

**Întărirea controlului Consiliilor Județene și Locale asupra rețelei spitalicești după iulie 2010 pune autoritățile locale în fața unor opțiuni dificile, crede SAR**

# DESCENTRALIZAREA SPITALELOR

## Tendințe și soluții în județul Dâmbovița



Managementul majorității spitalelor din România trece decisiv în curtea autorităților locale alese, în special a Consiliilor Județene. Pentru un județ cu o rețea relativ redusă, ca Dâmbovița, dar și cu câteva unități monoclinice speciale, aceasta este deopotrivă o dificultate și o șansă de a adapta mai bine sistemul la nevoile clienților.

În România, o dată cu debutul creșterii economice la începutul anilor 2000, resursele de stat și private alocate sănătății au crescut semnificativ, pornind, este drept, de la un nivel foarte scăzut. Piața a oferit timp de câțiva ani oportunități interesante pentru spitalele publice, antreprenorii privați din sector sau firmele din industria farmaceutică, pornindu-se de la un consum mic de servicii la începutul anilor 2000, cu potențial de creștere rapidă.

Cu toate acestea deși eforturile financiare ale statului român pentru finanțarea asistenței medicale au crescut considerabil după 2000, atât în cifre absolute cât și procentual, aproape toate veniturile și cheltuielile

**Fig. 1. Starea de sănătate în România, comparativ**

	Speranța de viață	la 100,000 loc				
		Rata mortalității	TBC	Hepatita A	Hepatita B	Spitalizări cu infecții /paraziți
BG	72.8	1,046	37.2	36.6	9.8	798
<b>RO</b>	<b>73.5</b>	<b>964</b>	<b>104.9</b>	<b>23.1</b>	<b>3.4</b>	<b>1,059</b>
PL	75.5	836	21.0	0.1	1.0	428
CZ	77.1	767	7.7	1.2	3.0	498
SLO	78.5	669	10.5	0.7	0.8	446
FIN	79.7	602	5.7	0.3	0.5	741
GER	79.9	604	5.6	1.1	1.2	543
UK	79.9	597	12.9	0.6		
AUT	80.7	557	9.8	1.7		794

Sursa: OMS HFADB

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.

### 1. Situația actuală a sistemului: ce preiau autoritățile locale?

Deși resursele publice alocate sănătății au crescut în timp (de la 1.5 bn€ în 2000 la 5.7 în 2008), calitatea serviciilor medicale nu a urmat același trend, ceea ce ne face să credem că, pe lângă subfinanțarea cronică, reală, există încă ineficiențe și risipă în sistem. Ca pondere în PIB, deși a crescut ușor de la 3.4% din PIB în 2000, la 4.2% în 2008, ponderea cheltuielilor publice cu sănătatea reprezintă în continuare abia jumătate din cât se cheltuiește în UE-15 (7.3% din PIB).

Iar dacă problemele cronice ale sistemului românesc de sănătate nu erau de ajuns, peste toate acestea se adaugă azi și criza: am avut în 2009 cel mai mic buget pentru sănătate din ultimii nouă ani. A fost primul an în cu scădere netă a pieței de medicamente și servicii medicale private, atât ca volum cât și ca

număr de pacienți tratați. În termeni reali, alocarea de fonduri publice pentru sănătate în 2009 a scăzut cu cca 30% față de anul precedent, din cauză că s-au alocat doar 3.2% din PIB pentru sănătate, în condiții în care chiar PIB-ul a scăzut accentuat. Iar în 2010, bugetul prognozat pentru sănătate, dacă nu apar rectificări de ultim moment pe trimestrul IV, va ajunge la 3% din PIB.

Nu doar comparația cu alte state ale UE este îngrijorătoare a sănătății și a sistemului de sănătate din România, ci și cea între diferite regiuni ale țării și între diferite grupuri sociale relevă discrepanțe majore în accesul la servicii de sănătate. După cum o arată chiar documente oficiale, în anumite zone densitatea personalului medical este mai mică de 50% din media pe țară, iar mediul rural în general este dezavantajat atât în ce privește accesul la servicii, cât și indicatorii de bază ai stării de sănătate, igienico-sanitare și ai stilului de viață în general<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> *Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului*. Raportul comisiei prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România, 2008.

După cum o arată Fig. 1, România combină în mod nefericit inechitatea teritorială și socială a accesului la servicii cu o cazuistică medicală combinată, având incidență mare deopotrivă la:

- boli specifice societăților moderne, dezvoltate (cardiovasculare, cancere, boli de nutriție),
- cât și la patologii ale subdezvoltării (TBC, infecții cu paraziți, boli cu transmitere sexuală, mortalitate infantilă).

Toți acești factori trebuie avuți în vedere când se discută reforma rețelei de servicii medicale într-un județ predominant rural ca Dâmbovița. Aici factorii economici și sociali sunt determinanți în prognoza stării de sănătate și a accesului, și mai puțin cei de izolare geografică.

**A.** Probabil cea mai mare problemă în sectorul de sănătate o reprezintă lipsa unor criterii clare de stabilire a priorităților pentru cheltuirea resurselor de la buget pentru sănătate. În tot sectorul, sistemul public de asigurări de sănătate acoperă **o gamă prea extinsă de cheltuieli și servicii medicale**, disponibile însă oricărui asigurat „în măsura fondurilor disponibile”. Cum fondurile disponibile sunt mult mai mici decât necesarul pentru a acoperi toată gama de servicii și medicamente asigurate, apare un exces de cerere, concurență între pacienți, și uneori, implicit, corupție.

Mai multe rapoarte ale Băncii Mondiale arată că:

- se cheltuiește disproporționat de mult pe tratamentele în spital: în 2008, 45% din bugetul CNAS față de sub 40% în țările OECD;
- se investește foarte puțin în medicina primară (8%);

- iar medicamentele ocupă o pondere relativ mare în totalul cheltuielilor Casei.

**B.** Procentul mare al cheltuielilor cu medicamentele față de cele cu serviciile medicale în bugetul Casei nu arată neapărat că se cheltuiește prea mult pe medicamente, ci poate fi la fel de bine un semn că **se alocă prea puțin pentru servicii medicale**.

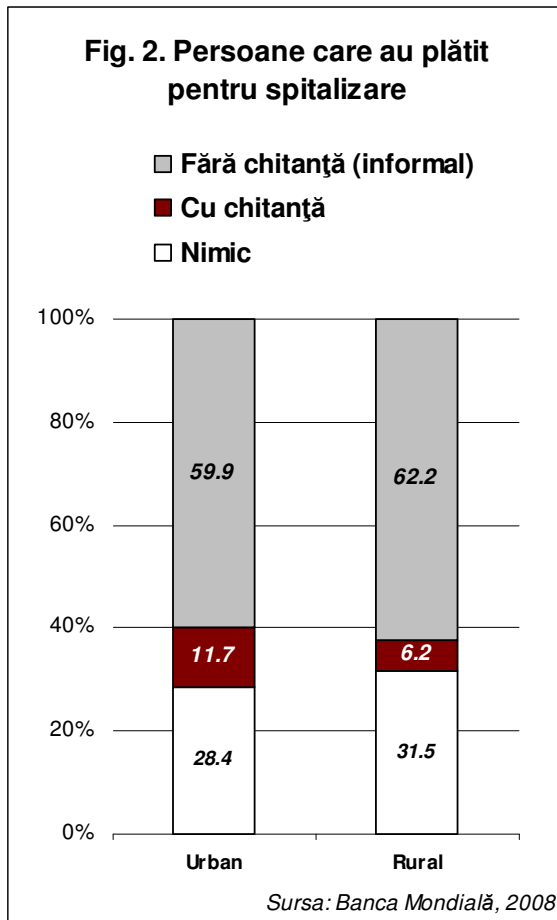
Altfel spus, serviciile medicale sunt subfinanțate de la buget într-o măsură mai mare decât medicamentele.

Această subfinanțare se poate intui și din incidența mare a plăților informale către medici și asistente. Aceasta arată că există o cerere mai mare decât serviciile pe care le poate acoperi Casa, o subfinanțare cronică a serviciilor promise de sectorul public, ceea ce duce la competiție între pacienți.

Aproape 60% dintre respondenții anchetei Băncii Mondiale pe bugetele de familie în 2008 declară că au făcut plăți informale în perioada de spitalizare (Fig. 2). Această modalitate de plată este dăunătoare nu doar pentru integritatea și moralul personalului medical, dar și prin efectele sale de redistribuție socială: ea duce la o reducere a accesului la servicii în special a grupurilor vulnerabile.

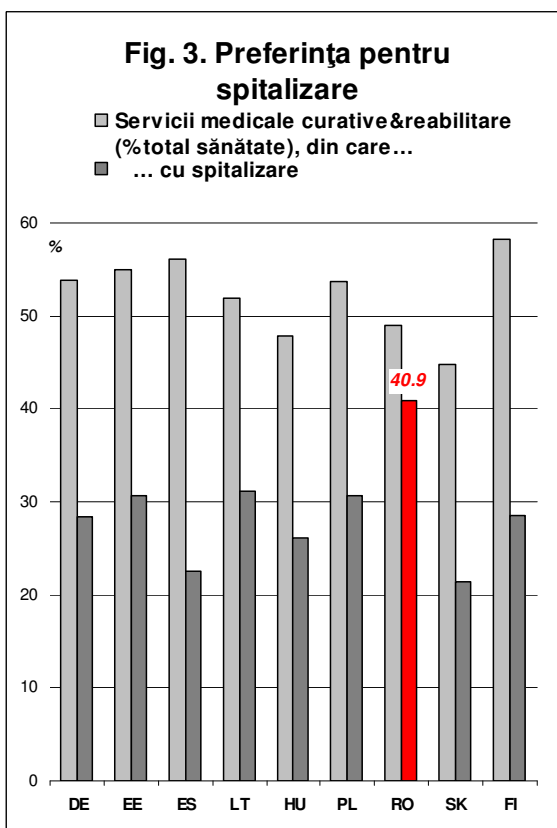
Dacă ne uităm la totalul cheltuielilor cu sănătatea, din bani publici și privați, se vede că nu cheltuim disproporționat de mult pe medicamente față de servicii medicale în comparație cu alte țări. **România consumă per total (public și privat) semnificativ mai multe resurse pentru servicii în spital decât alte țări din UE** (Fig. 3) în timp ce ponderea medicamentelor în totalul cheltuielilor de sănătate e apropiată de cifrele din celelalte țări comparabile (Ungaria, Polonia).

**Un județ rural ca Dâmbovița simte acut distorsiunile din rețea și inechitățile de rețea, acces și plăți informale**



**C. Marea problemă este însă aceea că nu există criterii clare de stabilire a priorităților pentru servicii și medicamentele finanțate din bugetul public și o cuantificare clară a manevrelor medicale.** Lipsa acestor criterii de prioritizare a dus de-a lungul timpului la ineficiențe incredibile: unele studii (de pildă, Raportul Comisiei Prezidențiale pe sănătate citat) arată că 8% din pacienți beneficiază de 70% din resursele publice alocate în sectorul farmaceutic.

Lipsa ghidurilor terapeutice cu instrucțiuni clare cu privire la ce se face cu un pacient într-o situație dată este o problemă corelată. De pildă, dacă un pacient are un cancer osos și i se fracturează piciorul, într-o țară civilizată există o procedură standard de tratament, în care se detaliază toate operațiunile, inclusiv modul de transport, responsabilitățile celor doi medici (oncolog și ortoped), ale brancardierilor și asistenților medicali, medicamente utilizate, unde stă pacientul internat și cine îl transferă cu targa dintr-un loc în altul.



La noi, respectarea unor astfel de proceduri e imposibilă, din lipsa cronică a resurselor care să permită urmarea unei proceduri de la cap la coadă; relațiile dintre cei doi medici se rezolvă prin mica înțelegere deoarece amândoi sunt supraîncărcați („îți trimit un pacient, ai puțin timp să-l vezi?”), prin improvizații („nu merge telefonul spitalului, sun de pe mobilul meu”) și cârpeli („n-am targă, se sprijină de brancardier”).

Întreg actul medical se desfășoară într-o atmosferă de informalitate de neconceput într-o țară în care serviciile publice funcționează după niște reguli. Ca efect imediat, relațiile dintre medici devin prea „neoficiale” ca să se mai poată penaliza eficient unii pe alții într-un caz de malpraxis, de pildă, prin asociații profesionale de tipul Colegiului Medicilor, iar tratamentul cu medicamente urmează aceleași reguli improvizate.

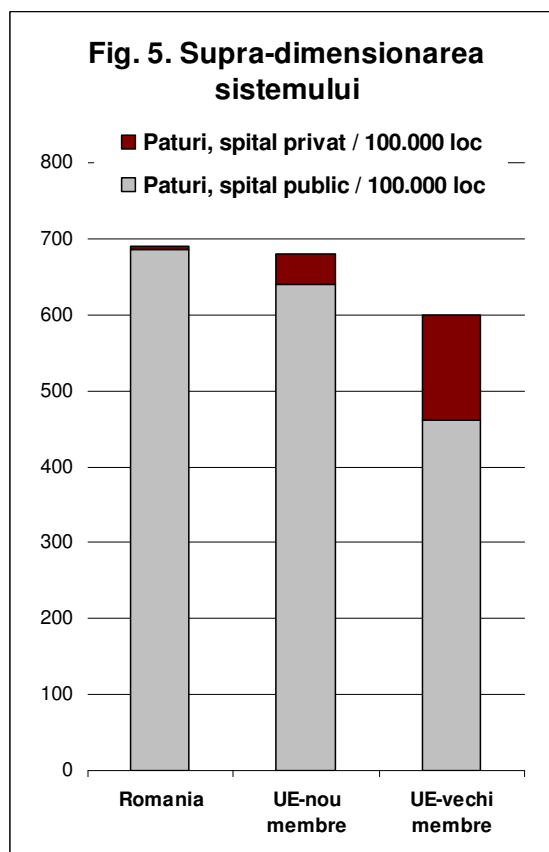
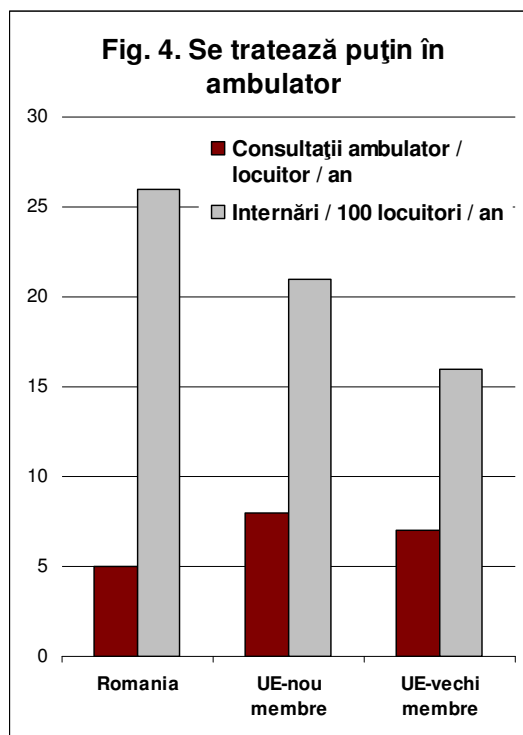
**D. Există un vădit dezechilibru al alocării resurselor către sectorul spitalicesc public**, care consumă cam jumătate din bugetul Casei naționale de Asigurări de Sănătate (și peste 51% în 2009), fără a socoti fondurile separate alocate de Minister pentru investiții. Aceasta reprezintă mult peste media de 40% de alocări pentru spitale în Uniunea Europeană<sup>2</sup>, deși sumele absolute la care se ajunge în final nu sunt mari, și corespunde uneia din cele mai mari rate de internări din UE (din nou, Fig. 3).

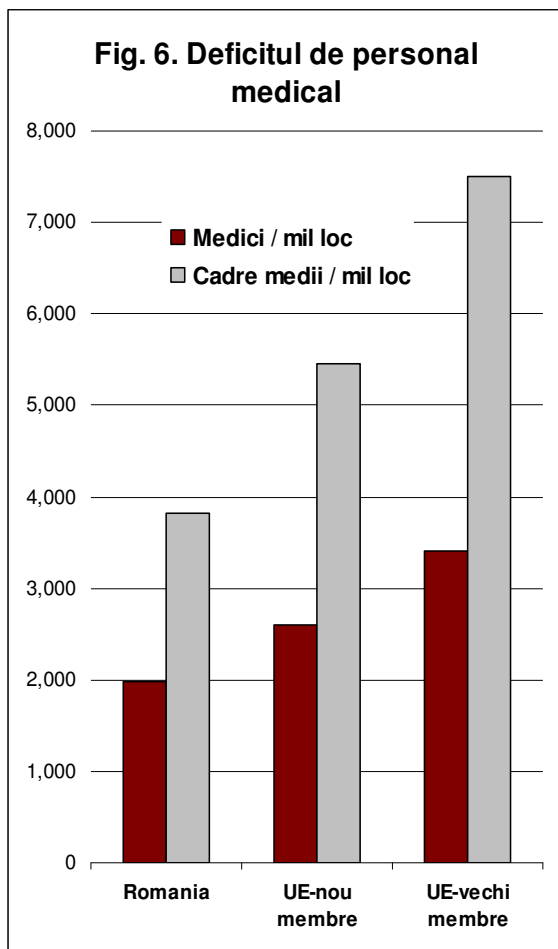
Cu alte cuvinte, per total sectorul asistență medicală este sub-finanțat, dar în interiorul său resursele sunt dirijate prost. Prevalența tratamentelor intra-spitalicești are loc vădit în defavoarea asistenței ambulatorii și medicinei primare (Fig. 4), care sunt relativ subfinanțate. Aceasta duce la o creștere inutilă a costurilor de tratament, aglomerare a unităților specializate și la cunoscutele goluri de finanțare din trimestrul IV al fiecărui an.

Evaluări comparative internaționale arată cât de distorsionată este această formă de organizare a asistenței medicale: un studiu-pilot pentru pregătirea aplicării sistemului DRG a arătat că în spitalele românești vizate, 57% din paturile existente nu erau necesare, dacă se lua ca reper structura unui eșantion similar de spitale din SUA<sup>3</sup>. Numărul de paturi existente rămâne încă mare comparativ cu statele UE vechi- sau nou-membre, iar folosirea lor eficientă este cu atât mai

<sup>2</sup> Ministerul Sănătății – Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor, 2010-2012

<sup>3</sup> Raportul Băncii Mondiale privind *Strategia Națională de Raționalizare a Serviciilor Spitalicești*, Ray Blight pentru Ministerul Sănătății, 2003.





îndoielnică cu cât ele se găsesc aproape în totalitate în sistemul public (Fig. 5).

De asemenea, în 2006 se constata că nouă din cele 20 DRG cele mai frecvente (acoperind 15% din tratamentele în secțiile de acuți ale spitalelor românești) s-ar fi putut foarte bine trata în ambulator. În plus, numai 25% (!) din prezentările la serviciile de urgență ar fi fost într-adevăr justificate<sup>4</sup>.

**E. Sistemul spitalicesc este încă extrem de rigid,** în ciuda faptului că mai nou finanțarea se face în formula plată-per-servicii. În condițiile în care atât grilele de salarizare cât și normativele de personal sunt specificate în detaliu de regulamente naționale, un manager

<sup>4</sup> Health in Transition – Romania, 2008.

de spital are destul de puțină libertate reală de decizie. Urgența numărul unu la nivel de unitate este totdeauna acoperirea salariilor, care ajung la 65% - sau trec de 70% la anumite spitale din Dâmbovița, dar și din alte județe (vezi secțiunea următoare, Fig. 13), iar apoi restul se acoperă cu ce mai rămâne.

**F. Managementul resursei umane este inadecvat,** atât la nivel de rețea cât și la nivel de spital. Deși România are o densitate de medici și cadre medii la mia de locuitori mult sub media UE – iar plecările din sistem sunt în creștere, nu în reducere – gestionarea acestei resurse scumpe se face neglijent (Fig. 6).

La nivelul sistemului, salariile sunt mai scăzute decât o recomandă un *benchmark* internațional: estimările OECD arată că salariul normal al unui medic specialist ar trebui să fie cam de trei ori salariul mediu național<sup>5</sup>; în România proporția este cam 1.5-2 și nu pare să atingă standardul nici în urma aplicării noii legi a salarizării unice. Există o foarte slabă legătură între performanța efectivă a actului medical și recompensa bănească, în special pentru medicii tineri. Procesul de formare profesională continuă și specializare post-universitară se desfășoară mai curând aleator, la inițiativa beneficiarilor înșiși.

**În România se face exces de spitalizare costisitoare, în comparație cu alte state UE**

La nivel de unitate spitalicească, nu s-a reușit corectarea structurii de personal moștenite în care personalul non-medical – e drept, prost plătit – are o pondere foarte mare. Pentru județul Dâmbovița, câteva repere internaționale sunt date în secțiunea următoare.

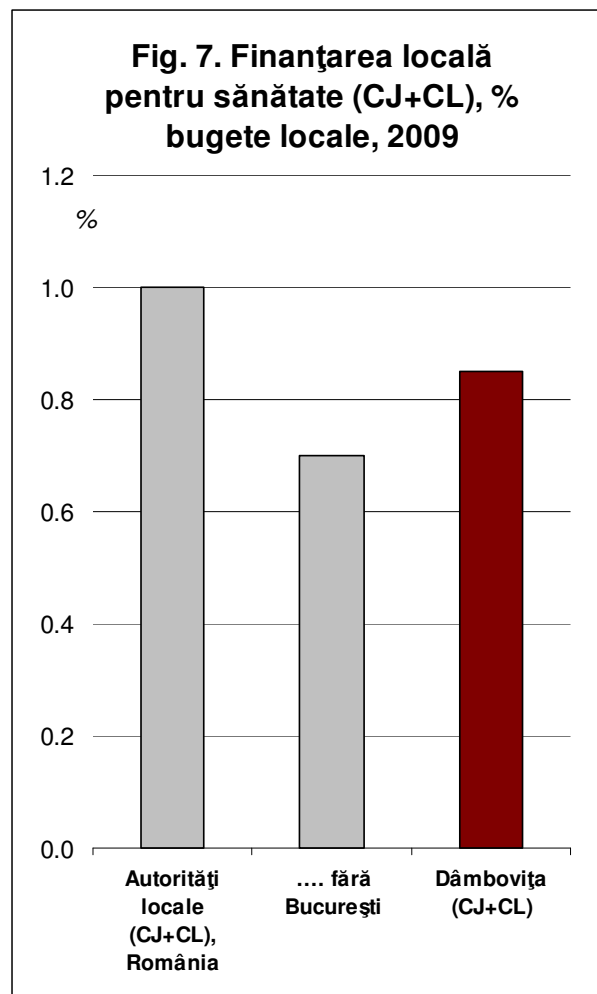
<sup>5</sup> *Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului.* Raportul comisiei prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România, 2008.

**G. Este foarte dificilă în actuala structură coordonarea serviciilor de sănătate într-o anumite arie geografică**, cu asigurarea urmăririi pacientului și continuității actului medical. Nu este bine instituționalizată cooperarea continuă a asistenței primare cu cea spitalicească, și a ambelor cu serviciile de îngrijire de lungă durată, de îngrijire la domiciliu, cu medicina paleativă, cu programele de prevenție sau cu serviciile de asistență socială ale autorităților locale. Sistemul de finanțare actual nu încurajează – iar pe alocuri chiar penalizează – asemenea abordare integrată sau echipele multi-disciplinare.

Reformarea acestei structuri cu probleme de tip A-G este dificilă atâta vreme cât regulile actuale de finanțare leagă atât sumele alocate, cât și numărul de personal de caracteristicile fizice ale spitalului și de o anumită repartizare moștenită a capacității clinice pe specialități. Se ajunge astfel la perpetuarea – sub aparența unor sisteme moderne și obiective de finanțare – a bugetelor istorice ale spitalelor, față de care se fac anual mici corecții impuse de constrângerile resursei disponibile la nivelul Casei și Ministerului.

Obiectiv vorbind, va fi foarte dificil ca doar procesul de descentralizare al rețelei spitalicești, chiar dacă ar fi fost mult mai bine pregătit, să rezolve aceste distorsiuni de sistem care vin din timp. Instrumentele de care dispun în momentul de față autoritățile locale permit doar intervenții parțiale – și nu totdeauna asupra cauzelor reale ale ineficiențelor în furnizare.

De altfel, până în prezent interesul autorităților locale pentru sectorul asistență medicală a fost unul scăzut – și pe bună dreptate, pentru că nu aveau nici o pârghie reală de decizie în sistem. Acest interes scăzut s-a manifestat și în nivelul finanțării, insignifiant, acordat direct dse



Consiliile Județene și cele locale unui domeniu de activitate pe care nu îl percepeau ca fiind "al lor" (Fig.7 – Dâmbovița fiind însă un pic peste media națională în această privință, după cum se vede).

O dată cu pasul înainte pe calea descentralizării făcut în vara acestui an (prin *Ordonanță de Urgență nr. 48/2010 pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul sănătății în vederea descentralizării*; și *Hotărârea Guvernului nr. 529/2010 pentru aprobarea Listei spitalelor pentru care se menține sau se transferă managementul asistenței medicale la autoritățile administrației publice locale și la Primăria Municipiului București*) autoritățile locale au primit un rol sporit în administrarea rețelei spitalicești. În paralel, s-au făcut eforturi pentru acoperirea datoriei restante și restructurarea parțială a

spitalelor, prin reducerea a aproximativ 9200 de paturi la nivel național în 2010.

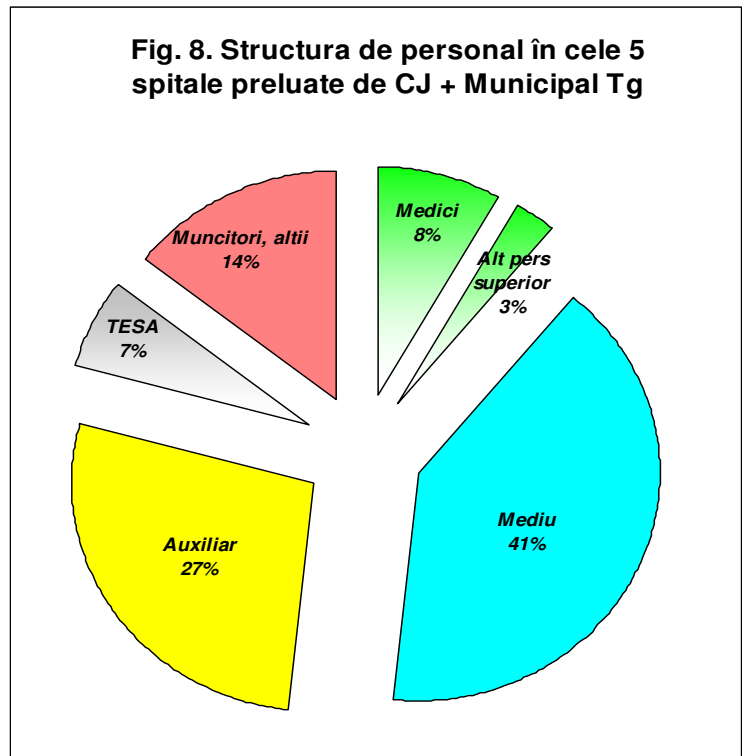
Mișcarea se bazează pe autoritățile locale ca pe un factor potențial de raționalizare a mecanismelor și cheltuielilor – unul obișnuit să gândească "orizontal", prioritizând între sectoare și având interesul clienților (pacienții) pe primul plan. De asemenea, reforma mizează pe capacitatea autorităților locale de a prioritiza cheltuielile curente, de gestionarea mai bine investițiile, inclusiv prin întărirea sistemului de achiziții publice, și de a atrage în sistem resurse suplimentare din afară, mult mai bine decât o putea face până acum managementul de spital.

Până la materializarea acestei șanse este însă un drum de parcurs. În cazul județului Dâmbovița acest drum nu se arată a fi unul simplu, din cauza situației moștenite.

## 2. Situația în Dâmbovița

Fără a fi cel mai sărac județ al țării în ce privește rețeaua sanitară, județul Dâmbovița este totuși sub media națională ca disponibil de cadre medicale cu pregătire superioară și medie. Astfel, o comparație între Fig. 9 și Fig. 10 arată că în vreme ce la densitatea de paturi de spital intensive județul Dâmbovița se situează în cvintila medie națională, în ce privește cadrele medicale – și în special medicii – el se află la baza piramidei.

Cu alte cuvinte, una din prioritățile noilor decidenți trebuie să fie atragerea și/sau reținerea cadrelor medicale în sistemul public, pentru că în lipsa acestora nici o cheltuială suplimentară pe consumabile sau investiții nu va da rezultate. Deși nivelul salariilor nu poate fi direct controlat de Consiliul Județean, se pot imagina strategii motivaționale de altă natură pentru a rezolva măcar



parțial problema, după cum se va arăta în secțiunea 4.

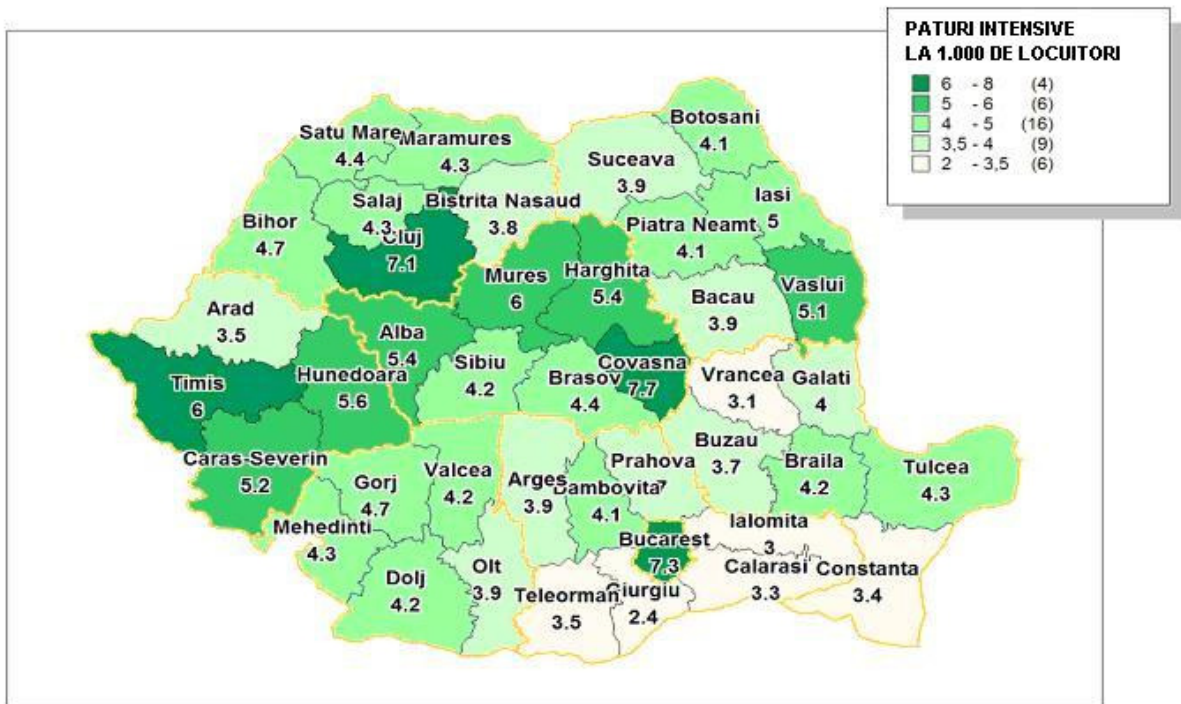
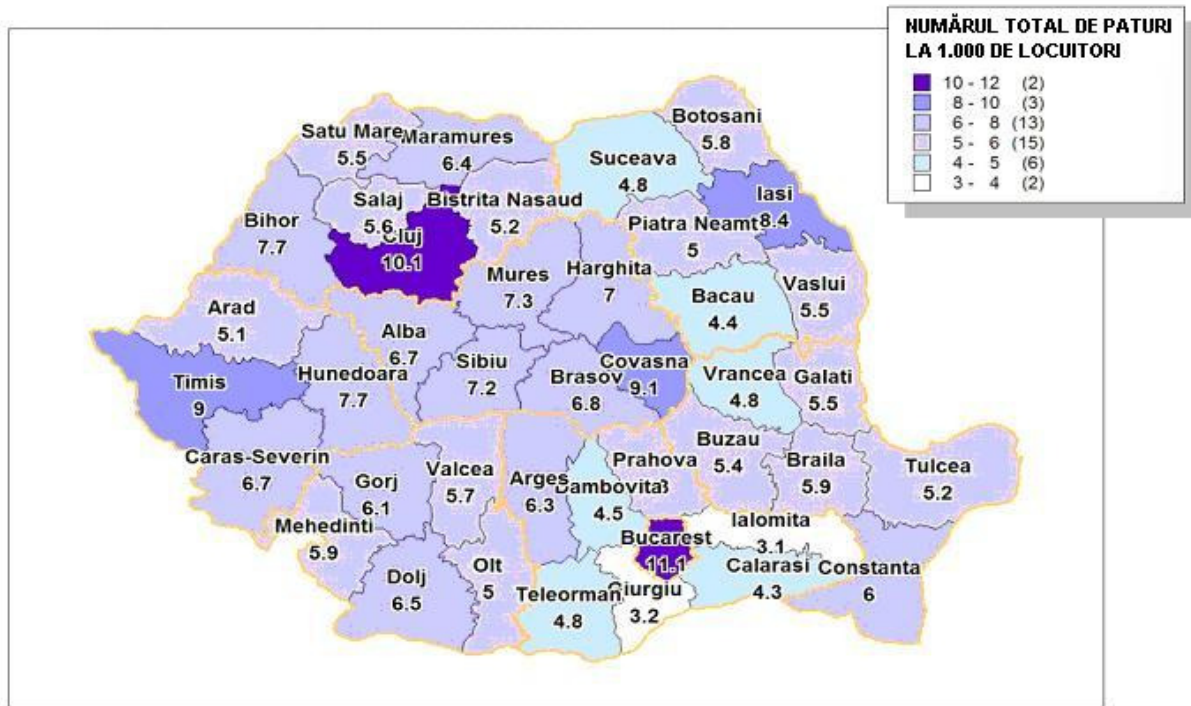
Chiar și fără a dispune de mare bază comparativă internațională, Fig. 8 (total angajați în cele cinci spitale din subordinea CJ, la care s-a adăugat Spitalul Municipal Târgoviște) arată că în sistem există o problemă atâta vreme cât aproape jumătate din angajați o reprezintă personalul non-medical – TESA, auxiliari și muncitori – în timp ce performanța bună, chiar și pe actualele formule de finanțare cu ICM și TCP, o dă în primul rând prestația personalului medical. Cheltuiala de personalul non-medical se ridică la peste 31% din total pe cele șase unități spitalicești.

Spitalul Județean de Urgență stă un pic mai bine la acest capitol (Fig. 11), dar nu cu mult, iar acest lucru este important, din cauză că ponderea sa este foarte mare (în toate sensurile) în rețeaua subordonată Consiliului Județean. Chiar și aici numărul de angajați este mare, în special raportat la numărul de paturi, în

**În rețeaua CJ  
Dâmbovița  
cheltuielile cu  
personalul non-  
medical reprezintă  
31% din total  
salarii**

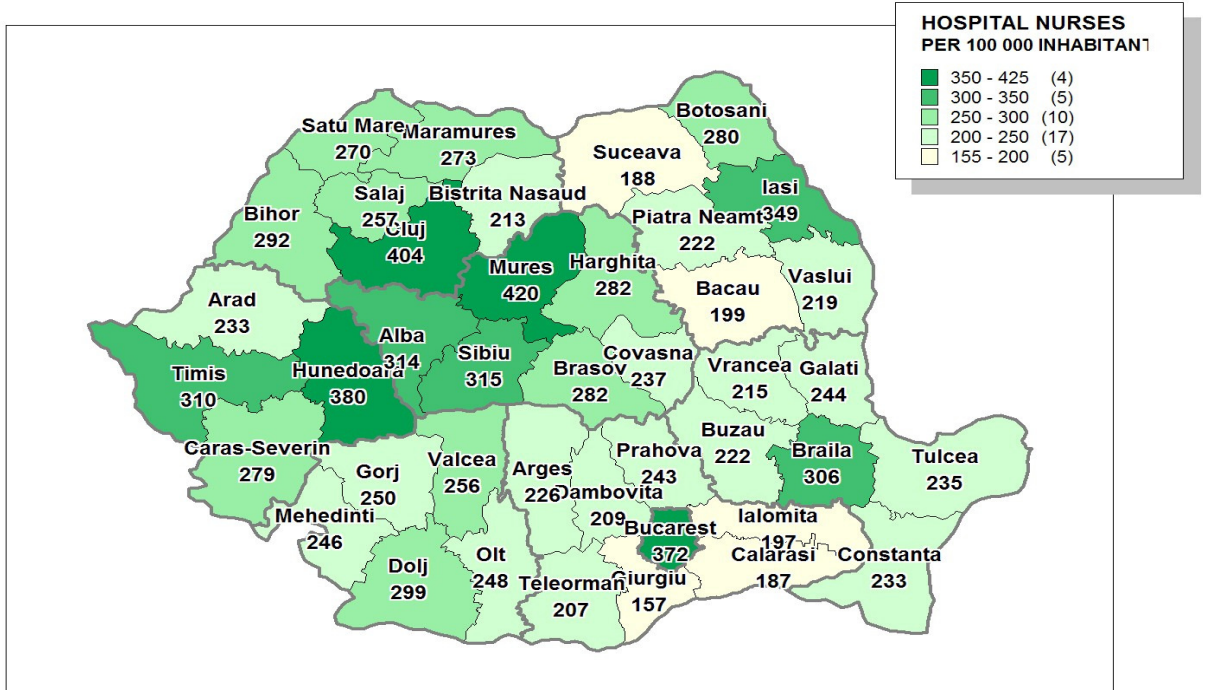
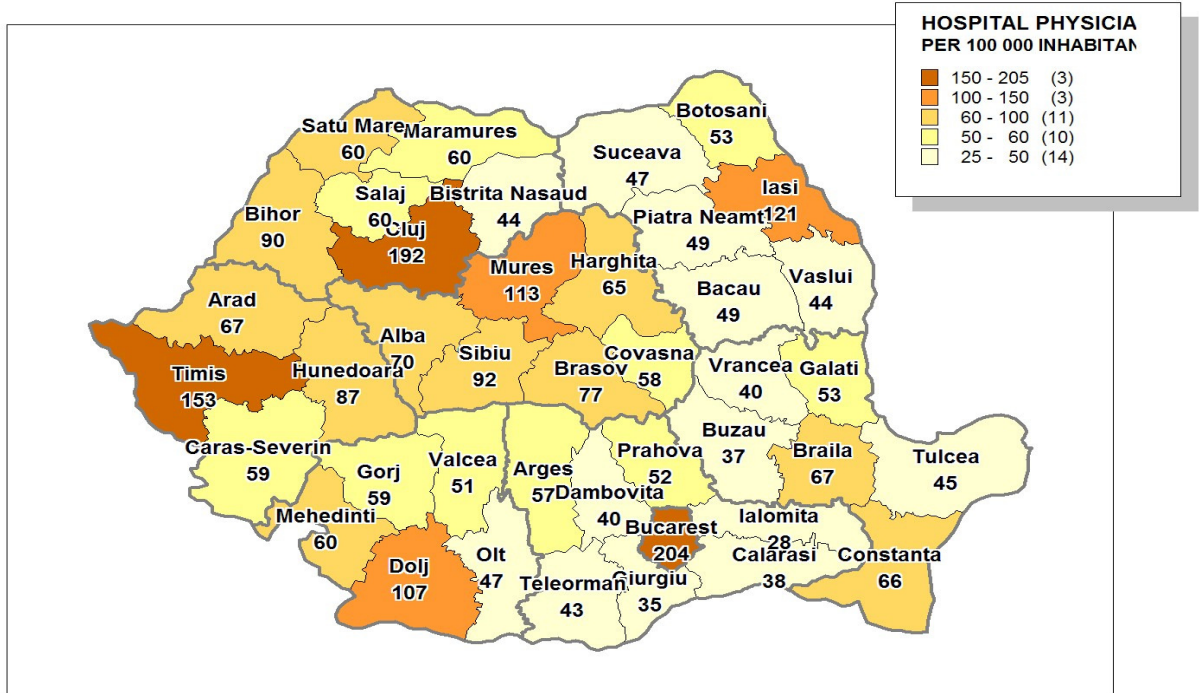


NUMĂRUL DE PATURI LA 1.000 DE LOCUITORI



**Fig. 9. Densitatea de paturi și paturi intensive în rețeaua spitalicească, pe județe (MS – Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor, 2010-2012)**

### HOSPITAL PHYSICIANS AND NURSES PER 100 000 INHABITANT



**Fig. 10. Densitatea de cadre medicale superioare și medii în rețeaua spitalicească, pe județe** (MS – Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor, 2010-2012)

comparație cu practica internațională (Fig. 12). Discrepanțele se datorează exclusiv proporției destul de mari de personal non-medical raportat la capacitatea spitalului, de peste 0.5 angajați non-medicali per pat, aproape dublu față de media altor țări din UE. Această piramidă a calificărilor cu baza foarte largă și vârful îngust reprezintă o piedică în calea eficientizării, atât în rețea cât și la nivelul fiecărei unități.

În același timp, acolo unde numărul de angajați raportat la capacitatea spitalului este mai mic (de exemplu, sanatoriul TBC Moroeni, dar nu numai aici), acesta se datorează nu neapărat unei eficiențe mai mari în funcționare, ci mai curând structurii de pacienți și servicii. Multe astfel de spitale monoclinice au luat în timp un profil nemărturisit de așezământ de asistență de lungă durată, unde intensitatea asistenței medicale propriu-zise e mai mică, iar proporția cazurilor sociale, de persoane din medii sărace care preferă internările lungi, este mare.

Acesta este exact unul din efectele lipsei de coordonare pe nivelurile asistenței medicale și cu serviciile conexe de asistență socială în afara acesteia, de care vorbeam mai sus (secțiunea 1.G). Toate aceste cazuri sociale ar trebui să-și găsească locul în alt tip de instituții, sau în tratament ambulator. În paralel, ar putea fi regândită structura de paturi pentru a permite reducerea costurilor administrative și a ajunge la indicii de eficiență ai spitalelor din țările vest-europene.

Alternativ, chiar unele din aceste unități spitalicești – sau părți ale lor – ar putea fi transformate după consultări cu Direcția de Sănătate Publică și Casa de Asigurări, în unități prestatoare cu un profil mai adecvat: case de bătrâni (cu o recuperare a costurilor prin tarif la valoare reală a îngrijirii); servicii de îngrijire pentru grupuri sociale de risc, etc.

Fig. 11. Structura de personal în cele 5 spitale preluate de CJ + Municipal Tg

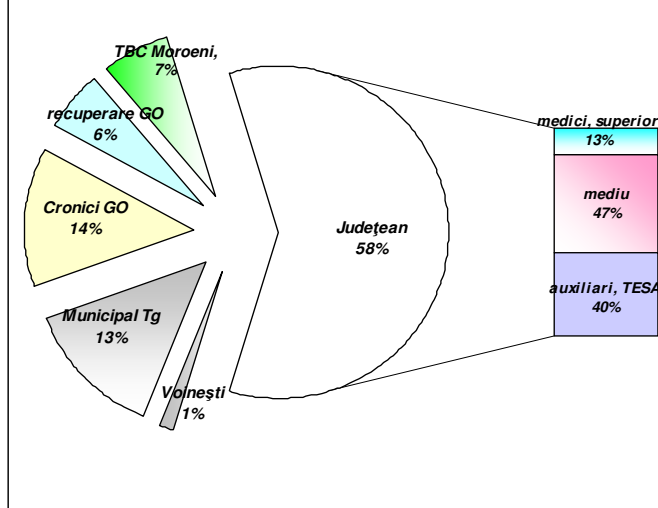
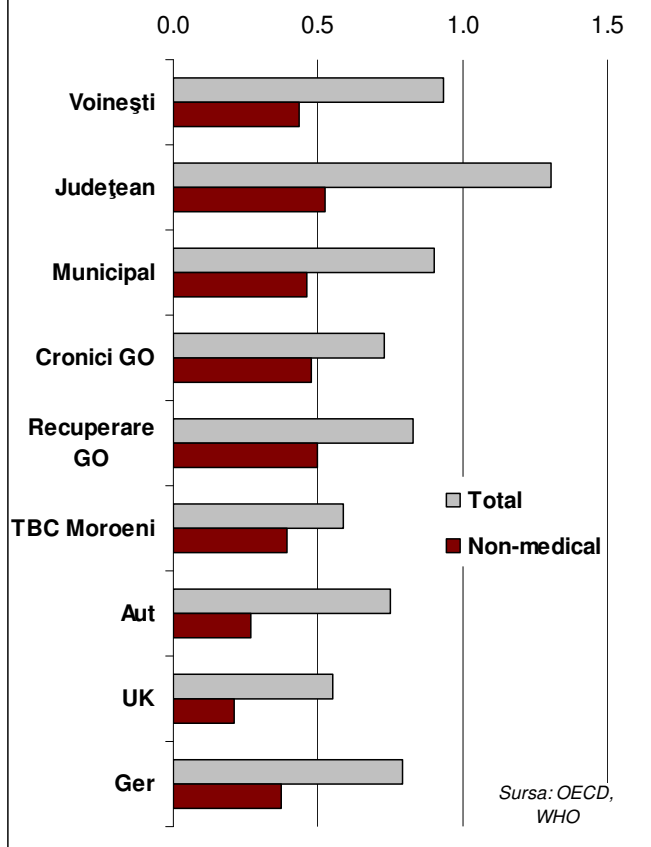
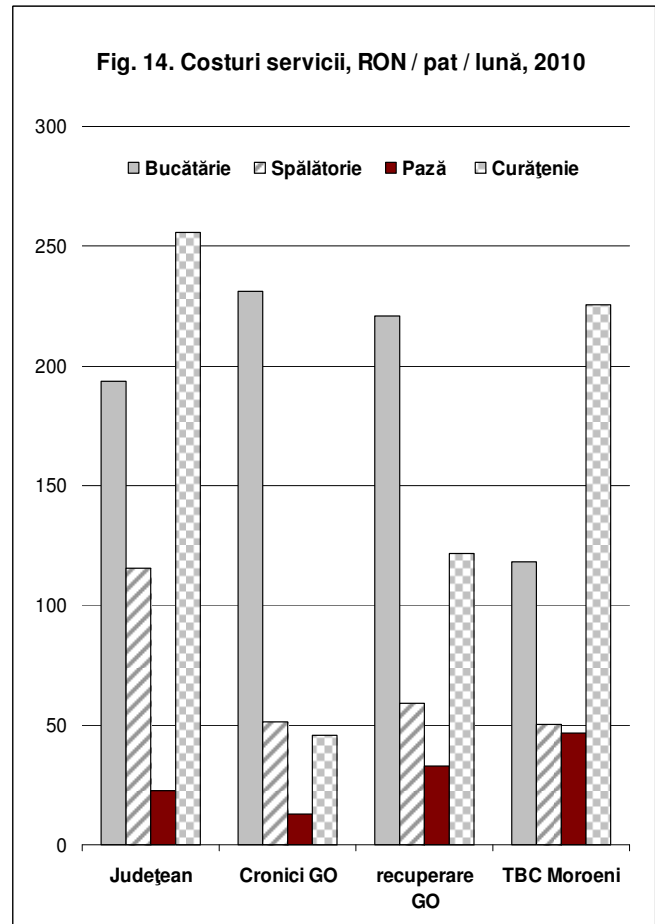
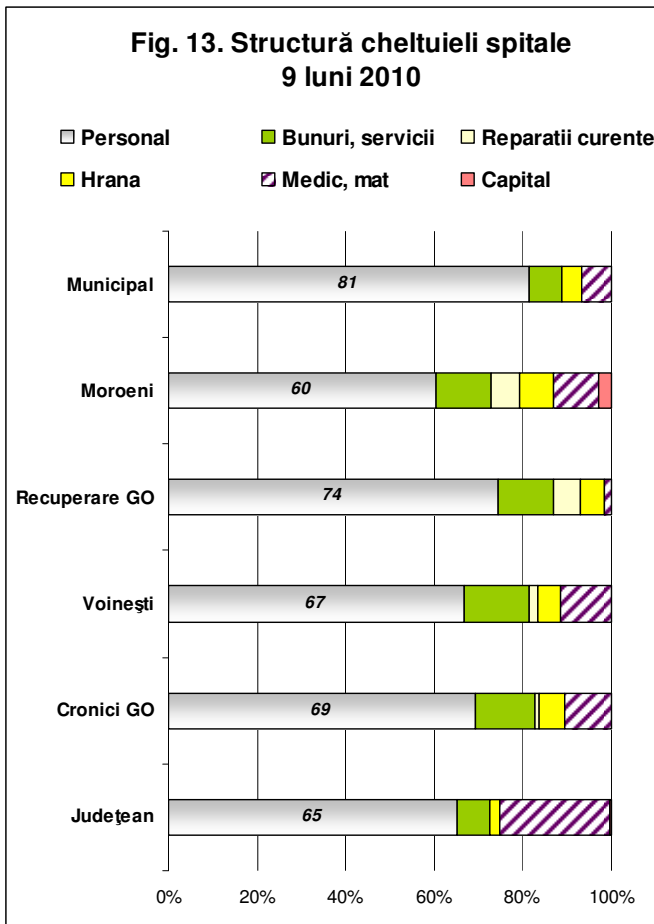


Fig. 12. Numar angajați / pat spital





Costurile administrative în spitalele rețelei CJ (Fig. 14) sunt mai greu comparabile și reflectă diferențele mari între aceste unități în ce privește structura clădirilor și dotărilor, structura tratamentelor prestate, duratei șederii pacienților și gradului de ocupare efectivă.

În principiu, dacă datele bugetare raportate la capacitatea în paturi ar reflecta corect situația, este destul de greu de justificat faptul că într-un sanatoriu TBC cu spitalizare lungă și cerințe de hrană consistentă costurile unitare sunt mai mici decât la Spitalul Județean de Urgență, unde 40% din cei internați declară că nu mănâncă mâncarea spitalului<sup>6</sup>. De asemenea, costurile cu asigurarea curățeniei per pat disponibil diferă într-o proporție de 1:5, ceea ce este de asemenea cam mult, chiar luând în considerare

necesitățile diferite în funcție de profilul spitalului.

Într-o măsură diferită aceasta este valabil și pentru cheltuielile de spălătorie și pază. Având în vedere că în toate spitalele analizate componenta principală a acestor cheltuieli administrative o reprezintă tot salariile, este de văzut în ce măsură o restructurare judicioasă de personal auxiliar poate alina aceste costuri la un nivel mai omogen și mai scăzut.

<sup>6</sup> Vezi secțiunea 3.

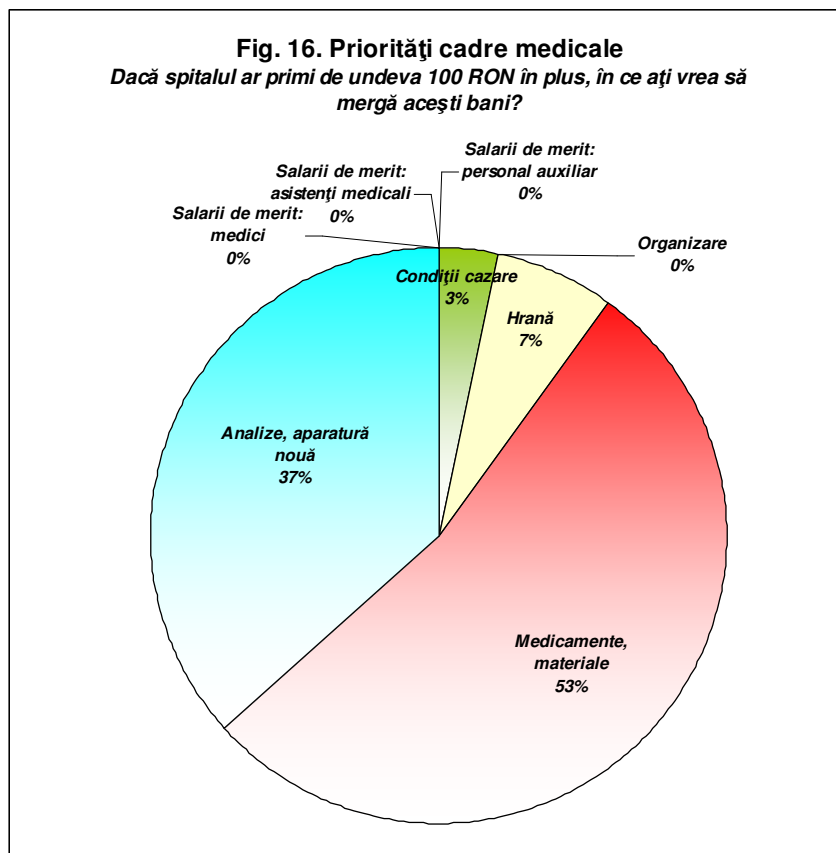
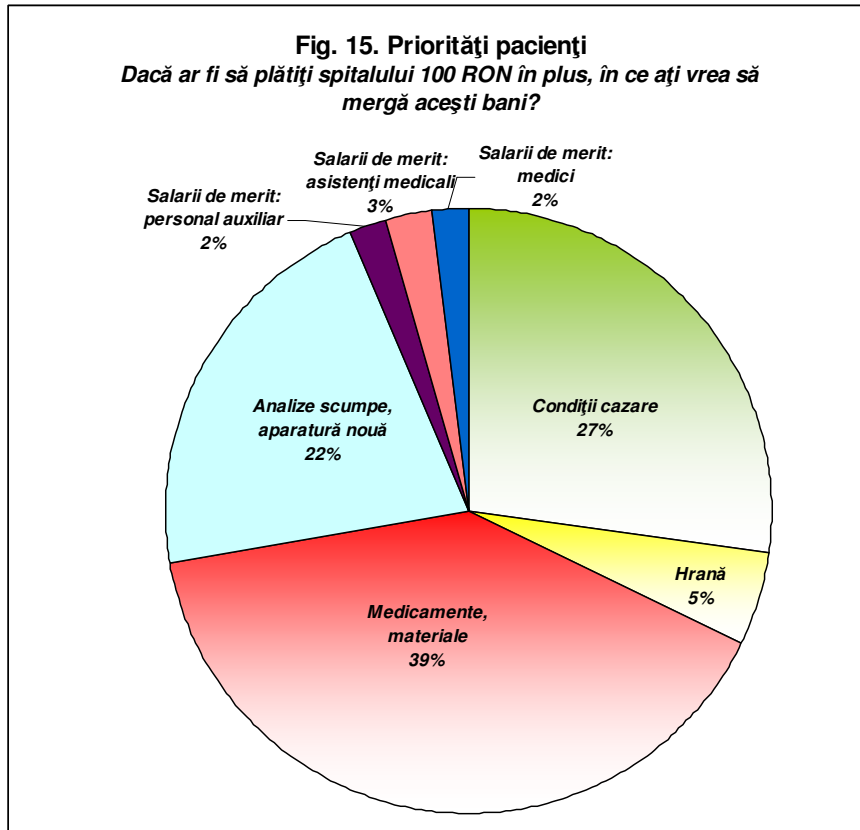
### 3. Ce spun clienții și personalul

În octombrie 2010 s-a întreprins în sondaj de opinie în trei dintre spitalele analizate în acest raport: Județean, Municipal Târgoviște și Voinești. Au fost chestionați 212 pacienți din diverse secții și din ambulator, urmărind o stratificare rezonabilă a eșantionului pe variabile demografice în timp (pe mai multe zile). De asemenea, au fost chestionate în paralel 22 de cadre medicale, superioare și medii.

Obiectivul a fost acela de a deduce prioritățile și interesele clienților și personalului medical, în primul rând în ceea ce ține de alocarea resurselor. Interesant este faptul că, cel puțin în ce privește opinia pacienților, nu s-au constatat diferențe majore între cele trei spitale; cu alte cuvinte nevoile sistemului sunt generale și vizibile pentru toată lumea. Structura acestor răspunsuri este prezentată în Fig. 15 și Fig. 16.

Concluziile ar fi că:

- Atât pentru pacienți (39%) cât și pentru cadrele medicale (53%) urgența o reprezintă **disponibilitatea medicamentelor și materialelor sanitare**, iar situația pare să fie la fel de acută și într-un spital mare și complex (Județeanul) și într-unul mic, rural (Voinești); răspunsurile deschise și comentariile suplimentare făcute de medici și asistente confirmă că aceasta este într-adevăr problema numărul unu în opinia lor;
- De asemenea, există consens între pacienți (22%) și cadre medicale (37%) privind urgența îmbunătățirii **dotărilor cu aparatură nouă**, care să permită analize mai complete; în răspunsurile deschise medicii s-au plâns în mod explicit de frustrare profesională din cauza echipamentelor insuficiente;
- Interesant, ambele priorități de mai sus au fost puse de cadrele medicale înaintea unor eventuale **salarii de merit**, pentru care opțiunea a fost 0% (!); pacienții au fost ceva mai generoși și au acordat acestui item scoruri reziduale;
- **Îmbunătățirea condițiilor de cazare spitalicească** este solicitată în proporție de 27% în rândul celor internați și mult mai puțin văzută ca o prioritate de cadrele medicale; nici aici nu apar diferențe semnificative între cele trei spitale;
- **Ameliorarea hranei** este văzută ca o prioritate de un procent redus și aproximativ egal de pacienți și cadre medicale (5-7%). Însă aici trebuie făcută o observație: dintre bolnavii internați (deci, excluzând ambulatorul), 40% nu mănâncă la cantina spitalului, deci n-au putut răspunde la această întrebare – ceea ce reprezintă în sine o opțiune de luat în seamă. Fenomenul este mai accentuat în Spitalul Județean, unde proporția este de aproape 60%. Chiar admitând abateri mari datorită eșantionului mic folosit, problema pare să fie una reală și care să preocupe managementul. Evident, pacienții internați la Voinești, provenind din comune învecinate, având așteptări mai scăzute și mult mai puține alternative la dispoziție, tind să se declare chiar mulțumiți de hrana primită.
- Alte probleme ridicate de personalul medical au mai fost (bineînțeles) salariile mici, lipsa de personal de specialitate suficient și – interesant – respectarea programului de lucru.
- Eșantionul mic obținut pentru cadrele medicale nu permite să se tragă concluzii clare, însă în rândul celor 22 de persoane chestionate am obținut cel puțin 5-6 răspunsuri ferme privind intenția de a părăsi sistemul: fie prin



plecare în privat, fie în străinătate, fie prin abandonarea completă a profesiei. Dacă tendința se confirmă, semnalul trebuie să fie unul preocupant pentru autoritățile județene, deoarece cadrele medicale specializate în Dâmbovița sunt și așa sub media națională (Fig. 10) iar succesul reformei depinde în primul rând de profesionalismul și motivația lor.

#### 4. Concluzii și propuneri

Este clar că multe din datele de sistem ale rețelei spitalicești subordonate Consiliului Județean Dâmbovița confirmă diagnosticul mai generale puse la nivel național și descrise în prima secțiune a raportului. Anume:

- un profil oarecum vetust al rețelei, care nu a fost niciodată calibrată în mod explicit pe niște nevoi și tendințe măsurabile în starea de sănătate a populației județului;
- structură de costuri neomogenă, cu o pondere mare a cheltuielilor administrative, în special prin personalul non-medical supradimensionat;
- dificultatea de coordonare a actului medical din spital cu cel din medicina primară și alte servicii sociale, ca și dificultate de coordonare între unitățile spitalicești, la nivelul rețelei;
- sub-finanțarea actului medical în fața avalanșei de clienți, pe care sistemul nu este pregătit să îi filtreze rațional; ca atare, apare co-finanțarea privată informală, fie la vedere (pacienții cumpără singuri medicamente și materiale, sau mănâncă din sacoșă), fie pe căi mai puțin vizibile;

**Consiliile Județene trebuie să facă împreună lobby pentru flexibilizarea deciziei de management și co-plată**

- remunerarea proastă a cadrelor medicale, cuplată cu un mediu uneori demotivant de lucru.

Există două mari tipuri de acțiuni pe care le poate întreprinde Consiliul Județean Dâmbovița pentru ameliorarea situației, plecând de la realitatea că problemele nu se pot rezolva doar la nivel local, prin intervenție directă asupra celor 5-6 spitale din subordine.

#### **(1) În chestiuni care nu țin de atribuțiile sale directe,**

în asociere cu alte administrații locale similare, CJ trebuie să intre în dialog cu – și să facă presiune asupra – autorităților centrale, în special asupra Ministerului Sănătății, pentru schimbarea uregentă a legislației și practicii la nivel național, altfel descentralizarea putându-se transforma dintr-o oportunitate într-un risc major. Astfel ar fi important ca:

- sectorul sănătate să primească în 2011 **mai mult decât cei 3% din PIB din 2010**, ceea ce reprezintă mult mai puțin decât media UE; nici o măsură de eficientizare la nivel local nu poate umple acest gol;
- să se **revizuiască sistemul DRG** cu coeficienți adaptați situației din România și să se pondereze mai bine calitatea actului medical, nu doar cantitatea acestuia;
- să se introducă în sistem **stimulente reale pentru asistența medicală de zi** – și nu contra-stimulente, ca acum, când formulele de finanțare încurajează internarea bolnavilor (vezi textbox în pg 16); un asemenea sistem ar duce la raționalizarea capacităților în mod natural și prin cointeresare, nu impuse de sus în mod mecanic, ceea ce poate genera noi ineficiențe și rezistență la schimbare;

- să se aducă profesia medicală în **ierarhia de salarizare** în Legea Unică pe o poziție relativ la alte profesii comparabilă cu cele indicate de experiența vest-europeană; în același timp, să se **flexibilizeze tipurile de contracte** utilizabile de către medici în relația cu spitalele publice, ceea ce ar permite lucrul temporar, în echipe mixte, etc;
- să se **revizuiască normativele de personal** de toate tipurile, dând mai mare libertate de decizie managementului la nivel de spital;
- să se introducă **co-plata pentru servicii medicale în spitale**; acest lucru ar fi important nu doar ca sursă suplimentară de venit, dar în primul rând ca filtru contra cererilor nejustificate de servicii medicale și pentru re-echilibrarea solicitărilor pe nivele de asistență: descărcarea specialităților și serviciilor de urgență, redirejare către ambulator și medicină primară.

*In prezent în spitale există prea puțin stimulente pentru tratarea pacienților în asistență de zi. Echilibrul financiar este încă înclinat foarte puternic spre internarea pacienților. Acest fapt este consolidat de valoarea relativă a tarifelor respective și de asemenea de cerința impusă spitalelor de a avea un număr fix de paturi și o rată minimă de ocupare. Impactul combinat al acestor considerente este acela că spitalele sunt prea mari și au prea multe paturi. Există pacienți care aprobă această practică, în special cei foarte săraci sau cei cu un domiciliu de o calitate redusă. Există dovezi anecdotice care ilustrează că acești pacienți preferă să rămână în spital pentru lungi perioade de timp, în special în timpul iernii, și drept urmare ei s-ar putea opune unor servicii mai eficiente din acest punct de vedere.*

Consultant al Băncii Mondiale, citat în "Ministerul Sănătății – Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor, 2010-2012"

De asemenea, ar fi fost foarte important ca, înainte de noua etapă de descentralizare în care s-a intrat în vara lui 2010, Ministerul să ajute autoritățile locale în crearea de noi **structuri de management integrat**, pentru preluarea unei atribuții complexe și relativ noi la nivel local. Astfel, Strategia<sup>7</sup> citată în acest raport prevedea astfel de structuri de coordonare, pe model francez:

- **Autorități Medicale Județene (AMJ)**, direct în componența Consiliilor Județene, care ar fi urmat să gestioneze rețeaua preluată cu un personal limitat dar specializat, monitorizând în același

timp și nevoile de asistență în evoluție ale populației judeului;

- și **Agențiile pentru Servicii Spitalicești (ASS)**, constituite tot la nivelul județelor, dar mai curând ca o formă de cooperare inter-administrativă, având un consiliu de administrație în care intrau reprezentanții CJ, ai CL cu unități spitalicești și ai Ministerului.

Împreună, cele două instituții ar fi asigurat coordonarea, ajustarea și redistribuirea resurselor de asistență medicală pe cuprinsul unui județ, cu supervizarea centrală de specialitate, privind întreaga rețea ca un tot unitar, chiar dacă diverse spitale pot avea subordonări diferite, și asigurând și integrarea cu medicina de familie și serviciile sociale relevante.

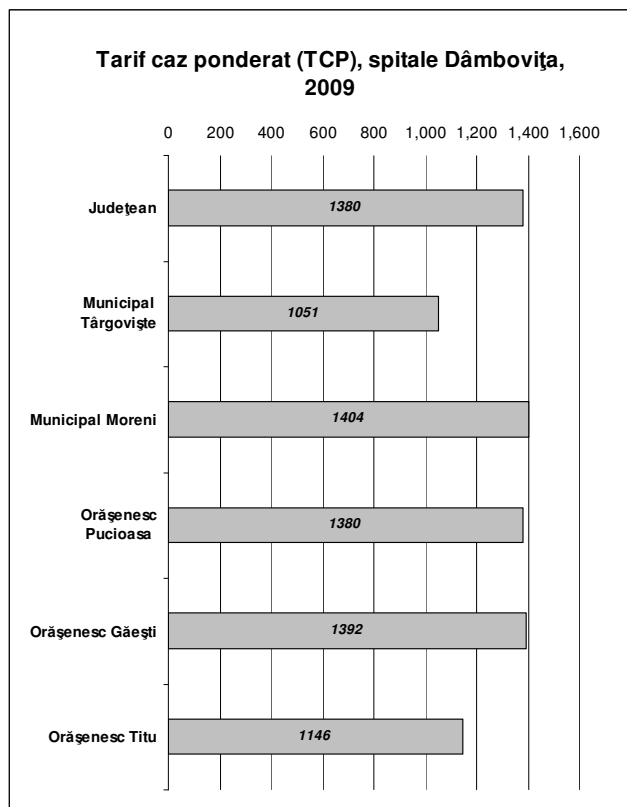
<sup>7</sup> *Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului.* Raportul comisiei prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România, 2008.



**(2) În lipsa acestor mecanisme, Consiliul Județean Dâmbovița se poate replea pe un plan B,** în raport cu atribuțiile existente în acest moment. Ideea principală este că, în mod corect, actuala strategie de reformă a identificat județul ca unitate de bază la nivelul căreia să se re-organizeze rețeaua sanitară. Ca atare, în lipsa unor instituții ca AMJ și ASS, Consiliul Județean trebuie să creeze o structură de coordonare-substituit care să îndeplinească următoarele funcțiuni:

- dezvoltă expertiză de management sanitar, administrează rețeaua proprie și asigură continuitatea;
- optimizează / sau preia funcții de management integrat atunci când este cazul, pentru două sau mai multe spitale din subordine: TESA, achiziții, management de proiect, introducerea de instrumente adecvate de management al activelor (amortizare);
- acordă asistență pentru integrarea altor funcțiuni la nivelul mai multor spitale: servicii de laborator, farmacie, etc.
- ajută și intermediază relația unităților spitalicești cu celelalte instituții ale sistemului (Casă, DSP) și cu centrele de expertiză națională, contribuind la creșterea de capacitate administrativă în managementul curent;
- se coordonează funcțional cu restul unităților de pe teritoriul județului (spitale orășenești, centre de asistență) și cu rețeaua de medicină primară;
- monitorizează indicii stării de sănătate pe județ și sub-zonele sale, identifică nevoi de servicii în schimbare și face propuneri de realocări în acest sens;

În mod ideal, o asemenea structură profesională trebuie organizată ca un serviciu separat în cadrul CJ. Din rațiuni de timp și resurse limitate, alternativa o poate constitui preluarea



de către unul din spitalele existente a funcției de coordonare pe rețeaua proprie a Consiliului Județean, cu condiția întăririi semnificative a capacității de management în spitalul ales.

Deciziile urgente pe care ar trebui să le ia o asemenea structură, într-un fel sau altul, dată fiind situația actuală prezentată în secțiunea 3, ar fi:

- raționalizarea activelor fixe ale unităților spitalicești, prin comasări de secții similare aflate în aceeași localitate, disponibilizare de spații pentru activități intense solicitate (ambulator) și reducere de costuri;
- raționalizarea structurii și costurilor de personal, cu accent pe cel non-medical, venind mai aproape de practica internațională;
- coordonarea achizițiilor pentru medicamente, materiale sau lucrări, pentru a realiza creșteri de volum și reduceri corespunzătoare de costuri unitare;

- tratarea secțiilor spitalicești ca centre de cost, așa cum sunt de altfel teoretic privite și de către sistemul DRG, și stabilirea de ținte de management la acest nivel, dar nu prin compararea diferitelor specializări între ele, ci prin raportarea fiecăreia la propria performanță trecută și la indicatorii din secții similare din spitalele altor județe (sau altor țări);
- utilizarea resurselor obținute prin economisire pentru a finanța cu prioritate urgențele identificate deopotrivă de pacienți și cadrele medicale: mai multe medicamente și materiale sanitare; înnoirea aparaturii medicale; îmbunătățiri în condițiile de cazare spitalicească.

În al doilea rând, din surse proprii sau proiecte – cum ar fi cele pe Fondul Social European; sau atrase sub formă de sponsorizări oficiale de la firmele de medicamente – Consiliul Județean trebuie să inițieze rapid o **schemă motivațională non-salarială de recompensare și fidelizare**, aplicabilă în special personalului medical tânăr, dată fiind problema de resursă umană prezentată anterior. Această schemă poate lua mai multe forme:

- granturi pentru acoperirea taxelor de congres și cheltuielilor de călătorie, în special pentru medicii care merg la evenimente profesionale internaționale, pe un sistem de punctaj obiectiv (lucrări prezentate, etc);
- burse doctorale pentru medicii cuprinși în această formă de învățământ;

De asemenea, Consiliul Județean poate contribui substanțial la descărcarea medicilor de atribuții administrative frustrante, prin angajarea pe stat propriu a codificatorilor clinici (după modelul australian de la care am preluat și sistemul DRG). Aceasta ar ușura mult relațiile financiare ale spitalelor cu

Casa și ar preveni la nivelul rețelei județene distorsiuni provenite din manipularea formulilor de finanțare cu ajutorul unor consultanți privați (Fig. 17).



Romanian Academic Society (SAR)  
61 Eminescu, Bucharest 2  
tel/fax (4021) 211 1477  
office@sar.org.ro  
www.sar.org.ro