidisciplinară); modificarea statutului spitalului public, pentru o mai mare autonomie și flexibilitate în asigurarea unui management eficient; salarizarea personalului medical pe criterii de performanță; organizarea de achiziții publice centralizate în vederea combaterii fraudei în procedura de achiziții publice; precum și responsabilizarea pacientului privind propria sănătate, prin introducerea de obligații și responsabilități în Legea 46/2003 privind drepturile pacientului și modificarea titlului acestei legi, în sensul de a reflecta aceste responsabilități, spre exemplu Legea drepturilor și responsabilităților pacientului.