



# SĂNĂTATEA, LA URGENȚĂ!

O inițiativă a Alianței Pacienților Cronici din România

## CONTEXT

Pentru noi toți, 2020 a fost un an de răspântie, care ne-a demonstrat cât de importante sunt pentru sănătatea noastră și celor din jur atât deciziile personale, cât și politicile publice. Criza sanitară provocată de COVID-19 a făcut ca problemele majore și limitările sistemului de sănătate să devină și mai vizibile, pentru și mai mulți oameni decât de obicei. În același timp însă, situația curentă poate fi privită ca o oportunitate unică de a identifica ce putem face pentru a ameliora atât sistemul de sănătate, cât și educația sanitară a fiecăruia dintre noi.

În acest context, Alianța Pacienților Cronici din România (APCR) lansează inițiativa « **Sănătatea, la urgență** », un demers ce își propune îmbunătățirea sistemului de sănătate, astfel încât să poată răspunde mai bine în primul rând cerințelor celor care au cea mai mare nevoie de el – pacienții.

Cu sprijinul celor peste 3 milioane de pacienți reprezentați de Alianța Pacienților Cronici din România și în colaborare cu specialiști din domeniu, APCR a identificat și documentat trei arii critice – din perspectiva pacienților – arii asupra cărora actualii și viitorii guvernanți sunt invitați să își aplece atenția, pentru a identifica soluții.

## ARII CRITICE

Metehnele sistemului românesc de sănătate sunt multiple, însă ele sunt evidențiate public în funcție de interesele punctuale ale diverșilor actori. Credem că vocea cea mai autorizată să prezinte un tablou complet al acestor probleme este cea a pacienților – în definitiv sistemul de îngrijire a sănătății există înainte de toate pentru ei.

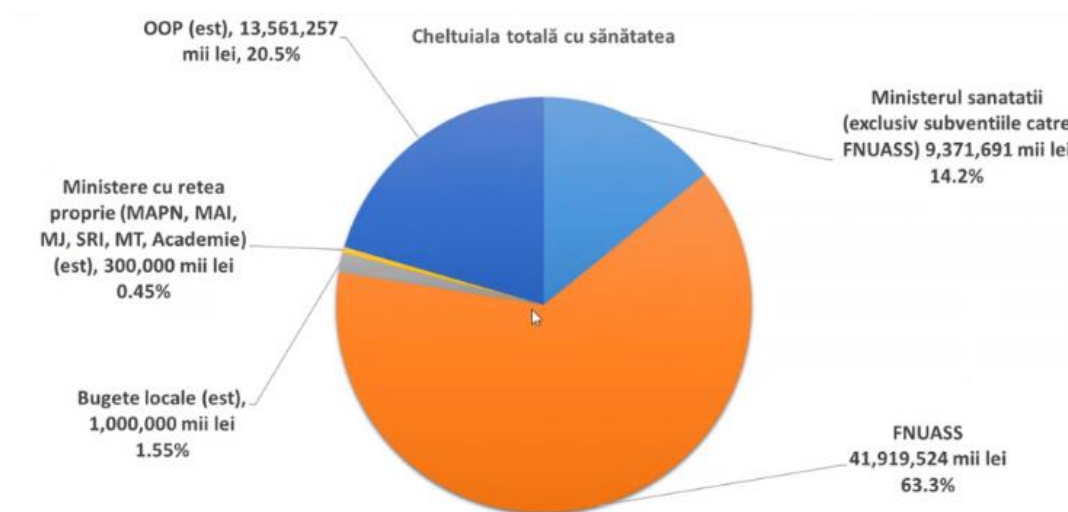
Având în vedere exclusiv perspectiva pacienților, APCR a identificat aceste trei arii critice, astfel:

- Finanțarea sistemului de sănătate
- Politicile publice în domeniul sănătății
- Aspecte culturale



## FINANȚAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

La peste un deceniu de la intrarea în Uniunea Europeană, România continuă să investească în sănătate cele mai mici sume per capita sau raportate la PIB. La nivelul anului 2019 acestea se ridicau la aproximativ 700 Euro / cap de locuitor, însemnând 6.27% din Produsul Intern Brut.<sup>1</sup> Se estimează că doar 80 % din aceste investiții provind din fonduri publice. 20% sunt cheltuieli private ale cetățenilor.



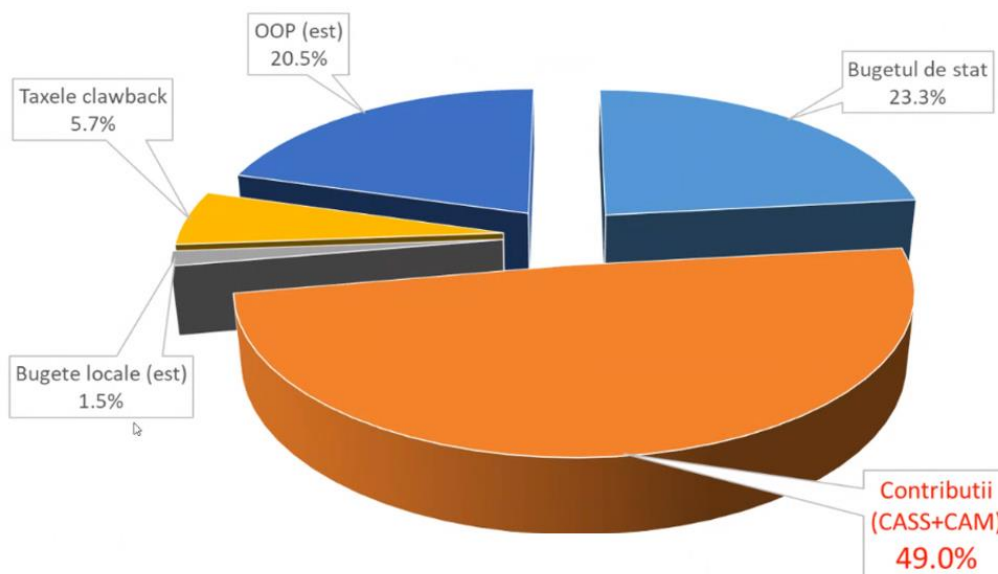
Este adevărat că în ultimii șapte ani, investițiile aproape că s-au dublat. Fondul Național Unic al Asigurărilor Sociale de Sănătate (FNUASS) a crescut de la 22,9 mld RON la 41,91 mld RON în anul 2019.<sup>2</sup> Dublarea acestor fonduri nu a dus la o creștere semnificativă a satisfacției pacienților – cronici sau acuți – și nici a majorității celor care formează sistemul de sănătate.

Sistemul medical românesc este finanțat din **surse multiple**:

- o finanțare « centralizată » din :
  - fondurile Ministerului Sănătății
  - fondurile Casei Naționale de Asigurari de Sanatate, prin Fondul Național Unic de Asigurari Sociale de Sanatate (FNUASS)
- o finanțare regională, din bugetele autorităților locale
- o finanțare din partea producătorilor de medicamente, prin taxa clawback
- o finanțare a fiecărui pacient, prin
  - coplata anumitor servicii medicale sau
  - prin plăți informale

<sup>1</sup> Prezentare secretar de stat în Ministerul Sănătății Dragoș Garofil, la Conferința Națională de Farmacoeconomie și Management Sanitar 2020

<sup>2</sup> idem



Complexitatea sistemului este exemplificată de contractul cadru, normele de aplicare ale acestuia și ale programelor naționale, care au peste 1500 de pagini. În fiecare an, aceste documente sunt actualizate, fără însă a se evidenția diferențele față de anul anterior. Din această cauză, nu există o înțelegere completă a regulilor care guvernează finanțarea, din partea niciunui actor din sistem (manageri de spitale, medici, decidenți din MS și CNAS, etc).

Principala problemă a acestui model este aceea că majoritatea liniilor de finanțare concură într-un fel sau altul în actul medical. Principala vulnerabilitate este aceea că orice lipsă, pe oricare din aceste linii de finanțare, afectează actul medical, ceea ce frustrează nu doar pacienții, ci și majoritatea actorilor din sistem.

În plus, finanțarea sănătății începe să se îndepărteze tot mai mult de modelul inițial: de la an la an sume tot mai mari vin de la bugetul de stat pentru a compensa:

- Creșterea salariilor unor categorii de personal,
- Scăderea încasărilor la FNUASS prin exceptarea de la plata taxelor aferente sănătății a tot mai multor categorii de cetățeni
- Creșterea unor cheltuieli din sistemul de sănătate

În ciuda fondurilor din ce în ce mai mari care intră în sistemul de sănătate românesc de mai bine de un deceniu, considerăm că există posibilitatea eficientizării folosirii acestora prin limitarea risipei actuale. Lăsând la o parte aspectele legate de corupție – ce trebuie adresate imediat de către autoritățile competente - când ne referim la « risipă » avem în vedere anumite situații în care se observă o folosire ineficientă a fondurilor.

Ne vom apleca doar asupra câtorva exemple, ce evidențiază nevoia de eficientizare.



## 1. Standarde de cost

a. **Valorile relative ale DRG-urilor** (Diagnosis-Related Groups) folosite pentru decontarea serviciilor medicale oferite de spitale au fost stabilite la sfârșitul anului 2006 și neactualizate de atunci. În prezent, aceste valori nu mai reprezintă realitatea. Pentru majoritatea ariilor terapeutice, sumele decontate sunt mult mai mici decât costurile reale pe care spitalele le au cu tratamentul bolnavilor. Ca urmare, în realitate, la nivel de spital, se « jonglează » cu aceste DRG-uri, adăugându-se în cele mai multe cazuri, coduri de boală suplimentare, pentru a putea obține sumele de bani necesare acoperirii costurilor reale. Dincolo de aspectele legate de etică, din cauza acestei practici, în prezent nu se cunosc costurile reale ale tratării unui bolnav și nici patologiile exacte ale celor internați în mare parte din spitalele din România. Având în vedere că majoritatea îngrijirilor medicale au loc în spital, nu greșim dacă spunem că finanțarea sistemului de sănătate este afectată major de aceste practici.

b. **Valoarea tarifului de caz ponderat** pentru același serviciu medical este diferită de la spital la spital, în funcție de categoria spitalului. Spre exemplu, nașterea unui bebeluș sănătos este decontată diferit în funcție de spitalul unde se naște, deși serviciile medicale oferite sunt aceleași.

**2. Structura unor spitale** nu corespunde nevoilor de sănătate din zona pe care o deservește. Astfel, aceste spitale angajează personal și întrețin secții de care beneficiază câțiva pacienți lunar, în condițiile în care personalul medical este plătit cu norma întreagă. Spre exemplu, spitalul din localitatea Bolintin are două linii de gardă și secție de obstetrică-ginecologie cu personal complet, în condițiile în care înregistrează maxim 5 nașteri anual. Aceste unități medicale pot fi eficientizate și restructurate, astfel încât risipa de fonduri să fie limitată. Există în România spitale în al căror buget actual medical reprezintă mai puțin de 10% din fondurile consumate, restul fiind salariile personalului.

**3. Analizele paraclinice și de laborator** sunt deosebit de importante pentru un diagnostic corect. În ciuda acestui fapt, accesul gratuit la aceste analize este limitat și depinde în mare măsură de modul în care unitățile sanitare au negociat cu furnizorii de servicii și cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Spre exemplu, anumite analize de laborator din sferă endocrină se pot efectua gratuit în anumite spitale și contra cost în altele, în condițiile în care aceste pachete de analize ar trebui standardizate pe boli, fără a depinde de spitalul în care pacientul este internat sau de medicul din ambulatoriu la care apelează pacientul. În plus, Alianța Pacienților Cronici din România a primit mai multe semnale că prețurile decontate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru analize paraclinice și de laborator sunt mult mai mari decât cele decontate pentru aceleași analize, în majoritatea țărilor Uniunii Europene.

**4. Palierul medicinei de familie** este unul esențial pentru o bună funcționare a sistemului sanitar. Din păcate însă, astăzi povara administrativă a medicilor de familie tinde uneori să fie mai mare decât cea a actului medical în sine, cabinetele lor devenind centre de distribuție a adeverințelor, a concediilor medicale sau a biletelor de trimitere către medicii specialiști.

Cazuri medicale care pot fi rezolvate relativ simplu la nivelul medicilor de familie ajung deseori să fie rezolvate la nivel de ambulator sau de spital, la costuri decontate sensibil mai mari.

## POLITICILE PUBLICE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

În cei 30 de ani scurși de la Revoluția din decembrie 1989, România a avut aproximativ 30 de miniștri ai sănătății și se apreciază că "speranța de viață" a unui ministru al sănătății în funcție este în medie de 9 luni. Acest lucru s-a tradus în lipsa unei viziuni pe termen lung și a unui sentiment de provizorat continuu în ceea ce privește politicile publice. Criza sanitară actuală ne-a demonstrat încă o dată cât de importante sunt



strategiile implementate corect, ne-a demonstrat căta nevoie este de ele și că lipsa lor înseamnă în realitate pierderea de vieți omenești.

În anul 2020, România, țară membră a Uniunii Europene de mai bine de un deceniu, este singura în care lipsesc **programele naționale de screening populațional** pentru boli ce ar putea fi tratate, dacă ar fi depistate din timp. Din această cauză, în țara noastră există aproximativ 4,5 milioane pacienți cronici, ceea ce înseamnă că - ponderat la cifra reală de cetățeni care apelează la sistemul de sănătate - unul din patru este pacient cronic. Doar în programul național de oncologie sunt aproximativ 130.000 de pacienți, care consumă circa 25-30% din bugetul CNAS.

Un studiu realizat recent, arată însă că implementarea unui program de screening pentru cancerul mamar are ca efect concret scăderea cu aproximativ 22% a costul mediu de tratament al unei femei diagnosticate cu cancer de sân, indiferent de stadiul de boală. Astfel la fiecare 5 femei diagnosticate și tratate poate fi tratată suplimentar încă o femeie, în aceeași sumă de bani.<sup>3</sup>

Lipsesc de asemenea **registrele electronice de pacienți și/sau patologii**, așadar statul român este în imposibilitatea de a avea o imaginea clară, centralizată a numărului de pacienți tratați în România, pentru ce patologii și care sunt sumele cheltuite cu aceștia.

În absența acestei imagini, este dificil de înțeles cum sunt gândite programele de sănătate din România – derulate atât de CNAS, cât și de Ministerul Sănătății. Și în general, cum pot fi realizate politici publice pentru pacienți, atât timp cât datele folosite în acest scop în România sunt în cel mai bun caz date istorice? Nu în ultimul rând, performanța programelor de sănătate nu poate fi evaluată, atât timp cât evoluția sănătății pacienților înrolați nu poate fi evaluată prin intermediul registrelor.

**Sistemul Informatic Unic Integrat (SIUI)** implementat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în anul 2011 este unul învechit și care nu poate răspunde nevoilor actuale, nici din punct de vedere tehnic, nici în ceea ce privește analiza datelor colectate. În plus, CNAS nu are capacitatea proprie de analiză a datelor, iar în cea mai mare parte a situațiilor rapoartele trebuie solicitate contr-cost companiei care a implementat sistemul. Lipsa unei arhitecturi IT corecte și moderne, precum și nivelul limitat de competențe IT de la nivelul CNAS au dus la întreruperi frecvente ale funcționării sistemului informatic, cu repercusiuni majore asupra sănătății pacienților. Conform unei analize recente, întreruperile sistemului au generat întâzieri de aproximativ 5 zile de la momentul consultului pacientului până la momentul în care acesta intră în posesia medicamentului prescris.<sup>4</sup>

Sistemele informatice folosite în sănătate – ca multe altele realizate în România în ultimele două decenii – nu au fost gândite și prin prisma evoluției lor în viitor. Majoritatea nu au fost gândite pentru a ușura administrarea sau controlul, nu pot fi scalate și nu pot fi interconectate cu ușurință cu alte sisteme. În interiorul Platformei Informatice din Asigurările de Sănătate, cele patru componente (Sistemul Informatic Unic Integrat, Sistemul Informatic pentru Prescripția Electronică, Sistemul Electronic pentru Cardul Electronic

<sup>3</sup> Povara cancerului de sân în România. Beneficiile investiției într-un program de screening pentru cancerul de sân, Deloitte Romania, 2017

<sup>4</sup> Analiza IQVIA 2020



de Asigurări de Sănătate și Dosarul Electronic de Sănătate) au o interoperabilitate limitată, cauzată atât de aspecte tehnice cât și legislative. Mai mult decât atât, nu există interoperabilitate și comunicare electronică între sistemele CNAS și cele ale altor instituții publice cum ar fi Agenția Națională pentru Administrare Fiscală, Direcția pentru Evidența Populației și Administrarea Bazelor de Date, Ministerul Muncii și Justiției Sociale, etc.

În ciuda unor evoluții punctuale pozitive, **accesul la tratamente și investigații medicale** este în continuare deficitar. Nu există o strategie pe termen lung pentru programele curative de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, ceea ce se traduce în alocarea de fonduri pe criterii « istorice » și în lipsa unei abordări integrate a pacientului.

Spre exemplu, majoritatea programelor curative nu includ în acest moment decât medicamente, nu și investigațiile necesare pentru diagnosticare sau pentru monitorizarea tratamentului. În aceste programe, criteriile de performanță nu vizează evoluția stării de sănătate a pacientului, ci indicatori financiari.

Cel mai grav – programele de sănătate ale CNAS nu au indicatori de performanță care să arate cât de folositoare sunt bolnavilor deserviți astfel. Singurii indicatori sunt cei financiari, controlați de Curtea de Conturi

De asemenea, lipsește un sistem electronic care să prezinte în timp real numărul de bolnavi tratați și costul mediu pe pacient, la nivel național. În ciuda acestei stări de fapt, Curtea de Conturi penalizează spitalele la care costul mediu pe pacient depășește media națională, stabilită totuși de CNAS în lipsa unor date reale.

Observăm de asemenea, faptul că există un preț de decontare reglementat doar pentru medicamente, însă nu și pentru materiale sanitare. Astfel, pentru unele dintre acestea, CNAS decontează prețul pieței, « la liber », ceea ce crește cheltuielile pentru sistem.

Un alt punct critic ce are de suferit în lipsa unor politici clare este legat de **managementul în sănătate**, pornind de la directorii de spitale, cei ai Direcțiilor de Sănătate Publică și continuând cu personalul Ministerului Sănătății, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și Agenției Naționale a Medicamentului și Dispozitivelor Medicale. Se observă o lipsă îngrijorătoare de profesionalism, cauzată de politizare și de nepotism cronic. Spre exemplu, ani la rând, accesul pacienților români la studii clinice a fost puternic afectat de incapacitatea Agenției Naționale a Medicamentului și Dispozitivelor Medicale de a aproba în timp util aceste studii. Mai mult, accesul la medicamente noi a trenat o perioadă lungă de timp din cauza faptului că aceeași instituție nu avea personal suficient și competent, pentru evaluarea dosarelor de aprobare a noilor molecule.

Criza cauzată de virusul SARS – COV 2 a scos în evidență de mai multe ori incompetența Direcțiilor de Sănătate Publică în gestionarea unor probleme esențiale. La nivel central, cu câteva excepții punctuale, personalul din structurile Ministerului Sănătății și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate este slab pregătit, iar poziții cheie nu sunt ocupate.

Este nevoie de asemenea de o regândire a **sistemului de licitații publice**, la nivel centralizat, dar și la nivel de spital. Întârzierile cauzate de procedurile greoaie sau de contestațiile depuse de unii participanți la licitații,



au provocat lipsuri în ceea ce privește aprovizionarea cu medicamente, pentru bolnavi ce nu au timp să aștepte.

În lipsa unor politici publice care să încurajeze sistemul de medicină primară sau ambulatoriu, **distribuția geografică a personalului medical** este una deficitară. Astfel, în orașele mari se observă o supra-aglomerare a medicilor, în timp ce în zonele rurale sau în orașele mici lipsa acestora este una acută. Dacă, în mediul urban, un medic specialist tratează, în medie, o populație de 302 pacienți, în cel rural, peste 2.000 de persoane sunt alocate unui singur specialist. În topul județelor fruntașe în ceea ce privește media numărului de pacienți alocați unui specialist se află București, cu un număr sub media națională, 205 persoane tratate de un medic de specialitate, urmat de Cluj, Timiș, Dolj și Mureș. La polul opus, se află județul Călărași, aici înregistrându-se cel mai mare număr de pacienți tratat de către un singur specialist, 1.175 de persoane. Tot peste 1.000 de pacienți alocați unui singur specialist înregistrează și județele din partea de est a țării: Giurgiu, Ialomița, Tulcea și Vaslui<sup>5</sup>.

În ciuda creșterii substanțiale a salariilor personalului medical, migrația continuă, aceasta fiind cauzată nu doar de lipsa banilor, ci mai ales de condițiile de muncă. Proporția de medici specialiști / pacienți cronici devine problematică și în defavoarea pacienților. În România, 1 din 5 medici specialiști au vârste cuprinse între 61 și 65 de ani și tind să practice o medicină învechită. În ceea ce privește medicina de familie, 1 din 4 medici se încadrează în aceeași categorie de vârstă.<sup>6</sup>

**Infrastructura în sănătate** a ajuns, la rândul ei, să creeze probleme de sănătate românilor. 80% dintre spitalele actuale au fost construite înainte de anii '70.<sup>7</sup> Odată cu intrarea generației « decreștelor » în categoria pensionarilor – aceasta aducând cu sine nevoi sporite de îngrijiri medicale - majoritatea spitalelor vor fi trecut de 50 de ani vechime, ceea ce înseamnă un risc foarte crescut de infecții nozocomiale.

## ASPECTE CULTURALE

În România lipsesc **programe naționale integrate de informare și educație pentru sănătate**. Deși unele progrese au fost făcute în ultimul deceniu, rolul educativ al autorităților sanitare are manifestări firave și lipsite de profesionalism. Educarea tinerelor generații la vârste la care deprind obiceiuri cu potențial impact negativ asupra sănătății practic lipsește. Orele de educație sanitară în școli sunt mai degrabă excepția decât regula.

Un aspect cultural-cheie este modul în care autoritățile au comunicat schimbările efectuate în sistem. Felul în care aceste schimbări sunt explicate publicului larg este extrem de important ca oamenii să înțeleagă ce se întâmplă și să accepte schimbările. Spre exemplu, percepția APCR, confirmată ulterior de studii realizate la Universitatea București, a arătat faptul că pacienții nu își aleg spitalul în funcție de acreditările de calitate ale acestuia. Ca urmare, autoritățile trebuie să comunice mai bine aspectele legate de procesul de acreditare al spitalelor, ca un element ce garantează calitatea serviciilor oferite în aceste instituții.

<sup>5</sup> Baza de date One Key, IQVIA

<sup>6</sup> Baza de date One Key, IQVIA

<sup>7</sup> Estimare APCR



În prezent, **comunicarea medic – pacient** întâmpină dificultăți. Una dintre problemele cele mai des întâlnite în relația pacienților cu personalul medical este legată de maniera în care au fost comunicate unele diagnostice sau modul în care același personalul medical s-a comportat cu bolnavii. Se simte nevoia unei adaptări a comunicării medicilor la nivelul de înțelegere al pacienților. În ciuda dificultăților și a aglomerării de la ușile cabinetelor medicale, credem că umanitatea, compasiunea și empatia trebuie să fie trăsături caracteristice oricarei persoane care lucrează în domeniul îngrijirilor de sănătate.

**Plățile informale** continua să fie o « tradiție » în România, tradiție ce nu pare să dispară în viitorul apropiat. Cazurile de condiționare a actului medical de plăți informale par să fi scăzut în ultimii ani, dar în continuare există la nivelul pacienților reflexul de a oferi bani sau produse personalului medical.

În fine, o altă problemă culturală gravă a sistemului medical este acela că recompensează activitatea, nu rezultatul la nivelul pacientului. În România se administrează tratament, nu se tratează bolnavul. Iar acest lucru înseamnă viața unui om: traiește sau moare, se vindecă sau nu.

## SOLUȚII PENTRU UN VIITOR MAI SĂNĂTOS

Acest document ce evidențiază unele dintre problemele critice ale sistemului de sănătate, din perspectiva pacienților, va fi prezentat tuturor partidelor politice parlamentare.

Ne dorim ca pe baza lui, actorii politici să propună în cursul campaniei electorale soluții concrete și realiste, ce vor fi incluse în programele lor. De asemenea, după ce aceste soluții vor fi creionate de fiecare actor politic, ne dorim o dezbatere publică, pentru a fi prezentate electoratului, până la alegerile parlamentare din luna decembrie.

Credem că partidele politice și specialiștii la care vor apela sunt cei mai în măsură să transforme sistemul de sănătate, pe termen lung, prin asumarea de comun acord a unor soluții și prin luarea unor decizii ce nu vor ține cont de coloratura politică. Realitatea ne-a arătat că, pentru a rezolva probleme în sănătate, este nevoie de consens, de profesionalism și de asumarea unor politici pe termen lung, dincolo de ciclurile electorale.

###

*Alianța Pacienților Cronici din România dorește să mulțumească tuturor celor care au contribuit pro-bono la dezvoltarea și derularea inițiativei „ Sănătatea, la urgență! ”: dr. Bogdan Andreescu, dr. Vasile Ciurchea, dr. Oana Costan, Lucian Ioniță, dr. Laszlo Lorenzovici, Marta Niculaie, dr. Flavius Pavelescu, Adrian Pătrașcu, Ion Gheorghe Petrovai, Sorin Petcu, Liviu Popescu, Paula Rusu, Ioan Doru Vlădoiu, Pacientul 2.0.*