

MECANISMELE DE STEWARDSHIP DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE ROMÂNESC ÎN CONTEXTUL DESCENTRALIZĂRII

FLORENTINA LIGIA FURTUNESCU¹ L. NICULESCU², DANA GALIETA MINCA³

^{1,3}Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București, ²Doctorand Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București

Cuvinte cheie: stewardship, descentralizare

Rezumat: În anul 2010, pe fondul crizei economice, politica de sănătate a avut ca temă predominantă descentralizarea unităților spitalicești. Studiul de față se bazează pe o revizie de literatură și are ca scop prezentarea sintetică a principalelor mecanisme de stewardship, urmată de analiza critică a posibilelor influențe ale procesului de descentralizare asupra acestei funcții esențiale a sistemelor de sănătate. Descentralizarea managementului unităților spitalicești în România poate avea un impact favorabil în ceea ce privește utilizarea mecanismelor de consens și respectiv de autoreglare, dar ridică probleme privind capacitatea de implementare a reglementărilor, capacitatea de planificare la nivel local și capacitatea de utilizare inteligentă a informațiilor. Este recomandabilă cel puțin monitorizarea indicatorilor de structură, proces și rezultat la nivelul spitalelor, pentru a asigura echitatea, accesul și calitatea actului medical în plan național.

Keywords: stewardship, decentralization

Abstract: In 2010, on the background of the economical crisis, the Romanian health policy focused on decentralizing hospitals. The present study is based on a literature review and has as aim to present the term of "stewardship" and to the possible influences of the decentralization process on this vital function of the health systems. The stewardship mechanisms are shown by specific field and some considerations are done in relation to the Romanian health system. The decentralization of the hospitals management could have a favorable impact on reaching the consensus and on self-regulating mechanisms, but it raise questions related to the capacity to implement or enforce the regulation, the local planning capacity and the "intelligent" use of information. The monitoring of the inputs, processes and outputs at hospitals' level is necessary in order to insure the equity, the access and the quality of the health services for all the citizens.

INTRODUCERE

Sistemul de sănătate din România este confruntat tot mai frecvent în ultimele luni cu situații de criză uneori dramatice și fără precedent. Aceste crize sunt urmate de proteste împotriva personalului medical – deopotrivă medici și asistente medicale – personal care adesea este pe punctul de a-și pierde motivația intrinsecă, sau este în pragul alegerii unui loc de muncă decent în străinătate. În anul 2010, pe fondul crizei economice, politica de sănătate a avut ca temă predominantă descentralizarea unităților spitalicești. În acest context, considerăm oportun să aducem în atenția cititorului de literatură științifică medicală conceptul de stewardship și influențele posibile ale procesului de descentralizare asupra acestei funcții esențiale a sistemelor de sănătate.

MATERIAL ȘI METODĂ DE LUCRU

Studiul de față se bazează pe o revizie de literatură, cu prezentarea sintetică a principalelor mecanisme de stewardship, urmată de analiza critică a provocărilor posibile ale procesului de descentralizare în legătură cu aceste mecanisme.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Noțiunea de stewardship a fost asociată sistemelor de sănătate în Raportul Organizației Mondiale a Sănătății din anul 2000, care concretiza din punct de vedere conceptual abordarea funcțională a acestora. Conform acestei abordări, se descriu

patru funcții esențiale ale sistemelor de sănătate, respectiv: acoperirea populației cu servicii de sănătate, realizarea de investiții pentru clădiri, echipamente și pentru resurse umane calificate, finanțarea sistemelor de sănătate (stabilirea unei contribuții financiare corecte, capacitatea de colectare a acesteia și achiziția strategică de servicii de sănătate) și stewardshipul pe care îl putem asimila conducerii eficiente a sistemului de sănătate (1). Aceste patru funcții universale, pe care trebuie să le îndeplinească toate sistemele de sănătate, servesc îndeplinirii scopurilor acestora, de menținere a sănătății, de răspuns la așteptările legitime (nu întotdeauna de natură medicală) ale cetățenilor și de echitate în contribuția financiară.

Același raport OMS subliniază faptul că sănătatea constituie întotdeauna o prioritate națională, că cea mai mare responsabilitate pentru performanța sistemelor de sănătate aparține guvernelor și că această responsabilitate trebuie să fie continuă, permanentă.

O definiție clasică a stewardship-ului este aceea de "funcție a guvernelor, responsabilă de bunăstarea populației și vizând legitimitatea și încrederea cu care acțiunile acestora sunt percepute de cetățeni" (2). Funcția de stewardship constă practic în stabilirea și respectarea regulilor sistemului și în furnizarea de strategii coerente pentru toți actorii din sistem, fiind esențială pentru îndeplinirea celorlalte trei funcții ale sistemului de sănătate și pentru atingerea scopurilor fundamentale ale acestuia. Termenul include multiple mecanisme, clasificate de

¹ Autor Corespondent: Florentina Ligia Furtunescu, str. Dr. Leonte Anastasievici, nr. 1-3, sector 5, București, România; e-mail: ffurtunescu@gmail.com; tel +40-0723537913

Articol intrat în redacție în 28.06.2010 și acceptat spre publicare în 12.07.2010
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Septembrie 2010; 2(3)1-4

SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

OMS în trei domenii principale (Tabelul 1).

Tabelul nr. 1. Domenii și mecanisme generale de stewardship

Domeniu	Mecanisme generale
1. Formularea de politici	1.1. Existența unei viziuni despre viitor, concretizată într-o politică națională în domeniul sănătății
	1.2. Prioritizare, pe bază de criterii adecvate (ex. Povara bolilor, cost-eficacitatea intervențiilor)
	1.3. Existența de standarde măsurabile de dezvoltare pe termen scurt și mediu
	1.4. Utilizarea de mecanisme de atingere a consensului
2. Exercițarea influenței	2.1. Elaborarea de reglementări adecvate scopului politicii de sănătate
	2.2. Asigurarea implementării reglementărilor
	2.3. Utilizarea de mecanisme de autoreglare
	2.4. Acțiuni de advocacy
3. Colectarea și utilizarea inteligentă a informațiilor	3.1. Realizarea unui sistem informațional adecvat scopului de înțelegere a intrărilor, proceselor și ieșirilor din sistemul de sănătate și a nevoilor derivate din acestea
	3.2. Utilizarea informațiilor pentru planificarea strategică, tactică și operațională

Fiecare dintre mecanismele de stewardship identificate se pot dezvolta și particulariza pentru celelalte trei funcții ale sistemelor de sănătate (furnizarea de servicii, generarea de resurse și finanțare). Tabelul nr. 2 furnizează exemplificări adaptate sistemului de sănătate românesc.

Mecanismele de stewardship sunt, desigur, multiple și greu de identificat pentru toate nivelurile unui sistem de sănătate. Iar tabelul anterior nu are, de departe, caracter exhaustiv. De asemenea, se poate afirma că în general guvernele eșuează în diferite grade, în exercitarea mecanismelor de stewardship la nivelul sistemelor de sănătate.

În continuare vom particulariza modul de exercitare pentru unele mecanisme generale de stewardship, în contextul recentei descentralizări a managementului unităților spitalicești.

A. Existența unei viziuni despre viitor, concretizată într-o politică națională în domeniul sănătății

În prezent există un capitol dedicat sănătății în Programul actual de guvernare, dar nu există o strategie sectorială în domeniu. Actualul program de guvernare prevede aprobarea următoarelor documente programatice (4):

- strategie națională de dezvoltare a serviciilor sanitare pe o perioadă de minimum 8;
- un plan național de investiții în infrastructură;
- un plan național de paturi;
- un plan național de resurse umane.

Toate aceste documente sunt imperios necesare pentru funcționarea coerentă și sustenabilă a sistemului de sănătate.

Probabil, ele ar fi fost necesare chiar înainte de demararea procesului de descentralizare, astfel încât regulile generale de gestiune a unităților spitalicești de către administrațiile publice locale să asigure implementarea planurilor guvernamentale. Ministerul și-a păstrat totuși capacitatea de reglare a serviciilor spitalicești prin avizarea modificărilor de organizare și structură ale tuturor unităților spitalicești publice și prin menținerea atribuției de control.

Pentru a elabora și implementa documentele programatice sus-menționate, Ministerul Sănătății are nevoie de informații de la nivel local, privind starea de sănătate a populației (inclusiv determinanții acesteia), volumul serviciilor medicale pe categorii și rezultatele intervențiilor din domeniul sănătății publice. La nivel de reglementare, ministerul a prevăzut fluxul informațional și obligativitatea de raportare a tuturor furnizorilor publici de servicii medicale.

La nivel organizatoric, instituțiile responsabile de colectarea informațiilor din teritoriu au fost unificate (institutele și centrele de sănătate publică și fostul centru de calcul). Provocarea majoră indusă de procesul de descentralizare este reprezentată de capacitatea de implementare a reglementărilor la nivelul administrațiilor publice locale și de capacitatea generală a ministerului de a impune respectarea legilor în teritoriu.

B. Utilizarea de mecanisme de atingere a consensului

Legislația generală obligă autoritățile publice centrale să asigure consultarea intersectorială și transparența decizională în procesul de promovare a actelor normative. Aceste mecanisme sunt în general utilizate și nu sunt amenințate de procesul de descentralizare, decât în măsura în care diferiții actori de la nivel local pot fi convinși mai facil să adopte poziții favorabile unor influențe de grup și nu punctele de vedere conforme misiunii organizațiilor pe care aceștia le reprezintă.

Problema generală în atingerea consensului, atât la nivel central cât și local, constă în fragilitatea reprezentării societății civile, adesea incomplet informată, sau subordonată unor interese legitime, dar de importanță minoră pentru sănătatea publică (de exemplu militarea pentru un tratament specific într-o boală rară este mai bine reprezentată decât militarea împotriva fumatului, care determină anual aproximativ 33000 de decese (7)).

C. Elaborarea de reglementări adecvate scopului politicii de sănătate și asigurarea implementării acestora

Capacitatea de reglementare în domeniul sănătății este foarte dezvoltată, având în vedere că în cei douăzeci de ani de tranziție au existat cel puțin trei valuri de modificare radicală a reglementărilor majore din domeniul sănătății. Rămâne însă în discuție capacitatea de implementare a acestor reglementări, care are cel puțin doi determinanți:

- reglementările sunt fie prea complexe, fie prezintă discontinuități în plan operațional, lipsind anumite segmente în aplicarea lor;
- capacitatea de verificare a modului de implementare – reprezentată în esență de numărul de persoane abilitate să identifice și să corecteze sistematic abaterile din teren – este din ce în ce mai redusă. Această diminuare progresivă a capacității de control este indusă pe de o parte de lipsa de interes a specialiștilor pentru acest tip de carieră, dar și de lipsa de strategie din partea instituțiilor guvernamentale.

D. Utilizarea de mecanisme de autoreglare

În tabelul nr. 2 (pct 2, 3) au fost exemplificate unele mecanisme de autoreglare care funcționează în prezent în sistemul de sănătate. Descentralizarea poate asigura o mai bună implementare a acestor mecanisme, la nivel de spital, comunitate sau județ. Rămâne însă în sarcina instituțiilor centrale asigurarea echității, accesibilității și calității serviciilor medicale la nivel național.

SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

Tabelul nr. 2. Mecanisme de stewardship din sistemul de sănătate românesc, particularizate pe funcțiile acestuia

Nr. crt. (cf. tab 1)	Furnizarea de servicii	Generarea de resurse	Finanțare
1.1.	- Strategie de dezvoltare a serviciilor de sănătate	- Plan național de ocupare a forței de muncă în sistemul de sănătate (medici, asistenți medicali)	- Cumpărarea strategică de servicii de sănătate, tehnologii medicale
1.2.	- Stabilirea unui pachet realist de servicii medicale care pot fi furnizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate	- Criterii de oportunitate pentru aparatura de înaltă performanță	- Mecanisme de evaluare a tehnologiilor medicale
1.3.	- Norme de autorizare/acreditare/dotare	- Criterii minimale de necesitate de personal, de calificare a acestuia, de echipamente/facilități	- Planuri de achiziție de servicii medicale
1.4.	- Consultare publică privind pachetul de bază sau lista medicamentelor compensate - Ghiduri de practică	- Implicarea altor sectoare în relație cu sănătatea și a comunităților în deciziile strategice	- Consultare interministerială, cu furnizorii și asiguratorii
2.1.	- Contractul-cadru de furnizare a asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate - Reglementări de punere pe piață a medicamentelor și dispozitivelor medicale	- Autorizarea pentru liberă practică a personalului medical - Reglementări privind numărul minim de profesioniști/facilități, pe niveluri de asistență medicală, pentru o populație	- Mecanisme de plată - Set de stimulente pentru a oferi serviciile cele mai importante în manieră eficientă (ex. Plata per serviciu a medicilor de familie pentru servicii preventive esențiale)
2.2.	- Monitorizarea comportamentului furnizorilor - Controlul pieței la medicamente și dispozitive medicale	- Contractarea în cadrul sistemului de asigurări numai cu furnizori evaluați - Asigurarea de personal calificat suficient pentru controlul implementării	- Asigurarea capacității de colectare a fondurilor
2.3.	- Supravegherea practicii medicale de către organizațiile profesionale	- Libera concurență - Informarea cetățenilor privind accesul la servicii	- Asigurarea transparenței cheltuielilor publice pentru sănătate la nivel de județ, pe categorii de furnizori sau pe departamente
3.1.	- Registru al furnizorilor de servicii - Cunoașterea capacității de furnizare de servicii	- Existența unui registru național al medicilor și asistenților medicali	- Conturi naționale în sănătate - Măsurarea așteptărilor populației - Măsurarea distribuției principalilor factori de risc
3.2.	- Planuri județene de servicii de sănătate	- Stabilirea numărului de locuri disponibile pe specialități medicale	- Stabilirea bugetului necesar pentru programele naționale de sănătate

E. Realizarea unui sistem informațional adecvat scopului de înțelegere a intrărilor, proceselor și ieșirilor din sistemul de sănătate și a nevoilor derivate din acestea

Sistemul informațional unic/integrat a reprezentat un obiectiv aproape constant în toate programele de guvernare de după anul 1990. Totuși fluxul informațional este relativ incert și în prezent. Furnizorii de servicii fac raportări distincte către casele de asigurări și către direcțiile de sănătate publică, lipsesc informații esențiale privind prevalența unor factori de risc, probabilitatea de supraviețuire postdiagnostic, sau post-intervenție pentru toate bolile cronice.

Nu există un sistem operațional de conturi naționale în sănătate, deși au existat unele proiecte internaționale cu acest scop, capacitatea de monitorizare a programelor naționale de sănătate este limitată, iar evaluarea tehnologiilor medicale nu constituie o practică prezentă (deși există unele angajamente politice pentru viitor). Probabil există unele lecții învățate din demersurile anterioare sau unele explicații pentru lipsa lor de sustenabilitate (concentrarea pe achiziție de echipamente în locul operaționalizării sistemelor, lipsa de menținere în sistem a personalului format, lipsa de continuitate a demersurilor strategice între guvernele de orientări politice diferite), dar pentru viitor sunt esențiale cel puțin următoarele măsuri:

- colectarea de informații utile, reproductibile și reprezentative și la nivel național;

- reducerea resurselor fizice de timp și umane necesare pentru efectuarea raportărilor obligatorii de către furnizorii de servicii.

Descentralizarea ridică problema capacității de colectare și analiză a informațiilor la nivel local, dar și problema primirii tuturor raportărilor la nivel național.

F. Utilizarea informațiilor pentru planificarea strategică, tactică și operațională

Utilizarea "inteligentă" a informațiilor rămâne o provocare majoră pentru sistemul de sănătate, atât la nivel local, cât și la nivel central. Ea presupune pe lângă colectarea de informații valide, analiza adecvată a acestora și planificarea dezvoltării sistemului pe baza lecțiilor învățate. Desigur capacitatea de utilizare inteligentă a informațiilor este mult mai limitată la nivel local, dar dezvoltarea acesteia este necesară și la nivel central.

CONCLUZII

Funcția de stewardship este esențială pentru îndeplinirea scopurilor unui sistem de sănătate, iar modul de exercitare al mecanismelor de stewardship are influențe și asupra celorlalte funcții ale acestuia. Mecanismele de stewardship sunt multiple, iar inventarierea lor la nivelul sistemului de sănătate românesc este greu de realizat. Descentralizarea managementului unităților spitalicești în

România poate avea un impact favorabil în ceea ce privește utilizarea mecanismelor de consens și respectiv de autoreglare, dar ridică probleme în ceea ce privește capacitatea de implementare a reglementărilor, capacitatea de planificare la nivel local și capacitatea de utilizare inteligentă a informațiilor. Deși procesul de descentralizare în sine este greu de măsurat, este recomandabilă cel puțin monitorizarea indicatorilor de structură, proces și rezultat la nivelul spitalelor, pentru a asigura echitatea, accesul și calitatea actului medical în plan național.

BIBLIOGRAFIE

1. WHO. The world health report 2000: Health Systems: Improving Performance. Disponibil la: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf (accesat iulie 2010)
2. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. On the concept of stewardship in health policy. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78(6). Disponibil la: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v78n6/v78n6a05.pdf>
3. Legea nr. 95/2006 privind reforma în sănătate, cu modificările și completările ulterioare
4. Program de guvernare 2009 – 2010. Disponibil la: <http://www.cdep.ro/pdfs/guv200912/ProgramGuvernare.pdf> (accesat iulie 2010)
5. European Observatory on Health Systems and Policies series. Decentralization in health care. 2009. Disponibilă la: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf (accesat iulie 2010)
6. Ordonanța de urgență nr. 48/2010 pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul sănătății în vederea descentralizării. Disponibilă la: http://www.dreptonline.ro/legislatie/oug_48_2010_modificare_a_cte_normative_domeniul_sanatatii_vederea_descentralizarii.php (accesat iulie 2010)
7. Peto R, Lopez AD et al. Mortality from smoking worldwide. Br. Med. Bull. 1996 Jan;52(1):12-21. (accesat iulie 2010)
8. www.ms.ro (accesat iulie 2010)
9. WHO. The European Health Report 2009. Health and Health Systems. Disponibil la: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf