

# IMPACTUL MICRO ȘI MACROECONOMIC AL SECTORULUI SERVICIILOR DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

**Conf.univ.dr. Rodica Ianole**

Facultatea de Administrație și Afaceri, Universitatea din București  
rodica.ianole@faa.unibuc.ro

## **Abstract**

În cadrul dezbaterii largi pe probleme de sănătate la nivel național, subiectul asistenței medicale primare nu beneficiază întotdeauna de atenția cuvenită unui segment care reprezintă fără echivoc baza piramidei întregului sistem de sănătate. Acest fapt poate fi interpretat drept o cauză, dar totodată și o consecință a lipsei de cercetări științifice punctuale și coerente care să ilustreze dinamica internă a domeniului medicinei de familie, respectiv să ofere o bază concretă de fundamentare a politicilor ce vizează diversele componente economice de pe această piață. Astfel, pentru a putea discuta despre dimensionarea ofertei de medici de familie, a gradului de finanțare (în raport cu ambulatoriul și serviciile spitalicești) sau a modalităților de îmbunătățire a stării generale de sănătate, respectiv a satisfacției pacienților, datele agregate oferă câteva repere pentru demararea analizelor, sugerând totodată necesitatea realizării unor investigații aprofundate care să vizeze determinanții schimbării comportamentelor individuale. Scopul acestei lucrări este de a argumenta importanța unor astfel de studii prin prisma rezultatelor obținute la nivel internațional, ce probează existența unui impact economic al acestui sector de activitate, sub aspect micro și macroeconomic: o probabilitate mai scăzută de spitalizare pentru diferite afecțiuni, un grad mai scăzut de obezitate, o stare declarată mai bună a sănătății, un grad ridicat de detectare timpurie a cancerului, o rată mai scăzută a mortalității etc.

**Cuvinte cheie:** asistență medicală primară, medicină de familie, comportamentul pacienților, economie comportamentală.

## **Introducere**

Date fiind numeroasele reforme realizate în domeniul sănătății după anul 1990 în întreaga zonă a țărilor central și est-europene, este evident faptul că tranziția dinspre modelul caracteristic sovietic – Semashko - către un model vestic de îngrijiri medicale nu a fost un proces lin, care de altfel încă poate fi considerat nefinalizat în multe cazuri (Krztoń-Królewiecka et al., 2013). Recunoașterea importanței medicinei de familie și formalizarea acesteia prin introducerea în curriculumul facultăților de medicină este un prim pas în micșorarea decalajelor existente. Deși mai ales la nivelul țărilor membre al Uniunii Europene se poate observa conformarea la aceste standarde,

gradul de dezvoltare al sectorului în țara noastră este încă unul redus. Una dintre problemele vizibile, mai ales în contextul prezentei lucrări, este lipsa unui interes academic și de cercetare pentru a investiga impactul îngrijilor medicale, așa cum vedem că se întâmplă în spațiul vestic (cu precădere în continentul nord-american).

Atributul “primar” alăturat serviciilor medicale poate genera cu ușurință o reprezentare mentală simplistă asupra acestui sector de activitate, plasându-l de multe ori într-un con de umbră, în defavoarea aspectelor percepute ca fiind mai dificile și prin urmare mai importante în peisajul sănătății. Astfel, de la bun început putem puncta un tip de judecată irațională ce planează asupra subiectului nostru, pornind de la un anumit grad de ambiguitate al termenilor și continuând cu o interpretare fragmentată a informațiilor disponibile, prin prisma a ce numim euristica accesibilității: specialitățile medicale complexe, din sălile de operație ale spitalelor, sunt mult mai prezente în fluxul de știri, prin urmare le este conferită un grad mult mai ridicat de importanță, comparativ cu medicina primară.

Lăsând la o parte faptul că fiecare specialitate medicală concurează la agregarea unui sistem medical coerent, având deci fiecare un rol bine stabilit, fără a fi nevoie de ierarhii ale acestor specialități, prezenta lucrare își propune să sublinieze mai degrabă impactul economic al serviciilor de asistență medicală primară, punctând modul în care aceasta influențează starea generală de sănătate a populației unei țări. În contextul presiunilor legate de creșterea cheltuielilor pentru sănătate la nivel european și internațional, dar și a creșterii prevalenței bolilor cronice, consolidarea unui sistem eficient de asistență medicală primară reprezintă o prioritate pe lista multor țări.

Acest sistem se definește prin gestionarea acelor probleme de sănătate care nu amenință în mod imediat viața indizivilor, a problemelor de sănătate ce implică un tratament pe termen lung, dar și a diferitelor aspecte ce vizează pe cât se poate evitarea spitalizării. Acest ultim punct atinge importanța financiară a sistemului primar, văzut ca o alternativă mult mai puțin costisitoare prin comparație cu activitatea spitalelor.

Lucrarea este structurată astfel:

- Primul capitol stabilește bazele conceptuale ale lucrării, delimitând atât noțiunile cadru cât și principalii indicatori folosiți pentru măsurarea acestora (inclusiv percepțiile distorsionate care pot apărea în această sferă și elementele de economie comportamentală ce le explică – cu accent pe euristica accesibilității);
- Capitolul al doilea analizează relația dintre asistența medicală primară și starea de sănătate înregistrată la nivelul unei țări, având în vedere aspecte micro și macroeconomice deopotrivă: impactul pozitiv înregistrat la nivelul prevalenței unor afecțiuni importante, a stării de sănătate și a eficienței financiare a sistemului;
- Capitolul al treilea particularizează investigația pentru cazul României, prin realizarea unor comparații asupra a două dimensiuni interne ale sistemului medicinei de familie: finanțarea din procentul total al fondurilor pentru sănătate și dimensionarea ofertei de medici de familie.

## **1. Prima linie a frontului în sistemul de sănătate: asistența medicală primară**

Cum orice tip de investigație științifică trebuie să înceapă cu o delimitare conceptuală clară, un foarte bun punct de plecare este constituit în acest caz de perspectiva istorică. Din acest punct de vedere, termenul de asistență medicală primară se regăsește în documentele cadru ale conferinței de căpătâi în domeniul sănătății publice organizată la Alma-Ata, în 1978: *“îngrijiri primare bazate pe tehnologie și metode practice, solide din punct de vedere științic și acceptate sociale, care să fie accesibile în mod universal prin participarea deplină a indivizilor, la un cost pe care comunitatea și țara să și-l poată permite”*. Acesta a fost dezideratul propus la acel moment, având drept țintă de îndeplinire orizontul anului 2000. Deși viabilitatea obiectivului se păstrează și astăzi, înțelegerea uzuală a conceptului se realizează însă într-o manieră mai empirică, făcând apel la cele două structuri ce îl compun: asistență medicală și primară.

Termenul primar în acest context comportă numeroase înțelesuri:

- un prim contact
- caracteristici de bază, fundamentale (ceea ce adesea generează o asociere cu servicii de slabă calitate sau nu complet potrivite)
- esențial – legate de situații de urgență (operații de bază, simple, ieftine)
- adresându-se primelor cauze (o abordare multi-sectorială, incluzând educația, nutriția, apă, igienă)

În mod similar, și conceptul de asistență medicală este unul nuanțat:

- se referă la servicii curative sau preventive
- pacientul este recipientul pasiv al serviciilor sau aceste servicii vizează crearea unor condiții/medii care sunt sănătoase sau promovează sănătatea
- sănătatea ca un fenomen social a cărui determinanți nu pot fi separați cu ușurință de factorii socio-economici
- implică în plus o serie de determinanți comportamentali ai sănătății

În consecință, nu este de mirare că angrenajul serviciilor de asistență medicală primară constituie un model mental ambiguu. În raportul realizat de Oxford Policy Management (2012), în vederea dezvoltării unei Strategii pentru asistența medicală primară, este exprimat de la bun început punctul de vedere conform căreia asistența medicală primară nu constituie echivalentul perfect al îngrijirilor primare, fiind un *‘concept mult mai complex și mai idealist [...]care acoperă servicii medicale de bază ce pot fi folosite de către populație fără o trimitere la un nivel mai specializat de asistență medicală’*.

Același timp de mențiune se realizează și pentru echivalența des întâlnită cu medicina de familie, în acest caz complexitatea primului termen rezidând în faptul că include și alte categorii de personal medical precum farmaciștii și medicii stomatologi. Nu în ultimul rând, raportul clarifică și un aspect de ordin legislativ ce permite existența în România (dar nu și în Uniunea Europeană) a două categorii care din nou par a se suprapune: medici de familie și medici generalişti. Cei din urmă sunt de fapt absolvenții de facultăți de medicină care nu și-au continuat parcursul profesional de specializare printr-un program de rezidențiat.

Așa cum menționam în introducere, unul dintre aspectele ce umbrește importanța aceste zone este asocierea sa frecventă, dată fiind caracterizarea sa simplistă, cu țările slab dezvoltate sau în curs de dezvoltare (de regulă aici existând

probleme grave la nivel de nevoi de baza – igienă, nutriție, boli cu transmitere sexuală etc). Regiunea țărilor post-comuniste, deși nu se încadrează în grupul anterior, merită o atenție sporită în raport cu acest subiect, date fiind numeroasele reforme și mult mai scăzutele tentative de evaluare a impactului acestor reforme. În plus, faptul că problemele legate de asistența medicală primară sunt mult mai vizibile în zonele slab dezvoltate nu înseamnă ca sunt mai puțin importante în țările dezvoltate, ci doar că acestea capătă alte forme de manifestare. Rata sărăciei este un indicator cu valori semnificativ de mari chiar și în cadrul economiilor dezvoltate (16% în SUA<sup>1</sup>, aproximativ 50 de milioane de persoane, 16.4% în Uniunea Europeană<sup>2</sup>, aproximativ 80 de milioane de persoane – cu variații de la 9% în Cehia la 21.1% în România), iar pentru cazul României este necesar a semnală discrepanțele majore în asigurarea serviciilor medicale între mediul urban și mediul rural.

**Tabel 1.**  
**Numărul cabinetelor medicale de familie în funcție de mediul de rezidență, pentru anul 2015**

| Tipul de unitate                        | Total | Mediul de rezidență |       |
|---|-------|---------------------|-------|
|   |       | Urban               | Rural |
| Cabinete medicale de familie (unități)  | 11397 | 6815                | 4582  |
| - cabinete la 10.000 locuitori          | 5,7   | 6,4                 | 5,0   |
| - număr locuitori ce revin unui cabinet | 1743  | 1570                | 2002  |

Sursa: Institutul Național de Statistică

Datele arată în mod clar o repartitie inegală a resurselor - în mediul rural, unui cabinet de medicină de familie îi revin de 1,3 ori mai mulți locuitori comparativ cu un cabinet din mediul urban – însă ceea ce acutizează în mod fundamental discrepanța este faptul că în mediul rural, în foarte multe dintre cazuri, medicul de familie este de fapt singurul furnizor de servicii medicale. Cercetările efectuate de departamentul de medicina familiei în mediul rural și zone izolate al Societății Naționale de Medicina Familiei (constituit în anul 2009) subliniază gravitatea contextuală a problemei: ‘doar 10% din totalul medicilor din România, adică medicii de familie care practică în rural, deserveșc 45% din populație, locuitorii din zonele rurale’. În aceeași linie, statisticile oferite de INS detaliază diferența dintre cele două medii pe toate tipurile de personal medical: în mediul rural față de mediul urban, găsim de 7,7 de ori mai mulți locuitori unui medic, de 1,4 ori mai mulți locuitori unui medic de familie, de 6 ori mai

<sup>1</sup> Indicatorii de profunzime indică chiar situații mai alarmante, punctând faptul că aproximativ 59% dintre americani petrec cel puțin 1 an din viață sub pragul de sărăcie.

<sup>2</sup> Pentru o măsurare a pragului de sărăcie la 60% din salariul median, în 2010.

mulți locuitori unui medic dentist, de 4,2 ori mai mulți locuitori unui farmacist, respectiv de 7,2 ori mai mulți locuitori unui cadru sanitar mediu.

Din păcate, această perspectivă informată nu este cea de care majoritatea populației face uz în mod curent. Literatura de specialitate în domeniul luării deciziilor evidențiază drept regula principală un tip de gândire euristică, care în cazul de față acționează în baza regulii ‘ceea ce vezi este tot ceea ce există’ (propusă de psihologul Daniel Kahneman în cartea *Gândire rapidă, gândire lentă*, 2012). Tipul de scurtătură mentală care generează această regulă poartă numele de euristica accesibilității. Aceasta influențează procesul decizional prin anumite attribute - gradul de imaginabilitate, familiaritatea și însuflețirea (Ianole, 2015) – adesea comune stereotipiilor: „Un mod sigur de a-i face pe oameni să creadă niște neadevăruri este repetiția frecventă deoarece familiaritatea nu se distinge ușor de adevăr” (Kahneman, 2011:103).

Unul dintre experimentele de referință pentru această euristică are în vedere chiar o componentă de înțelegere a unor noțiuni de sănătate publică: cum anume percepe populația, ca intensitate, diferite potențiale cauze ale morții. Echipa de cercetători formată din Combs și Slovic (1979) a pornit de la abordare foarte simplă: participanților la experiment subiecților le-au fost prezentate trei perechi de cauze ale morții și au fost rugați să aleagă în fiecare situație variabila considerată de ei ca fiind cauzatoare de cele mai multe morți în SUA, anual. Rezultatele alegerilor sunt prezentate în tabelul 2.

**Tabel 2.**

**Rezultatele experimentului ce ilustrează euristica accesibilității**

| <b>Cauza morții</b> | <b>Alegerea subiecților</b> | <b>Morți anuale înregistrate în SUA</b> | <b>Apariții în presa scrisă/an</b> |
|---------------------|-----------------------------|---|------------------------------------|
| Cancer la plămâni   | 43%                         | 140.000                                 | 3                                  |
| Accidente de mașină | 57%                         | 46.000                                  | 127                                |
| Emfizem pulmonar    | 45%                         | 22.000                                  | 1                                  |
| Omucideri           | 55%                         | 19.000                                  | 264                                |
| Tuberculoză         | 23%                         | 4000                                    | 0                                  |
| Incendii            | 77%                         | 7000                                    | 24                                 |

Sursa: Combs, B., Slovic, P. (1979). Newspaper coverage of causes of death. *Journalism Quarterly*, 56, 837-843

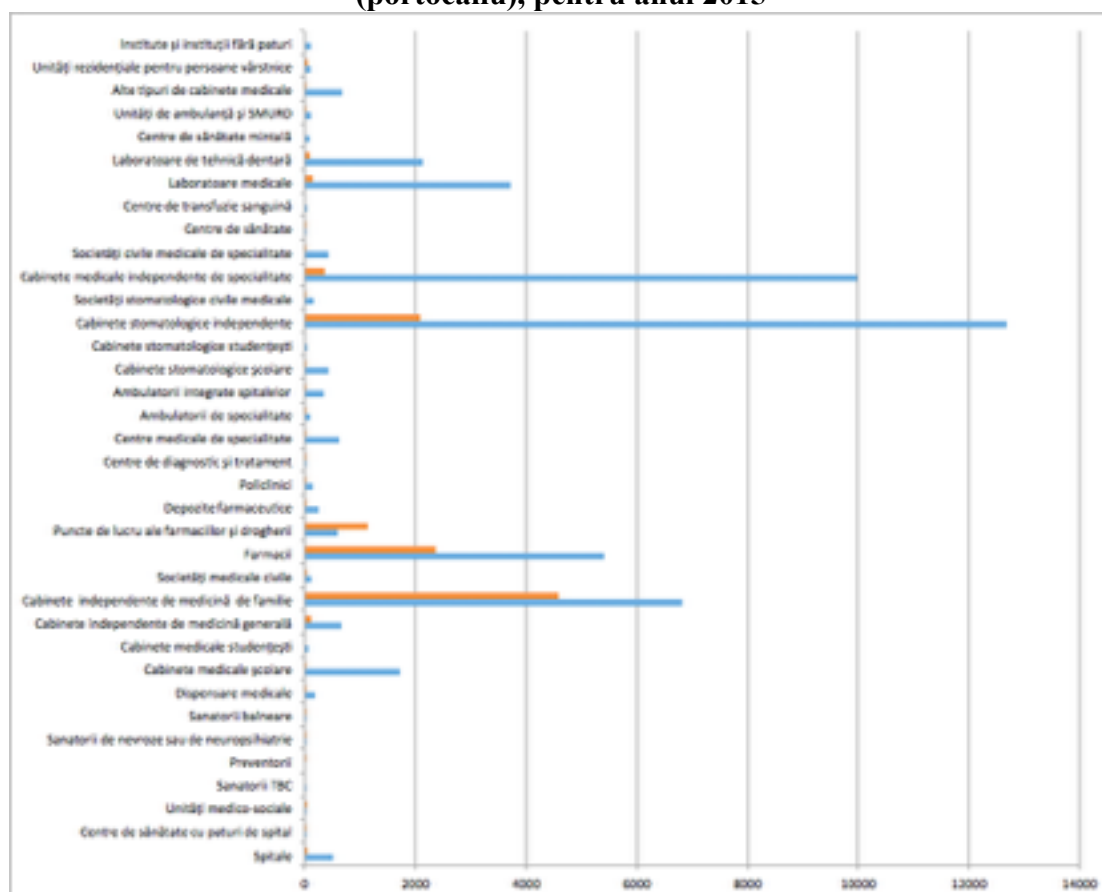
Așa cum se poate observa cu ușurință, variabila prin care autorii au subliniat existența euristicii accesibilității este vizibilitatea în presa scrisă a diferitelor știri despre cauzele mortalității (la momentul realizării experimentului presa scrisă fiind unul dintre principalele canale de comunicare; replicarea unei astfel de cercetări în momentul de față ar fi în mod evident ceva mai complicată prin prisma monitorizării

fluxului de știri de pe internet). În prima pereche de potențiale cauze diferențele înregistrate statistic sunt extrem de mari, aproape în raport de 1 la 3, însă subiecții sunt influențați puternic de mesajul mediatic și consideră accidente de mașină ca fiind mult mai relevante de (moartea cauzată de boală este de 18 ori mai probabilă decât moartea accidentală). Gradul de discrepanță la nivelul morților înregistrate se micșorează puțin la celelalte două seturi însă corelația rămâne în picioare prin prisma diferențelor marcante privind aparițiile în presă.

Prin urmare, totul concurează pentru a susține asistența medicală primară drept baza piramidei sistemului medical, urmată într-o proporție mai mică de asistența de specialitate, cu vârful reprezentat de sectorul spitalelor.

Operaționalizarea acestei piramide la nivelul țării noastre, cel puțin pentru anul 2015, se poate realiza făcând apel la datele prezentate în figura 1. Analizând dinamica lor, observăm de fapt putem discuta despre existența a două piramide, clar defalcate pentru mediul urban și pentru mediul rural.

**Figura 1.**  
**Numărul de unități medicale, în mediul urban (albastru) și rural (portocaliu), pentru anul 2015**



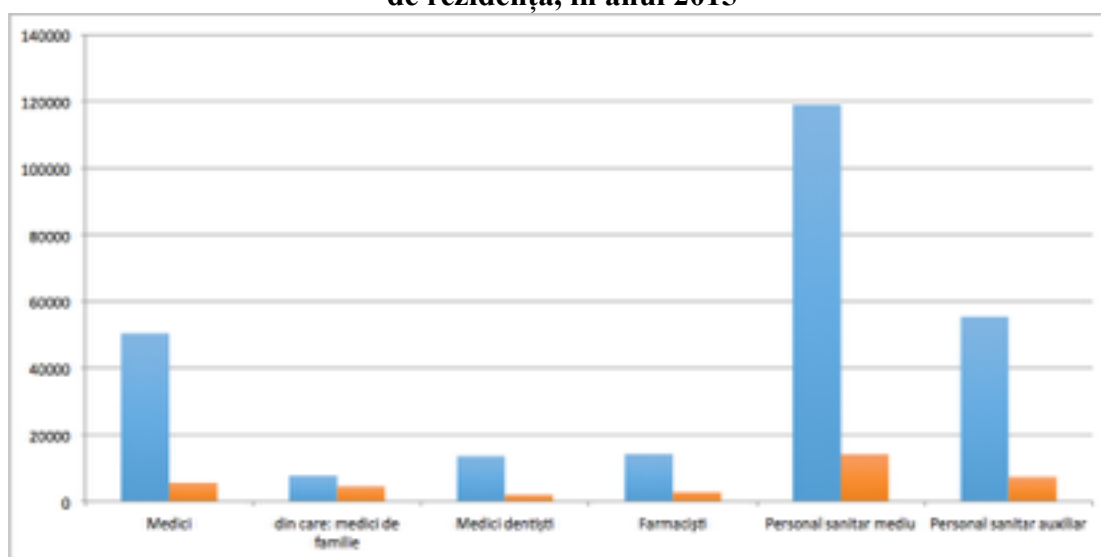
Sursa: prelucrări proprii – date Institutul Național de Statistică

Unitățile medicale dominante în spațiul urban sunt următoarele: prima poziție este câștigată de departe de cabinetele stomatologice independente (peste 12.000). În continuare se plasează cabinetele medicale de specialitate (aproximativ 10.000), iar pe locul al treilea sunt cabinetele independente de medicină de familie (cu număr ceva

mai mare de 6000). Așa cum era de așteptat, spațiul rural are o ierarhie diferită: cabinetele independente de medicină de familie sunt pe primul loc (numărul lor depășind ușor valoarea de 4000), urmate de farmaciile (peste 2000) și cabinetele stomatologice (aproximativ 2000).

În mod analog, figura 2 expune distribuția personalului medico-sanitar pe principalele categorii: medici de familie, medici dentiști, farmaciști, personal sanitar mediu (cea mai mare discrepanță, de aproximativ 10.000 de persoane) și personal sanitar auxiliar.

**Figura 2.**  
**Personal medico-sanitar pe principalele categorii de personal sanitar și pe medii de rezidență, în anul 2015**



Sursa: prelucrări proprii – date Institutul Național de Statistică

## **2. Impactul asistenței medicale primare surprins în literatura de profil**

Măsurarea impactului, și implicit a calității sistemului de asistență medicală primară este una dintre cele mai sensibile probleme practice. Punctul de vedere economic propus în prezenta lucrare se va focaliza asupra celor două paliere principale: impact microeconomic și impact macroeconomic.

Pentru prima dată, în mod repetat, literatura de profil, cu aplicații dominante pentru continentul nord-american, sugerează existența unei legături puternice între oferta de medici de familie (raportată la mărimea populației) și performanța întregului sistem de sănătate. În mod concret, această asociere se exprimă printr-o probabilitate mai scăzută de spitalizare pentru diferite afecțiuni (internări, vizite la camera de urgență și operații, (Starfield & Shi, 2002)), precum și într-un grad mai scăzut de obezitate (Morris & Gravelle, 2008), o stare declarată mai bună a sănătății (Gravelle, Morris & Sutton, 2008), un grad ridicat de detectare timpurie a cancerului (Ferrante et. al, 2000) și o calitate mai bună a îngrijirii (Cooper, 2009).

Un studiu realizat de cercetători la prestigioasa universitate John Hopkins (Shi et. al, 2002) relevă faptul că populația ce beneficiază de o asistență medicală primară la

standarde ridicate (acestea fiind definite prin accesibilitate, arie cuprinzătoare, coordonare, continuitate și responsabilitate) au o probabilitate cu 10-15% mai mare de a raporta o stare de sănătate bună, atât la nivel general cât și la nivel mental, comparativ cu cei care se confruntă cu un nivel mai scăzut al asistenței medicale primare. Un aspect crucial al studiului este sublinierea manierei în asistența medicală primară atenuază impactul advers al inegalității veniturilor asupra stării de sănătate, utilizând pentru măsurare indicatori de tipul speranței de viață, mortalitatea ajustată pe grupe de vârstă și cauzele principale ale mortalității.

Un alt unghi de analiză ce se regăsește în literatura de specialitate vizează legătura dintre asistența medicală primară și mortalitate. Filtrând după diferite cauze ale morții analiza seriilor de timp realizată de Macinko et. al (2003) pentru țările OECD, perioada 1970-1998, arată o relație semnificativă de sens negativ între aceste cauze și sistemul de asistență medicală primară. Deși intensitatea relației scade, semnificația statistică se păstrează chiar și atunci când sunt luate în considerare variabilele macroeconomice (PIB per capita, număr de medici la 1000 locuitori, procentul populației de vârstă a treia) și microeconomice (numărul mediu de vizite în ambulatoriu, venitul per capita, consumul de alcool și tutun) ce constituie în general cei mai importanți determinanți ai sănătății populației.

În pofida diverselor dovezi ce indică o sumă de efecte pozitive ale asistenței medicale primare, evaluarea efectivă rămâne o problemă spinoasă. La nivel de individ, problema se traduce în măsurarea unui anumit grad de satisfacție a pacientului.

**Tabel 3.**

**Indicatori ai asistenței medicale primare la nivel de individ**

|    |                        |  |
|----|------------------------|--|
| 1. | Accesibilitatea        | Durata rezervării (între 0 și 31 de zile)                        |
|    |                        | Timp de așteptare (între 0 și 180 de minute, sau mai mult)       |
|    |                        | Durata călătoriei ((între 1 și 180 de minute, sau mai mult)      |
| 2. | Relații interpersonale | Atenția acordată îngrijirii (pe o scală de la 1 la 5)            |
|    |                        | Abilitățile de ascultare ale medicului (pe o scală de la 1 la 5) |
|    |                        | Explicațiile oferite de medic (pe o scală de la 1 la 5)          |
|    |                        | Alegerea medicului curant (pe o scală de la 1 la 5)              |
| 3. | Continuitate           | Frecventarea aceluiași medic (da/nu)                             |

Sursa: adaptat după tabel 1 (Shi et al., 2002)



Tabelul 3 ilustrează câteva dintre punctele cheie ce stau la baza construirii unui chestionar comprehensiv de măsurare a satisfacției. Am ales pentru ilustrare adaptarea unui astfel de instrument propus de Asociația Americană a Medicilor de familie (tabel 4).

**Tabel 4.**  
**Chestionar pentru măsurarea satisfacției pacienților**

| <b>Cât de mulțumit(ă) sunteți cu privire la următoarele aspecte:</b>  |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ușurința realizării de programări pentru examinări/vizite de rutină?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Ușurința realizării de programări pentru diverse tipuri de afecțiuni?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Ușurința contactării medicului în afara orelor de program (noaptea și în weekend)?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ușurința contactării directe a medicului pe cale telefonică, în timpul orelor de program?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Timpul de așteptare până la obținerea unui răspuns atunci când contactați cabinetul medicului de familie pentru o problemă urgentă?          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Timpul de așteptare în cabinetul medicului de familie  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ușurința obținerii unor informații ulterioare vizitei medicale (rezultate la teste, rețete, instrucțiuni de îngrijire)                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Îngrijirea medicală per ansamblu de care beneficiați la cabinetul medicului de familie   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Imaginea cabinetului medicului de familie  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Accesibilitatea cabinetului medicului de familie (locație, parcare, program de funcționare)   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Maniera în care primiți informații legate de îmbunătățirea stării de sănătate   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Maniera în care medicul de familie colaborează cu alți doctori și personal medical pentru oferirea asistenței medicale de care aveți nevoie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Sursa: traducere și adaptare după chestionarul utilizat de Asociația Americană a Medicilor de Familie

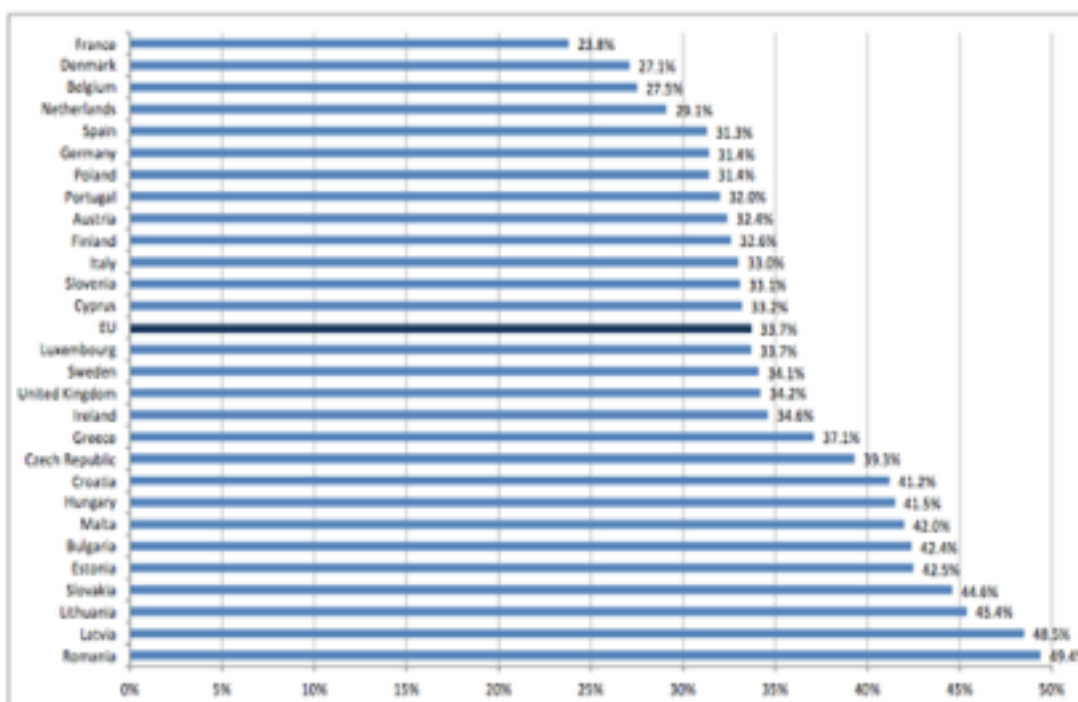
Așa cum se poate observa, cei 12 itemi sunt măsurați pe o scală de la 1 la 5, unde 1 = Foarte nemulțumit iar 5 = Foarte mulțumit. În momentul de față, în România nu există un studiu cu acoperire semnificativă pentru această chestiune, măsurarea satisfacției investigându-se doar la nivelul serviciilor spitalicești. Totodată, relevanța studiului se poate argumenta și din perspectiva opusă: este interesant de văzut ce itemi generează nemulțumirile pentru ca ulterior, în procesul de implementare de măsuri corective să existe posibilitatea schimbării arhitecturii decizionale astfel încât să se poate evidenția ce au pacienții de pierdut atunci când ignoră palierul medicului de familie, folosindu-se astfel forța fenomenului de aversiune față de pierdere (de regulă, ceea ce indică foarte multe rapoarte sunt pierderi ale sistemului pe ansamblu la nivel de eficiență, fapt care, deși este extrem de important, nu generează schimbarea dorită la nivelul comportamentului pacienților).

Mai departe însă, pentru fundamentarea măsurilor și politicilor publice în domeniu, este la fel de multă nevoie de o evaluare la nivelul întregului sistem. Prin proiectul Health Care Quality Indicators (HCQI), Organizația Economică pentru Cooperare și Dezvoltare indică drept indicatori relevanți și comparabili la nivel internațional elemente de tipul numărului de internări ce pot fi evitate pentru bolile pe termen lung, precum și numărul de amputări ale membrelor inferioare în cazul diabetului. Totodată, setul lor cuprinde și variabile precum următoarele: rata internării în spital pentru cazuri de astm, boli pulmonare (COPD), diabet, insuficiență cardiacă congestivă; rata vaccinării la copii pentru tuse convulsivă și pojar, respectiv a vaccinării bătrânilor pentru gripă.

În plus, există doi indicatori care fac trecerea dinspre performanța sistemului de sănătate per ansamblu – rata mortalității evitabile - către performanța sistemului asistenței medicale primare – rata spitalizărilor evitabile. În primul caz “decesele evitabile” sunt definite drept decesele premature (înaintea vârstei de 65 de ani) care pot fi influențate prin îngrijiri medicale sau prin acțiuni de promovare a sănătății. Experții OMS includ în această categorie un important segment de decese evitabile prin măsuri de prevenție primară (patologia cerebrovasculară, afecțiunile hepatice cronice și ciroza și unele forme de cancer (cancerul de ficat, cancerul de căi respiratorii superioare și de tractus digestiv, cancerul la plămâni) etc.

Ultimele date furnizate de Eurostat (publicate la 24 mai 2016) pentru acest indicator privesc anul 2013 și plasează România pe ultima poziție la nivelul Uniunii Europene.

**Figura 3.**  
**Rata mortalității evitabile în UE pentru anul 2013**



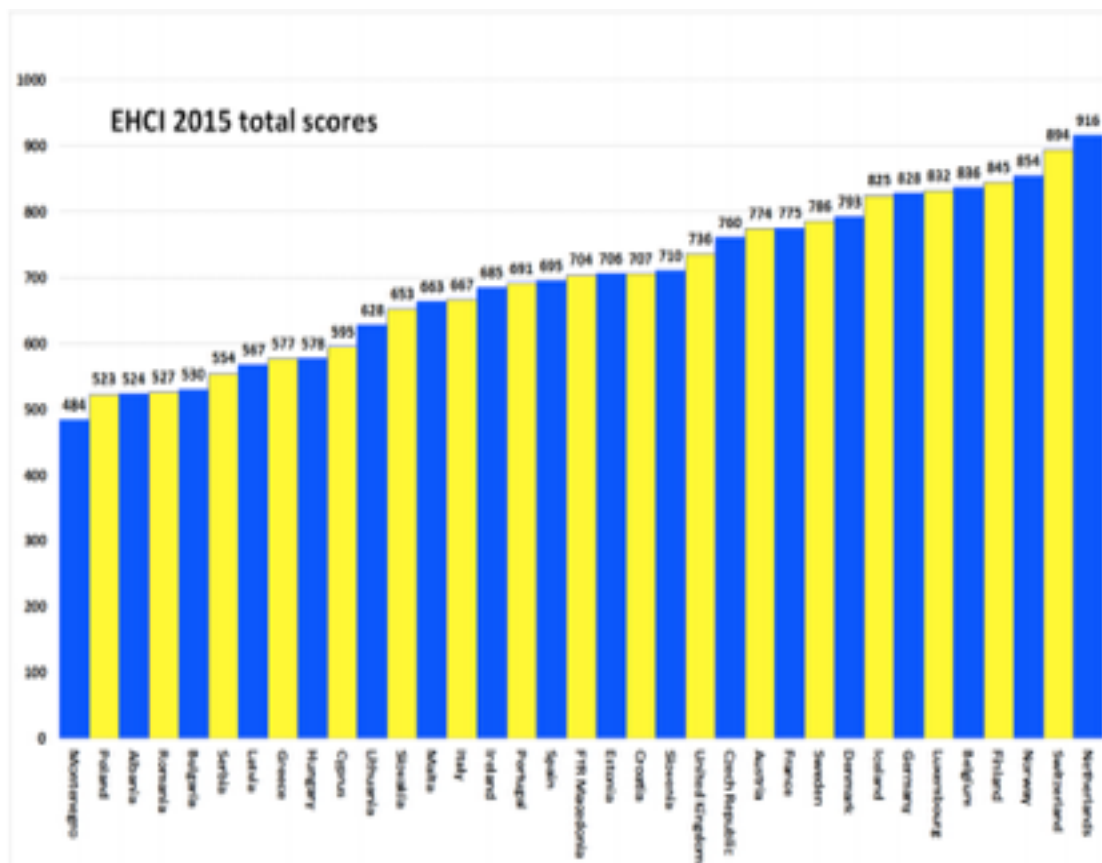
Sursa: raport

Nu doar ultimul loc este îngrijorător ci și discrepanța foarte mare față de valoarea medie – 49.4% pentru Romania comparativ cu media de 33.7%. Trebuie menționat însă (fără nicio valoare de justificare) că nu se aflăm într-o poziție neapărat izolat, întreg grupul fostelor țări socialiste prezentând o oarecare uniformitate prin plasarea la finalul clasamentului (Letonia – 48.5%, Lituania – 45.4%, Slovacia – 44.6%, Estonia – 42.5%, Bulgaria – 42.4%).

De partea cealaltă, rata spitalizărilor evitabile este generată în mare parte de acele boli a căror monitorizare ar trebui să se petreacă în asistența primară și nu apelând la serviciile spitalicești. Pachetul de servicii medicale de baza implementat la 1 iunie 2014 în România include în lista acestor boli astmul bronic, bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC), boala cronică de rinichi, hipertensiunea arterială și diabetul zaharat. În acest context, studiul realizat de Ciutan et. al (2016) conchide o valoare de 7% pentru acest indicator, cu mențiunea că peste jumătate din aceste cazuri au un diagnostic din lista precedentă: hipertensiune primară (peste 20%), cardiomiopatie hipertensivă (6.3%); pneumonie (6%). De remarcat și observația conform căreia zonele cu cea mai mare incidență a acestor spitalizări evitabile sunt centrele universitare și județele cu o populație numeroasă.

Un ultim indicator agregat relevant la nivelul operațional al activităților de evaluare este indicele consumatorului european de sănătate (Euro Health Consumer Index).

**Figura 4.**  
**Clasificarea țărilor UE în baza indicatorului Euro Health Consumer Index, pentru anul 2015**



Sursa: Raportul Euro Health Consumer Index (2015)

Obținerea acestui indice se face în baza a șase grupe de subindicatori:

- Drepturile pacienților și accesul la informație (cu itemi ce vizează legislația privind drepturile pacienților, gradul de implicare a organizațiilor pacienților, existența și funcționalitatea asigurărilor malpraxis de tip no-fault, dreptul la o a doua părere în procesul de diagnosticare, accesul la propriul dosar medical etc.)
- Accesibilitate (cu itemi ce vizează accesul la medicul de familie și la medicii specialiști, timpul de așteptare pentru diferite tipuri de operații, pentru intrarea în tratament pentru cancer, pentru realizarea unei tomografii, pentru diferite alte urgențe etc.)
- Rezultate (cu itemi ce vizează scăderea ratei mortalității la adulți pe diferite cauze, a mortalității infantile; rata supraviețuirii bolnavilor de cancer, numărul de ani de viață pierduți, rata avorturilor, rata depresiilor etc.)
- Gama de servicii oferite și accesul la acestea (cu itemi ce vizează echitatea sistemului de sănătate, numărul de operații de cataractă la 100.000 de locuitori, cu vârsta pe 65 de ani, numărul de transplanturi de rinichi la 1.000.000 de locuitori, existența plăților informale, asistența pe termen lung pentru vârstnici etc.)
- Prevenție (cu itemi ce vizează vaccinarea copiilor, presiunea arterială, prevenirea fumatului, consumul de alcool, activitatea fizică, vaccinarea HPV, numărul de morți în traficul rutier etc.)
- Produse farmaceutice (cu itemi ce vizează acordarea de subvenții pentru diferite

medicamente, dezvoltarea de medicamente noi pentru tratarea cancerului, accesul la inovațiile farmaceutice, rata antibioticelor per capita etc.)

România este pe locul 32 (din 35), cu un scor de 527 puncte. Remarca importantă făcută în raportul general vizează aspectul procentului cheltuielilor pentru sănătate de tip ‘in-patient’, respectiv în principal a cheltuielilor de spitalizare din totalul cheltuielilor pentru sănătate realizate de un pacient. Astfel, dacă în Olanda, Elveția și Norvegia preferința pentru spitalizări lungi este fezabilă (atât din punct de vedere financiar, cât și ca eficiență – aceste trei țări fiind de altfel pe primele trei poziții ale clasamentului), pentru Bulgaria, România și Albania această poziționare (valori mai mari de 50%) semnalizează o nevoie fundamentală de restructurare a sistemului de sănătate.

### **3. Asistența medicală primară prin prisma datelor existente la nivel național**

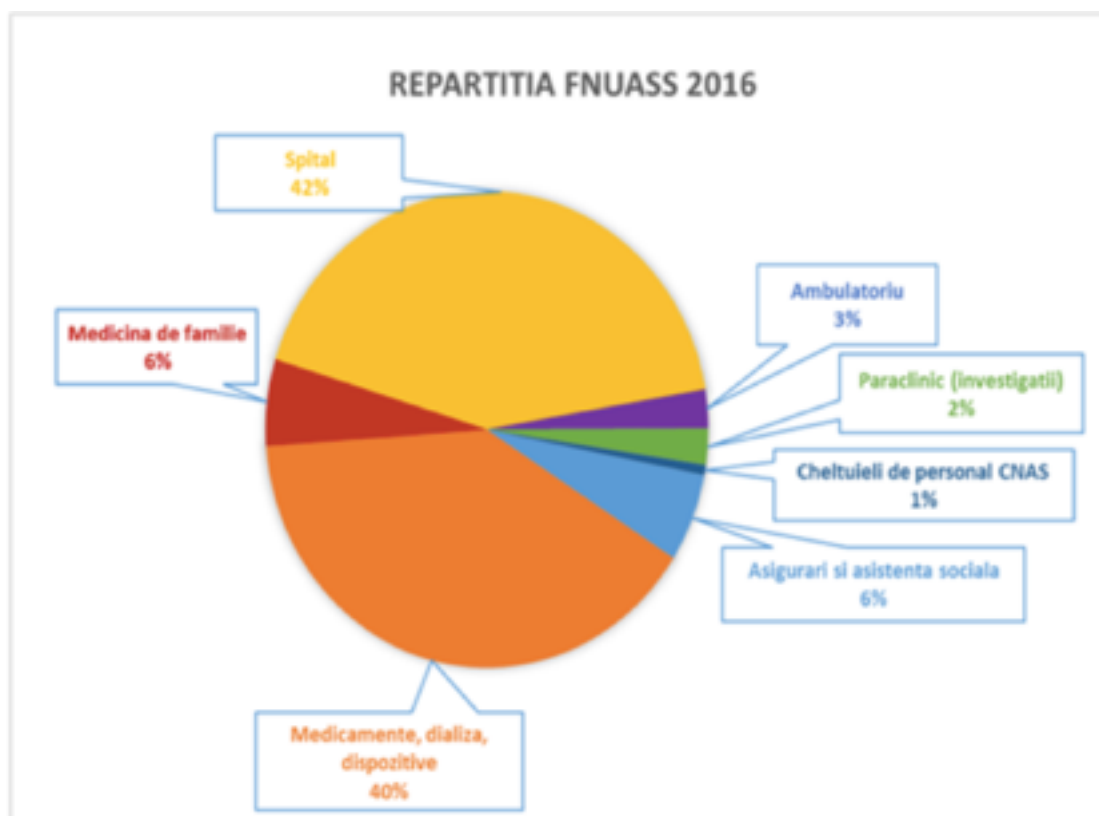
Raportul de poziție al medicilor de familie ne aduce informații despre două paliere importante: finanțarea și dimensionarea ofertei de medici de familie.

Datele furnizate de fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (figura 5) arată o puternică anomalie în raport cu modelul teoretic al sistemelor de sănătate. De regulă acesta este înfățișat de într-o manieră piramidală în care baza este reprezentată de sistemul asistenței medicale primare, urmată de un segment al specialiștilor, iar în vârf situându-se spitalele.

Repartiția de facto a fondurilor, la nivelul anului 2016, ilustrează de fapt o piramidă inversată, cu o finanțare substanțială pentru spitale (42%) și o suma de 7 ori mai mică pentru medicina de familie (6%). Pentru comparabilitatea, procentele medii acordate sectorului medicinei de familie în majoritatea celorlalte țări europene se situează în intervalul 9-14% (incluzând aici țări similare ca profil în abordarea reformelor de sănătate – Ungaria, Bulgaria, Serbia, Bosnia-Herțegovina etc.).

#### **Figura 5.**

**Distribuția finanțării acordate sănătății, pe sectoare de activitate  
(conform fondul național unic de asigurări sociale de sanatate - FNUASS)**



Sursa: figură preluată din Document de poziție (Martie 2016). Medicina de familie nu este o prioritate la stabilirea bugetului și politicilor economice ale României (pagina 14)

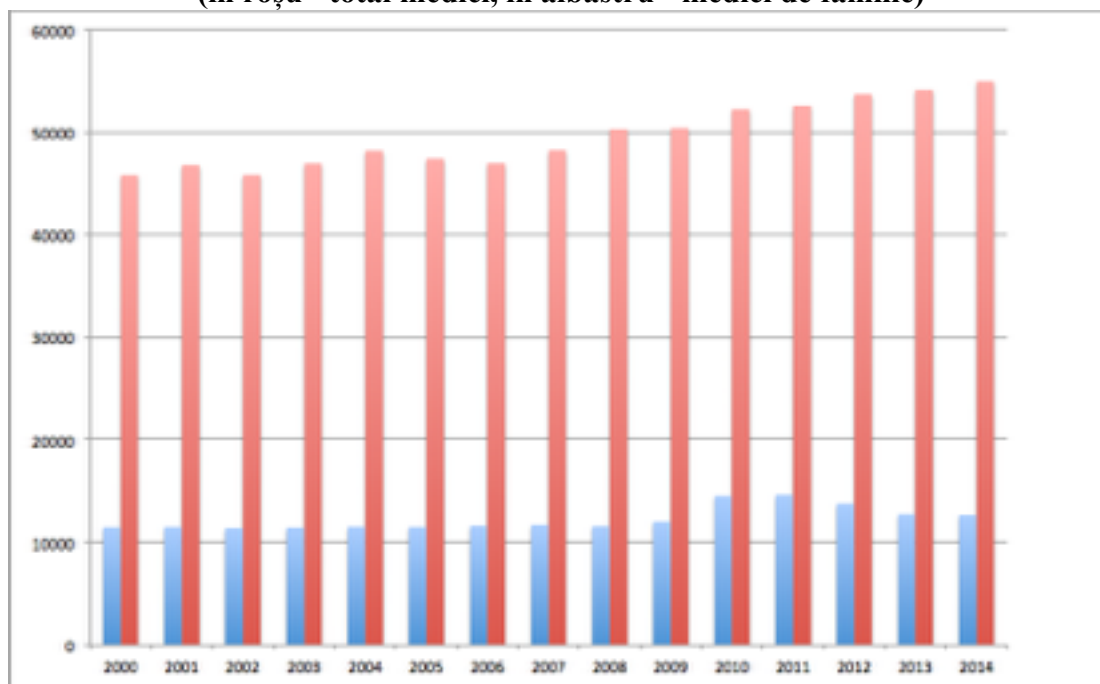
Din păcate, deși nu există o serie completă de date privind acest indicator, se observă în prezent un trend descendent: după perioada 2004-2007 caracterizată de o finanțare în jurul procentului de 5%, anul 2008 s-a remarcat cu o creștere substanțială până la 8.8%<sup>3</sup>, pentru ca ulterior valorile să scadă în mod gradual, atingând acest punct curent de 6%.

Pentru o ilustrare complementară, nu doar la nivelul resurselor financiare ci și al resurselor umane, am considerat a fi relevantă prezentarea evoluției numărului de medici în perioada 2000-2014, per ansamblu, cât și strict la nivelul medicilor de familie. Figura 6 expune un trend relativ constant pentru ambii indicatori, existând câteva ușoare variații.

**Figura 6.**

<sup>3</sup> Date culese din rapoarele de activitate ale CNAS.

### Evoluția numărului de medici în perioada 2000-2014 (în roșu - total medici, în albastru - medici de familie)



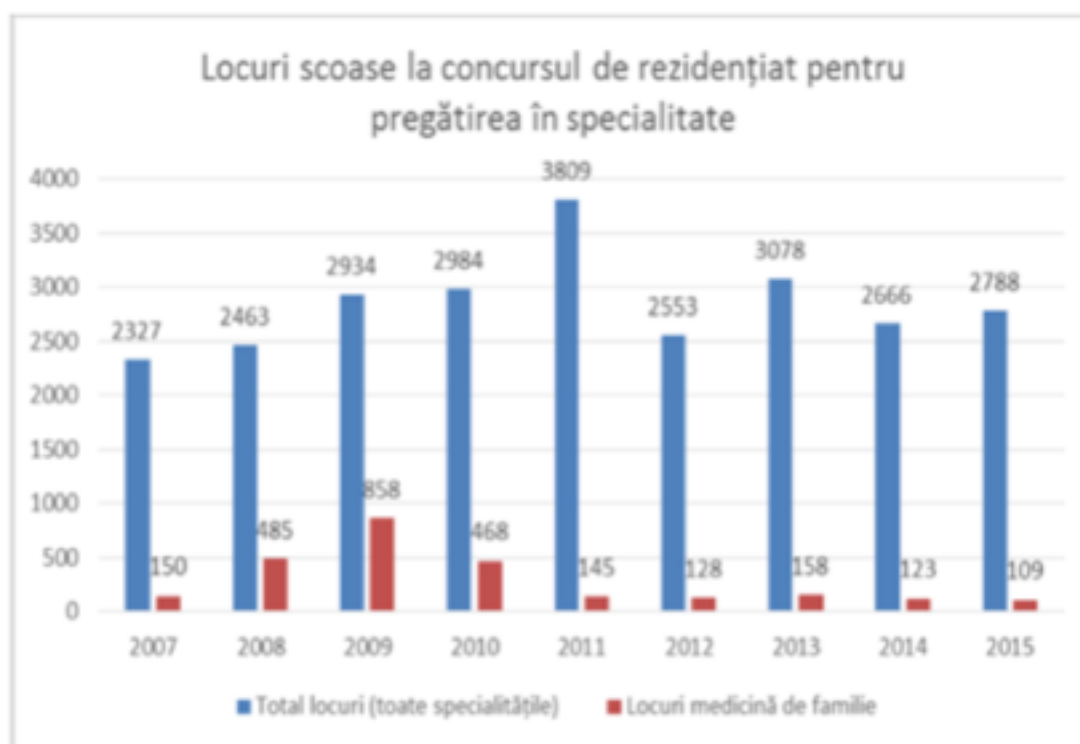
Sursa: prelucrări proprii – date Institutul Național de Statistică

Astfel, începând cu anul 2007 se observă o creștere a numărului total de medici, depășindu-se pragul de 50.000 de medici și atingându-se valoare de 54.924 în anul 2014. Dinamica medicilor de familie pare a fi însă de sens contrar: cele mai mari valori se înregistrează în anii 2010 și 2011 (după un salt semnificativ de la 12.000 la aproximativ 14.500), după care numărul începe să scadă, revenind la valorile din perioada anterioară.

O comparație interesantă de efectuat în acest moment este în aceste valori și numărul locurilor scoase la concursul de rezidențiat pentru pregătirea de specialitate (figura 7). Pentru seria de date ce acoperă orizontul 2007-2015, vârful locurilor totale se situează tot în anul 2011 (cu o valoare de 3809 locuri), punct în care totodată apare o scădere puternică a locurilor alocate pentru medicina de familie (de la 468 la 145, deci aproximativ 70%). Trendul imprimat în 2011 se menține pentru următorii ani în cazul locurilor pentru medicina de familie, dar în contextul unui total mai mic de locuri pentru toate specializările. O observație de natură calitativă ce merită a fi adusă în discuție în acest context este cea surprinsă în raportul Oxford Policy Management: *‘absolvenții aleg rezidențiatul în medicina de familie ca soluție temporară pentru perioada în care caută oportunități profesionale în alte discipline. Acest lucru arată că este posibil ca această profesie să nu se bucure de un statut bun și poate indica apariția în viitor a anumitor probleme de menținere a unei forțe de muncă adecvate pentru a susține servicii de asistență medicală primară de înaltă calitate’* (pagina 24).

**Figura 7.**

**Locuri la concursul de rezidențiat: toate specializările versus medicina de familie**



Sursa datelor: Ministerul Sănătății

Sursa: preluată din Document de poziție (martie 2016). Medicina de familie nu este o prioritate la stabilirea bugetului și politicilor economice ale României (pagina 10)

O ultimă analiză la nivelul acestor date este posibilă luând în considerare numărul medicilor plecați din țară (conform datelor disponibilă la Colegiul Medicilor din România). Se reiterează poziția centrală a anului 2011 care relevă și în această situație o valoare maximă – un număr de 2982 de medici. Analizele în profunzime a acestor date evidențiază faptul că, în ultimii cinci ani, grupul dominant de migranți este constituit din medici generalişti (2.402), urmat de de medici de familie (1.862).

**Tabel 5. Numărul medicilor plecați din România**

| An   | Număr medici plecați din țară |
|------|-------------------------------|
| 2008 | 1155                          |
| 2009 | 1401                          |
| 2010 | 2879                          |
| 2011 | 2982                          |
| 2012 | 2460                          |
| 2013 | 2995                          |

Sursa: Colegiul Medicilor



De remarcat și sublinierea realizată de profesorii Valeriu Dornescu și Teodora Manea asupra acestui fenomen: numărul medicilor plecați în fiecare an în ultima perioadă aproape depășește numărul locurilor scoase la concursul de rezidențiat.

## **Concluzii**

Recunoașterea importanței medicinei de familie în România este un proces ce s-a cristalizat treptat în ultimii 20 de ani, marcându-se puncte importante de apropiere la standardele europene: de la statuarea profesiei de medic de familie (certificată prin programul analog de rezidențiat), la obligația de a avea un astfel de medic și implicit de a oferi servicii de acest tip pentru aproape întreaga populație. Sunt progrese importante, ce definesc un cadru esențial de acțiune, dar nu trec neapărat dincolo de formă, spre optimizarea tipurilor de activități desfășurate la acest nivel.

Perspectiva economică este deosebit de importantă în acest context, prin prisma a câteva mari linii directoare: finanțarea asistenței medicale primare, evaluarea impactului său pe termen lung și atenuarea discrepanței între mediul urban și mediu rural la nivelul țării noastre.

Abordarea științifică, cultivată de subdisciplina economiei sănătății, este cea care poate oferi o înțelegere cât mai corectă asupra legăturii reale dintre această subcomponentă a sistemului de sănătate și impactul său micro și macroeconomic. Pentru a determina dacă avem de-a face cu o relație de cauzalitate și nu o simplă corelație (mai ales în ceea ce privește modul în care finanțarea suplimentară la nivel de bază poate determina scăderea presiunii la nivelul serviciilor spitalicești), este însă nevoie de eforturi suplimentare, puternic ancorate în date empirice. Iar în final, mai mult decât date și rezultate econometrice, se dovedește necesară o viziune comprehensivă pentru a le putea interpreta într-un anumit context. Din simplele comparații și evoluții studiate în cadrul lucrării se remarcă anumite puncte de inflexiune – respectiv anumiți ani (2008, 2011) – ce comportă creșteri sau scăderi semnificative a valorii unor indicatori importanți: procentele finanțării, numărul locurilor la rezidențiat, numărul medicilor ce aleg să imigreze etc. Este foarte dificil de identificat o cauza doar privind la suprafața acestor date deoarece în zona sănătății palierul cercetărilor este unul eterogen, cu multe limitări metodologice și aspecte profund specifice ce necesită expertiza combinată a unor echipe interdisciplinare.

## **Referințe bibliografice:**

- Combs, B., Slovic, P. (1979). Newspaper coverage of causes of death. *Journalism Quarterly*, 56, 837-843
- Cooper, R. A. (2009). States with more physicians have better-quality health care. *Health Affairs*, 28(1), w91-w102.
- Dornescu, V., & Manea, T. (2013). Migrația medicilor români: Dimensiuni socio-demografice și economice. *Revista de economie socială*, 3(1), 121-158.
- Ferrante, J. M., Gonzalez, E. C., Pal, N., & Roetzheim, R. G. (2000). Effects of physician supply on early detection of breast cancer. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 13(6), 408-414.

- Gravelle, H., Morris, S., & Sutton, M. (2008). Are family physicians good for you? Endogenous doctor supply and individual health. *Health services research*, 43(4), 1128-1144.
- Ianole, R. (2015). *Economia comportamentală – analize conceptuale și aplicații experimentale*, editura Universității din București.
- Kahneman, D. (2011). *Gândire rapidă, gândire lentă*, editura Publica, București
- Krztoń-Królewiecka, A., Švab, I., Oleszczyk, M., Seifert, B., Smithson, W. H., & Windak, A. (2013). The development of academic family medicine in central and eastern Europe since 1990. *BMC family practice*, 14(1), 37.
- Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health services research*, 38(3), 831-865.
- Morris, S., & Gravelle, H. (2008). GP supply and obesity. *Journal of Health Economics*, 27(5), 1357-1367.
- Shi, L., Starfield, B., Politzer, R., & Regan, J. (2002). Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health services research*, 37(3), 529-550.
- Starfield, B., & Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60(3), 201-218.
- \*\*\*Oxford Policy Management (2012). Raport final - Asistență tehnică pentru Unitatea de Management a Proiectului – APL 2 din cadrul Ministerului Sănătății din România, în vederea dezvoltării unei Strategii pentru asistența medicală primară din zonele slab deservite și a Planului de Acțiune aferent.
- \*\*\*Document de poziție (martie 2016). Medicina de familie nu este o prioritate la stabilirea bugetului și politicilor economice ale României. Fără cabinetele noastre sistemul medical se prabușește (disponibil la [http://www.romanioliberal.ro/articleFiles/20160401111943-SNMF\\_FNPMF\\_Document\\_de\\_pozitie\\_Finantare\\_MF\\_31martie2016.pdf](http://www.romanioliberal.ro/articleFiles/20160401111943-SNMF_FNPMF_Document_de_pozitie_Finantare_MF_31martie2016.pdf))
- \*\*\*Euro Health Consumer Index (2015). Raport disponibil la [http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2015/EHCI\\_2015\\_report.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf)
- \*\*\*Comunicat de presă Eurostat 24 mai 2016, Avoidable deaths in 2013. One death out of three in the EU could have been avoided in the light of current medical knowledge and technology, disponibil la <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7335847/3-24052016-AP-EN.pdf/4dd0a8ad-5950-4425-9364-197a492d3648>
- \*\*\*Societatea Națională de Medicina Familiei, <http://www.snmf.ro/>
- \*\*\* Institutul Național de Statistică, Statistică socială (domeniul Sănătate), <http://statistici.insse.ro/shop/>