

MEDICI ȘI PACIENȚI – DOUĂ PERSPECTIVE ASUPRA REFORMEI ȘI DESCENTRALIZĂRII DIN SISTEMUL SANITAR

ADELA ELENA POPA

Că orice proces social complex, reforma sistemului sanitar, cu componenta ei descentralizarea, poate fi înțeleasă și percepută diferit de actorii sociali implicați, iar schimbările din cadrul celor două procese sunt asumate și acceptate în mod diferit. Acest articol se dorește a fi o privire asupra reformei și descentralizării sistemului de sănătate din România, din două perspective: cea a resursei umane din sistem (personalul medical) și cea a beneficiarilor sistemului. Sunt urmărite astfel, două niveluri de analiză, cu o metodologie cantitativă (analiză secundară pe date din Barometrul de Opinie privind Serviciile de Sănătate din perioada 2002–2008). Analiza este una longitudinală, cu focus pe schimbările recente din sistem inițiate în cadrul procesului de descentralizare a spitalelor, anunțat încă din 2009, inițiat în mai 2010 și finalizat spre finalul aceluiași an. Aceste schimbări sunt analizate în contextul mai larg al reformei sistemului sanitar.

Cuvinte-cheie: reformă, descentralizare, sistem de sănătate, personal medical, beneficiari.

INTRODUCERE

Sistemul românesc de sănătate se află într-un proces continuu de reformă, de aproximativ paisprezece ani. Literatura de specialitate, acumulată în aproape 20 de ani (Cassels, 1995; Smith, 1997; Bossert, 1998; Berman și Bossert, 2000; Saltman, Bankauskaite, și Vrangbæk, 2007), de când discuția legată de reforma sanitară a devenit una extrem de prezentă în agendele politice și publice ale diverselor țări, afirmă faptul că nu există o singură cale de a realiza reforma, la fel cum nu există rețete universale care să conducă la succesul ei. De paisprezece ani de reformă continuă a sistemului sanitar, România încearcă să găsească propria cale în acest dificil proces. Măsurile luate în această perioadă, mai mult sau mai puțin controversate și acceptate de actorii sociali implicați, de mai mare sau mai mică amploare, angrenând întregul sistem sau doar componente ale lui, au produs schimbări semnificative în sistem.

Adresa de contact a autorului: Adela Elena Popa, Catedra de Sociologie și Asistență Socială, Facultatea de Științe, Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, Aleea Frații Buzești, nr. 5, bl. 5, sc. B, et. 5, ap. 66, Sibiu, 550367, e-mail: popa.adela@gmail.com.

O parte centrală a reformei este procesul de descentralizare. Schimbările în această direcție au fost inițiate în 2002, când s-a produs o descentralizare administrativă a spitalelor – imobilele în care funcționau spitalele au trecut din proprietatea statului în proprietatea și administrarea consiliilor locale și județene (MS, 2010). Timp de câțiva ani nu a mai fost luată nici o măsură în acest sens, lucru ce a creat premisele unei funcționări defectuoase, atâta timp cât clădirile erau gospodărite local, dar toate celelalte aspecte legate de funcționarea spitalului (financiar, managerial sau legat de resursa umană) erau administrate sau monitorizate la nivel central. În sfârșit, în iunie 2009 se produce continuarea firească a măsurii din 2002, și anume descentralizarea spitalelor cu toate componentele lor funcționale și structurale: prin acest proces, încheiat spre finalul anului 2010 a fost transferată autoritatea a peste 350 de unități spitalicești de la stat la autoritățile locale. Recent, la finalul anului 2010, a fost adoptată o altă măsură legată de descentralizare: Ordonanța de Urgență pentru modificarea Legii 95/2006, prin care Guvernul stabilește măsurile necesare pentru descentralizarea Fondului Național Unic de Asigurări de Sănătate. Prin aceasta se stipulează că un procent de 60% din contribuțiile juridice și fizice colectate vor rămâne la dispoziția caselor de asigurări de sănătate județene. Este o măsură care urmează în mod firesc descentralizării spitalelor, pentru că ea asigură autonomia financiară necesară exercitării autorității de către nivelul local.

Identificăm patru categorii de actori sociali implicați în acest proces de descentralizare a spitalelor și, implicit, de reformă: instituțiile statului implicate în formularea și aplicarea documentelor legislative și implementarea descentralizării; administrațiile locale ce au preluat spitalele descentralizate; personalul medical și beneficiarii sistemului de sănătate (populația). La nivelul fiecăreia din aceste patru categorii se structurează o anumită percepție și un anumit tip de discurs legat de procesele în discuție. Articolul de față reprezintă doar o parte dintr-o cercetare mai amplă ce vizează percepția asupra reformei și descentralizării la nivelul tuturor celor patru categorii de actori sociali. Lucrarea de față se focalizează pe două dintre categoriile amintite mai sus: personalul medical și beneficiarii sistemului, încercând să radiografeze percepțiile, atitudinile și modul în care aceștia se raportează la reformă și descentralizare. Întrebările pe care ne axăm demersul de cercetare sunt: *care este percepția generală legată de sistemul sanitar și reforma din acest sector? Care sunt diferențele între cele două perspective asupra reformei – cea a personalului medical și a populației? Ce loc ocupă pe agenda publică descentralizarea și reforma (sunt sau nu conștientizate și percepute ca importante)? Cum evaluează beneficiarii sistemului și personalul medical aspectele componente ale descentralizării?*

Răspunsul la aceste întrebări este conturat prin utilizarea unei metodologii cantitative, fiind aplicată analiza secundară pe date din Barometrul Serviciilor de Sănătate, din perioada 2002–2008. Articolul nu încearcă să evalueze procesul intern al descentralizării sau eficacitatea acesteia, ci să surprindă conceptualizările,

percepțiile și înțelegerea acestui proces de către cele două categorii sociale. Descentralizarea înseamnă nu doar realocare a capacității de decizie, a resurselor, și autorității de la nivel central la nivel local, ci înseamnă în primul rând schimbarea mentalității comunităților locale, în ideea responsabilizării în legătură cu sănătatea membrilor lor. Din acest motiv, considerăm că este binevenită o radiografie a acestei mentalități, a modului în care atât populația beneficiară de servicii medicale, cât și personalul medical percep și sunt pregătite să realizeze această schimbare.

CADRUL TEORETIC AL CERCETĂRII

Reformele ce au loc în prezent peste tot în lume, și care au ca țintă nu doar domeniul sănătății, ci și domenii precum cel educațional sau juridic, se înscriu pe direcția imprimată de o schimbare profundă, începută în urmă cu două decenii, la care suntem încă martori: este vorba de trecerea spre o guvernare bazată pe ideologia neoliberală și scăderea în importanță (și putere) a statului bunăstării. Una din premisele neoliberalismului, fundamentată pe dezideratul raționalității economice, presupune responsabilizarea nivelurilor locale (individ, comunitate) și împuternicirea lor în a prelua controlul asupra soartei proprii. Idealul neoliberal este acela al unei societăți cu indivizi autonomi, ce își exercită dreptul la opțiune și care își asumă riscuri într-un mod responsabil. Responsabilitatea individuală este considerată una dintre cele cinci caracteristici de bază ale neoliberalismului, așa cum arată Ericson și colaboratorii (Ericson și alții, 2000), alături de: guvernarea minimală, fundamentalismul pieței, managementul riscului și inevitabilitatea inegalității datorată faptului că indivizii au libertate de opțiune. Responsabilizarea individului este una dintre rațiunile principale ce stau la baza oricărui proces de reformă, indiferent de domeniu, ce își propune să transforme instituții centralizate și birocratice ale statului în instituții descentralizate și cu diferite grade de autonomie. Reformele din domeniul sanitar ce au avut loc în ultimele decenii în diferite țări din Europa și din lume se încadrează în această tendință, prin aceea că urmăresc o retragere progresivă a statului din mecanismul oferirii de servicii directe (de sănătate, în speță) și introducerea de noi sisteme de servicii, bazate într-o mult mai mare măsură pe opțiunea și riscul individual (Rose, 1996). D. Beach (2010) arată și el cum reformele din domeniul educației și sănătății din diferite țări ale Europei se înscriu în această restructurare politică și economică care este neoliberalismul și care aduce cu ea, alături de dezideratul responsabilizării individuale și locale, și tendința spre comercializare și transformare în marfă a serviciilor publice din cele două domenii.

Consider important și relevant pentru analiza proceselor de reformă și descentralizare acest scurt excurs legat de contextul mai larg în care se plasează cele două procese, cel al ideologiei neoliberale. Explicațiile anterioare sunt relevante cu precădere pentru descentralizare, concept pe care îl voi analiza în cele ce urmează, după definirea celui de reformă.

Reformă

Reforma sectorului sanitar este o realitate obișnuită deja în majoritatea țărilor europene. Țările din fostul bloc comunist au realizat, în ultimele două decenii, reforme de mai mare sau mai mică amploare în sistemele lor de sănătate. Astfel, în Republica Cehă a avut loc în 1992 trecerea la sistemul asigurărilor sociale, urmată de privatizarea serviciilor medicale deținute de stat și multiplicarea surselor de finanțare a serviciilor medicale, astfel încât, până la finalul anului 1993, 85% din instituțiile medicale erau în proprietate privată (Ensor, 1993); Ungaria a implementat sistemul de asigurări sociale în 1989, a reorganizat serviciile medicale primare în 1992 și a introdus metode de eficientizare și de control a costurilor din sistem (Bokros, Dethier, 1998); Polonia a inițiat și ea un nou program național de asigurări de sănătate, începând cu anul 1997 (Berman, 1998). Nu doar țările din fostul bloc comunist au realizat reforme în sectorul sanitar; măsuri de reformă, de mai mică sau mai mare anvergură au fost luate, practic, în ultimele două decenii, în toate țările membre ale Uniunii Europene. Studii recente legate de percepția populației asupra acestor reforme¹ arată că, dintre toate reformele, oamenii sunt conștienți în cea mai mare măsură de cea din domeniul sanitar. Acest lucru se întâmplă probabil și pentru că se simt afectați personal în mod negativ de schimbările din acest domeniu mai mult decât de altele (47% din respondenții studiului amintit afirmă acest lucru). Așadar, reformele din domeniul sanitar se află nu doar pe agenda guvernelor, ci constituie o preocupare importantă și pentru populația țărilor în care au loc.

Există deja o literatură științifică bine articulată, legată de reformă și descentralizare în sistemul sanitar. O definiție și înțelegere clară a reformei este esențială pentru a putea, ulterior, evalua dacă s-au produs schimbările scontate în sistem. Definiția conceptului de reformă este disponibilă în lucrările mai multor autori. Berman și Bossert (2000: 2) consideră că *reforma sistemului de sănătate reprezintă o schimbare fundamentală, planificată și de durată a sectorului sanitar*. „Fundamentală”, în sensul că întregul sector sanitar este supus schimbării. Așadar nu avem schimbări ale unor componente de mică importanță ale sistemului, ci schimbări în sectoarele fundamentale, strategice ale acestuia. „Fundamental” semnifică, de asemenea, să provoci schimbare în puncte-cheie ale sistemului de sănătate, cum ar fi finanțarea, plățile, organizarea, regularizarea, sau comportamentul consumatorilor (Berman și Bossert, 2000). Cei doi autori numesc o astfel de schimbare *reformă de mare amploare* („big R reform”). România parcurge o astfel de reformă, cu implicații în toate ariile de funcționare ale sistemului sanitar, începând cu anul 1996, prin introducerea noului sistem de asigurări de sănătate, iar procesul continuă și astăzi. Schimbarea este „de durată” pentru că nu presupune un

¹ Este invocat aici un studiu realizat pe țările-membre ale zonei euro, care a urmărit percepția populației din aceste țări față de reformele realizate în diverse sectoare (*Public attitudes and perceptions in the euro area. Analytical report*, 2008).

efort singular, realizat rapid, ci eforturi continue, care se desfășoară pe parcursul mai multor ani și cu efecte durabile. Schimbarea de tip *reformă* este, de asemenea, „planificată” pentru că decurge – în teorie, cel puțin – dintr-o viziune rațională, construită pe baza datelor concrete furnizate de sistem și a evaluării problemelor acestuia. Mecanismele de schimbare trebuie să fie astfel planificate încât să determine rezolvarea problemelor sistemului.

O altă definiție a reformei sectorului sanitar este cea a lui A. Cassels (1995: 331), conform căruia *reforma sectorului sanitar este o schimbare fundamentală ce urmărește definirea priorităților, revizuirea politicilor de sănătate și schimbarea instituțiilor care elaborează și implementează respectivele politici*. Cassels evidențiază așadar importanța schimbării structurale (instituționale), aspect cheie al reformei, fără de care nu se poate vorbi de o reformă autentică. Cassels (1995) oferă și o analiză mai clară a componentelor cheie care ar trebui să facă parte din orice proces de reformă, indiferent de țara în care acesta are loc:

- îmbunătățirea performanței personalului medical – printr-o mai bună descriere a caracteristicilor locului de muncă, salarizare mai bună și conformă cu performanța, dezvoltarea unor sisteme mai bune de evaluare a personalului și de stimulare a lui;

- descentralizare – adică relocarea la nivelul administrației locale a managementului și responsabilității unităților ce oferă servicii de îngrijire a sănătății;

- îmbunătățirea performanței ministerului sănătății – reorganizare structurală, un mai bun management al resurselor umane și financiare, dezvoltarea unor sisteme de monitorizare a performanței, definirea unor priorități naționale în programele adresate diferitelor tipuri de boli;

- lărgirea opțiunilor de finanțare a sistemului – prin introducerea sistemului de coplată, a unor sisteme de finanțare la nivel comunitar, sau a unor scheme de asigurări sociale și private;

- introducerea competiției controlate – între instituțiile ce oferă servicii de sănătate sau servicii de suport;

- colaborarea cu sectorul privat – elaborarea unor sisteme de regularizare și contractare a ofertanților de servicii medicale din sectorul privat și non-guvernamental.

Oricare ar fi modalitatea de definire a conceptului și de analiză a componentelor lui, majoritatea autorilor sintetizează următoarele scopuri ale procesului de reformă în sănătate: îmbunătățirea accesibilității și acoperirii cu servicii medicale, atingerea unei mai mari eficiențe în utilizarea resurselor sistemului, creșterea calității serviciilor medicale, precum și sustenabilitatea financiară pe termen lung (Berman și Bossert, 2000; Cassels, 1995). Pentru ca aceste scopuri să poată fi atinse, sunt necesare o serie de condiții: stabilitatea politică, economică și instituțională, resursă umană calificată și specialiști care să realizeze aceste schimbări, o anumită flexibilitate instituțională și o cultură organizațională permeabilă la schimbări (în spitale, administrații locale, ministere ale sănătății, direcții de sănătate). Experiența țărilor care au inițiat reforme ale

sectorului sanitar arată că adesea importanța acestor condiții a fost subestimată, ceea ce poate explica parțial eșecul la un anumit moment al reformelor în unele din aceste țări.

România a ratat cele trei condiții necesare reformei menționate mai sus: astfel, toată această perioadă a fost marcată de instabilitate politică (unsprezece schimbări de guvern) și instituțională (nouăsprezece miniștri ai sănătății în perioada 1990–2010, fiecare cabinet venind cu viziuni oarecum diferite asupra reformei, astfel că adesea a fost dificil să existe o viziune globală coerentă). Cultura organizațională rigidă și birocrăția ce a caracterizat toate instituțiile României, nu doar pe cele din domeniul sanitar au constituit de asemenea obstacole ale reformei. Perioada în care s-a realizat reforma sistemului sanitar a fost marcată și de o instabilitate economică puternică, cu efecte negative în finanțarea sistemului de sănătate. Resursa umană din sistem (cu precădere cei aflați în poziții cheie pentru a realiza schimbările reformei) s-a dovedit a nu fi întotdeauna cea mai calificată, lipsindu-i adesea abilitățile manageriale pentru a implementa aceste schimbări (Vlădescu, Rădulescu și Olsavszky, 2000). Rapoarte de actualitate arată – ca o altă dificultate legată de resursa umană – că în anii ce au urmat schimbării politice din 1989 mulți reprezentanți ai profesiei medicale din România au pus sub semnul întrebării autoritatea Ministerului Sănătății Publice, ca o reacție la sistemul coercitiv de până atunci (Vlădescu, Scîntee și Olsavszky, 2008, vol. 10). Nemulțumirile față de dotarea tehnică și față de salarizare au constituit motivațiile principale pentru care, în ultima perioadă, tot mai mulți medici au părăsit sistemul medical. Suportul populației pentru reforma sistemului sanitar a fost și el redus în toată această perioadă, sondajele de opinie publică arătând creșterea gradului de insatisfacție a populației față de calitatea îngrijirii medicale din România. Acest lucru poate fi o posibilă explicație pentru faptul că cele mai multe schimbări legislative sau instituționale din cadrul reformei sanitare au fost realizate fără o dezbateră publică reală. Ritmul reformei sanitare din România a fost, din toate aceste motive, mai lent și mai greoi decât al altor țări ieșite din fostul bloc comunist. În prezent, starea precară a sistemului de sănătate s-a acutizat și mai mult pe fondul crizei economice, voci din mass-media și din partea reprezentanților profesiei medicale afirmând că aceasta este cea mai profundă criză a sistemului de sănătate românesc.

Descentralizare

Așa cum reiese din modelul detaliat mai sus (Cassels, 1995), una dintre componentele reformei în domeniul sanitar, alături de schimbarea instituțională, revizuirea politicilor și programelor, găsirea unor noi surse de finanțare pentru sistem, sau îmbunătățirea performanței personalului și instituțiilor sanitare, este descentralizarea. Aceasta presupune mutarea de la nivel central la nivel local a managementului și responsabilității pentru instituțiile de îngrijire medicală. Descentralizarea este considerată, mai degrabă, ca un mijloc de realizare a reformei

în sănătate și nu un scop în sine. Prin acest proces se speră, de obicei, să se obțină o creștere a eficienței sistemului și un răspuns mai adecvat la condițiile și nevoile locale. Descentralizarea se înscrie, așa cum arătam mai sus, în trendul mai larg al responsabilizării comunităților locale pentru diverse probleme de interes public. Decizii și programe legate de educație, finanțare sau sănătate sunt transferate în tot mai multe țări și din ce în ce mai frecvent, la nivel local. Reprezentanții autorităților locale și membrii comunităților sunt puși tot mai frecvent în situația în care trebuie să lucreze împreună, să colaboreze, să participe și, într-un final, să ajungă la înțelegerea faptului că starea de sănătate a comunității respective este o problemă de interes comun și este dependentă de acțiuni, programe, decizii de la nivel local. Problema capitalului social al acestor comunități devine, în acest context, una extrem de actuală, dilema fiind aceasta: ce se întâmplă în zonele în care rețelele sociale nu sunt bine dezvoltate, sau nu există o tradiție a participării sociale?

Șaisprezece țări din Europa au parcurs, în ultimii ani, un proces de descentralizare de diferite tipuri în domeniul sanitar. Există deja studii bine documentate ce analizează în profunzime modul în care s-au realizat aceste procese (a se vedea, de exemplu, Saltman, Bankauskaite și Vrangbæk, 2007). În ciuda entuziasmului inițial pentru această măsură, toate țările care au implementat această componentă a reformei au experimentat dificultăți, generate în principal de faptul că autoritățile locale au cel mai adesea o capacitate managerială limitată și sunt dependente de centru pentru majoritatea resurselor lor. Cadrul legal neclar care nu departajează îndeajuns responsabilitățile locale de cele centrale, poate crea, de asemenea, probleme (Cassels, 1995). În plus, descentralizarea a fost considerată, în multe țări, o măsură controversată, datorită faptului că poate duce la o creștere a inegalităților în sistem. O altă critică a fost aceea că poate afecta eficiența unor programe naționale de sănătate (cum este cel al imunizărilor, sau cele de planificare familială). Nu există încă dovezi clare (argumentate statistic) care să indice care este impactul acestei măsuri asupra sistemelor de sănătate și dacă este vorba de un impact pozitiv sau negativ (nici măcar în țări care au realizat deja de ceva timp descentralizarea) (Berman și Bossert, 2000)

Există o serie de teorii și abordări care circulă în literatura de specialitate și care își propun explicarea fenomenului descentralizării, cum ar fi: abordarea bazată pe teoria capitalului social, teoria principal-agent, sau abordarea administrației publice. Consider însă că abordarea care explică cel mai bine acest proces este cea numită a „spațiului de decizie”, elaborată de Thomas Bossert (1998). Esența procesului de descentralizare este extinderea capacității de decizie de la nivel central la nivel local. Practic, administrațiile locale dobândesc, prin descentralizare, un anumit spațiu de decizie, care poate fi mai larg sau mai redus, în funcție de modul în care s-a făcut descentralizarea. Spațiul de decizie este, așadar, „cantitatea de decizie” permisă autorităților locale de către autoritățile centrale. Acest spațiu este reglementat legislativ, dar este adesea obiect al negocierii între cele două niveluri (central și local). Matricea spațiului de decizie specifică ariile funcționale

în care autoritățile locale pot avea capacitate de decizie, precum și gradul de decizie care le este permis.

Tabelul nr. 1

Matricea spațiului de decizie

Arii funcționale ale sistemului	Gradul de decizie		
	Redus	Moderat	Ridicat
Finanțare			
Surse de venit	→	→	→
Alocarea banilor	→	→	→
Venituri din taxe și contracte	→	→	→
Organizarea serviciilor			
Autonomia spitalelor	→	→	→
Scheme de asigurare	→	→	→
Mecanisme de plată	→	→	→
Contracte cu furnizori privați	→	→	→
Programe obligatorii	→	→	→
Resurse umane			
Salarii	→	→	→
Contracte	→	→	→
Aspecte organizatorice	→	→	→
Accesibilitate			
Atragerea populației-țintă	→	→	→
Conducere			
Board-uri autonome	→	→	→
Participare comunitară	→	→	→

Sursa: Bossert, 1998.

Aceeași abordare a spațiului de decizie enunță trei întrebări-cheie, care ar trebui să primească răspuns pentru a înțelege orice proces de descentralizare: câtă putere de decizie se transferă de la nivel central la nivel local, care este efectul acestui transfer asupra performanței sistemului și cum utilizează autoritățile locale capacitatea de decizie primită (inovează sau continuă să acționeze așa cum făceau anterior descentralizării). Utilitatea acestui model este ridicată, pentru că orice proces de descentralizare poate fi descris utilizând matricea de mai sus. În cadrul studiului de față vom utiliza acest model, încercând să decelăm ariile funcționale de mai sus în cercetări întreprinse în spațiul românesc, pentru a determina percepția publică asupra eficienței acestor arii funcționale.

METODOLOGIE ȘI DATE

Punctul de pornire al acestui studiu este intenția de a înțelege necesitatea, eficiența și ecoul creat de recent încheiatul proces de descentralizare a spitalelor, ca

parte a reformei sanitare din România. Dorința este aceea de a obține o înțelegere globală a acestui proces, prin analiza tuturor aspectelor sociale implicate și a tuturor actorilor sociali ce participă la acest proces. Articolul de față, ce face parte dintr-un demers de cercetare mai amplu, se focalizează doar pe populație și medici, dar intenționăm să surprindem, într-o cercetare viitoare, și aspectele relevante pentru descentralizare de la celelalte două niveluri (administrație locală și centrală).

Analiza de față utilizează analiza secundară pe date din Barometrele de sănătate și Barometrul de opinie publică 1998–2007. Au fost luate în analiză date din valurile 2002, 2003, 2005, 2006² și 2008³ ale Barometrului de sănătate care oferă informații legate de percepția populației și a personalului medical asupra reformei și sistemului sanitar.

Tabelul nr. 2

Dimensiuni și variabile analizate

Dimensiuni	Variabile
Reformă	Percepția generală asupra sistemului sanitar și a direcției în care merge
	Percepția generală asupra reformei și a direcției ei
	Locul reformei în agenda publică
	Problemele sistemului de sănătate
Descentralizare*	Finanțarea sistemului
	Organizarea serviciilor
	Resursa umană din sistem
	Accesul populației la servicii
	Guvernarea sistemului

* variabilele ce operaționalizează dimensiunea descentralizării au fost preluate din Matricea Spațiului de Decizie, Bossert (1998).

² Barometrul de opinie privind serviciile de sănătate în anul 2002, realizat de Metro Media Transilvania, pe un eșantion de 1 517 persoane de 18 ani și peste, eșantion stratificat, probabilist, tri-stadial, eroare maximă +/- 2,5%; Barometrul de opinie privind serviciile de sănătate în anul 2003, realizat pe un eșantion de 1 192 de persoane de 18 ani și peste, eșantion stratificat, probabilist, eroare maximă +/- 2,8 %; Barometrul de opinie privind serviciile de sănătate în anul 2005, realizat de The Gallup Organization, realizat pe un eșantion de 1 076 persoane de 18 ani și peste, eșantion probabilist, stratificat, bi-stadial, eroare tolerată de ± 3 %; Barometrul de opinie privind serviciile de sănătate în anul 2006, realizat pe 1 452 persoane din mediul urban și rural din 14 județe din România, inclusiv București (eșantionare pe regiuni de dezvoltare), marja de eroare de +/- 2,8%. Toate acestea sunt disponibile pe site-ul Centrului pentru Politici și Servicii de Sănătate, <http://www.cpss.ro/>.

³ Barometrul de sănătate pentru anul 2008, intitulat Sistemul sanitar în România – realități, cauze, soluții, realizat de Totem Communication, pe două module: modulul populație generală, eșantion alcătuit din 1 214 persoane de 18 ani și peste din mediul urban și rural din România, eșantion probabilist, multistadial stratificat, eroare tolerată de ± 3 %; și modulul medici, realizat pe 1 884 medici specialiști (specialități medicale și chirurgicale), medici de familie, medici rezidenți, farmaciști și asistenți medicali (din instituții medicale din mediul urban și rural din România), eșantion probabilist, stadial, stratificat, eșantionul fiind reprezentativ pentru fiecare categorie de medici, la un nivel de încredere de 95%. Cercetarea este disponibilă pe site-ul Direcției pentru Strategii Guvernamentale, <http://www.publicinfo.ro/pagini/index.php>.

Principala limitare în analiza acestor date și în conturarea unei imagini unitare asupra modului în care populația se raportează la reformă a fost aceea că cercetările mai sus amintite nu urmăresc aceeași indicatori, de la un an la altul, astfel încât este dificilă sau, pentru anumite teme, chiar imposibilă realizarea unor comparații. Din același motiv, este dificil de înțeles modul în care a evoluat în acești ani percepția asupra reformei din sistemul sanitar. Variabilele luate în analiză, pe cele două dimensiuni, sunt detaliate în *Tabelul nr. 2*. Indicatorii relevanți pentru variabilele pe care s-a realizat analiza sunt detaliați în Anexă. Vom prezenta, în cele ce urmează, rezultatele acestei analize.

REZULTATE

Reforma și descentralizarea, din perspectiva beneficiarilor sistemului de sănătate

Analiza de mai jos se realizează, în principal, pe date din Barometrul Sistemului Sanitar, 2008, care are două merite semnificative: cuprinde o secțiune detaliată legată de reformă și a fost realizat nu doar pe populația generală, ci și pe categorii ale personalului medical – medici rezidenți, de familie, specialiști, asistente medicale – astfel încât permite și o privire din interiorul sistemului asupra modurilor de raportare la reformă. Înainte însă de această analiză pe ultimul val disponibil, cel din 2008, am realizat o alta, mai sumară, pe valorile anterioare ale aceleiași cercetări, în încercarea de a realiza un tablou comparativ pe ani.

Alături de probleme cum ar fi locurile de muncă, prețurile, pensiile și corupția, sănătatea a ocupat un loc central în agenda populației, de-a lungul anilor. Acest lucru se întâmplă și în 2008 – ultimul val al Barometrului Sistemului Sanitar – când 90,3% din respondenți considerau, într-o mare și foarte mare măsură, că problemele actuale ale României sunt legate de sănătate. Asocierea acestui item cu variabile demografice relevă faptul că, mai ales categoriile sociodemografice vulnerabile, sunt mai înclinate să considere că problemele României sunt legate de sănătate: cei din rural, cei cu vârsta între 50 și 69 de ani, cei din regiunile de Sud și Sud-Vest ale României, precum și cei plătitori ai contribuției la asigurările de sănătate (aceștia din urmă, probabil, pe fondul nemulțumirii modului în care sunt alocate fondurile provenite de la asigurați).

Care este percepția generală asupra sistemului de sănătate? Se remarcă chiar dinainte de 2006, anul introducerii noii legi a reformei sanitare (Legea 95/2006) ce inițiază actualele schimbări din sistem, o deteriorare a percepției asupra sistemului de sănătate. Astfel, ponderea celor care consideră că deși „există părți bune în actualul sistem, sunt necesare schimbări fundamentale pentru ca acestea să „funcționeze mai bine” crește de la 39% în 2002, la 46% în 2005. Similar, procentul celor care cred că „sistemul sanitar românesc funcționează atât de prost încât este nevoie de o schimbare completă a sa” crește de la 23% (2002) la 31%

(2005). În 2008, 34,2% din cei intervievați consideră că sistemul sanitar românesc merge într-o direcție greșită.

Legat strict de reformă, opinia pare a fi una fluctuantă, în sensul că, în 2002, 38% din respondenți consideră că direcția reformei este bună, după care, în 2006, anul adoptării Legii reformei sistemului sanitar, doar 28% mai consideră acest lucru, iar în 2008 această pondere crește din nou, la 32,5%, fără a atinge nivelul dinaintea anului în care a fost inițiată reforma. Opinia legată de direcția reformei sistemului de sănătate se structurează diferit în funcție de regiunile de dezvoltare ale României și de cuprinderea beneficiarului în sistem, astfel: tind să considere că reforma merge într-o direcție bună cei din regiunile Nord-Est, Nord-Vest și Sud-Vest, precum și cei înscriși la un medic de familie și cei ce plătesc contribuția pentru asigurări de sănătate⁴.

Un alt indicator care poate oferi o imagine legată de importanța și necesitatea reformei percepute de populație este cel referitor la percepția reformei ca fiind cea mai importantă problemă a sistemului de sănătate din România. Deși se pare că reforma n-a fost niciodată în topul agendei problemelor beneficiarilor sistemului de sănătate – dovadă fiind procentele mici înregistrate în fiecare val al cercetării – se remarcă, totuși, o intensificare a conștientizării reformei ca problemă între 2003 și 2008, astfel: în 2003 doar 1% din respondenți considerau ca reforma e cea mai importantă problemă, în 2006 procentul acestora crește la 3,4%, iar în 2008 ajunge la 4%. În tot acest timp, principalele două probleme care acaparează atenția și preocuparea oamenilor sunt medicamentele compensate și gratuite precum și lipsa banilor și proasta alocare a fondurilor.

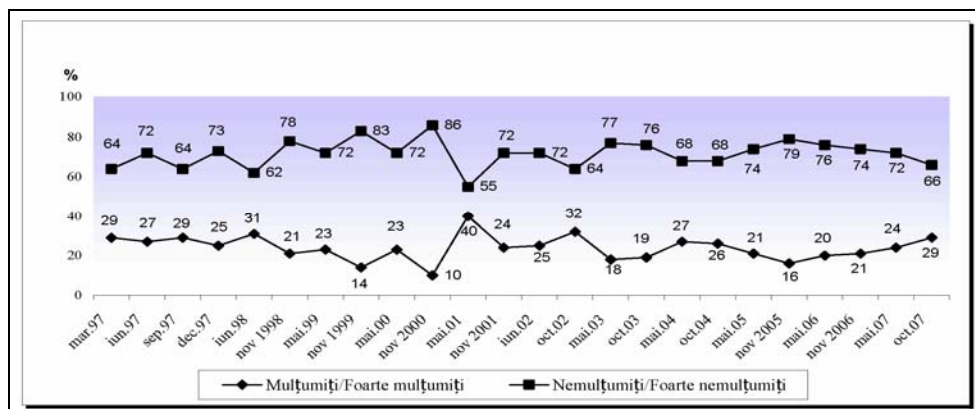
Ne propunem în debutul acestui studiu să studiem și modul în care populația și resursa umană din sistem se raportează la descentralizare. Deși cadrul legislativ pentru descentralizarea în sistemul sanitar era deja conturat în 2008 prin Legea Reformei Sanitare (95/2006), procesul efectiv al descentralizării spitalelor nu era încă inițiat, astfel încât chestionarul pentru populație al Barometrului Sistemului Sanitar din 2008 nu cuprinde întrebări directe care să vizeze acest proces. În schimb, sunt cuprinse în cercetare o serie de variabile care sunt legate de problematica descentralizării, astfel că aceasta poate fi studiată indirect. Luăm ca punct de pornire faptul că descentralizarea înseamnă transferul autorității și responsabilității de la nivel central (guvernamental) la nivel local. În plus, pentru ca acest proces să se realizeze cu succes, nivelul de încredere în instituțiile locale, ca și stocul de capital social al localității/comunității în care se realizează transferul de autoritate și responsabilitate trebuie să fie ridicat (Bossert, 1998). Din acest motiv, consider oportună cercetarea următorilor itemi:

- mulțumirea față de activitatea guvernului în domeniul sănătății;
- încrederea în Ministerul sănătății comparativ cu încrederea în Primărie;
- componentele procesului de descentralizare (management, finanțare, acces, etc.).

⁴ Asocieri semnificative la pragul de 0,01; prelucrări pe datele din Barometrul Sistemului Sanitar 2008.

Grafic 1

Cât de mulțumit sau nemulțumit sunteți de activitatea guvernului în domeniul sănătății?



Sursa datelor: analiză secundară după date din Barometrul de opinie publică 1998–2007 (Bădescu, Comșa, Sandu și Stănculescu, 2007).

În ce privește mulțumirea față de activitatea guvernului, se remarcă faptul că, în perioada 1997–2007, ponderea persoanelor nemulțumite și foarte nemulțumite este permanent mai ridicată decât cea a persoanelor mulțumite și foarte mulțumite, indicând un nivel general de insatisfacție legat de prestația Guvernului în acest domeniu. Se remarcă fluctuații semnificative în perioadele în care au loc alegeri prezidențiale și legislative în România: astfel, schimbarea de președinte și guvern din 2000 determină de departe cea mai mare fluctuație în satisfacția oamenilor – ponderea persoanelor mulțumite și foarte mulțumite crește de la 10% la 40%.

Deși este un aspect problematic, acest nivel ridicat de nemulțumire a populației față de activitatea guvernului ar putea fi o premisă pentru dorința oamenilor de a gestiona, la nivel comunitar, spitalele locale și de a se implica în deciziile privind managementul și finanțarea acestora. Această implicare ar avea șanse mai mari să se realizeze, dacă nivelul scăzut de satisfacție și încredere în Guvern s-ar corela cu un nivel ridicat de încredere în instituțiile administrației locale. Analizând însă comparativ încrederea în Ministerul sănătății cu încrederea în Primărie/Consiliul local, la nivelul anului 2008, se remarcă însă faptul că majoritatea categoriilor sociodemografice investesc încredere doar în Ministerul sănătății, sau în ambele instituții. Situația ca doar Primăria/Consiliul local să fie investită cu încredere este rară. Acest lucru se întâmplă mai ales la categoriile sociodemografice cu status scăzut (cei ce locuiesc în rural, cei cu venituri foarte scăzute, agricultorii, cei cu educație mai scăzută). Categoriile sociale mai bine plasate sub aspectul rezidenței, educației, venitului sau ocupației tind să aibă o încredere mică și foarte mică în ambele instituții. De altfel, datele nu sunt surprinzătoare din acest punct de vedere, fiind cunoscut și documentat în studiile din acest domeniu scepticismul față de instituțiile sociale și politice în societățile post-comuniste, ca rezultat a mai multor factori,

printre care și statusul socioeconomic al indivizilor (Mishler și Rose, 1997). Așadar, premisa încrederii în autoritățile locale, care ar putea compensa un nivel scăzut al încrederii în instituțiile statului, ca precondiție a descentralizării, nu există, la nivelul anului 2008.

Tabelul nr. 3

Încrederea în instituțiile centrale vs. locale, în funcție de variabile sociodemografice

		Încrederea în Ministerul sănătății	Încrederea în Primărie/Consiliul local
Regiunea	Nord-Est	0	+
	Centru	+	+
	Sud-Vest	+	+
	Sud	–	–
	București	–	–
Mediul de rezidență	Urban	–	–
	Rural	+	+
Vârsta	70 de ani și peste	0	+
Venituri ale gospodăriei	Nu ne ajung nici pentru strictul necesar	+	+
	Reușim să cumpărăm și unele bunuri mai scumpe, dar cu restrângeri în alte domenii	–	0
	Reușim să avem tot ce ne trebuie, fără să ne restrângem de la ceva	–	–*
Ocupație	Ocupații intelectuale	–	0
	Funcționari în administrație	–	–
	Agricultori	+	+
	Muncitori necalificați în sectoare ne-agricole	+	0
	Casnică	+	0
	Pensionar	+*	+*
Ultima școală absolvită	Școala generală	+	0
	Studii medii	–*	–
	Studii superioare	–*	0

Sursa datelor: prelucrări ale autoarei după date din Barometrul Sistemului Sanitar, 2008.

Notă: Tabelul prezintă doar categoriile sociodemografice pentru care există asocieri semnificative (test de asociere Hi-pătrat și VRA semnificative la pragul de 0,05). Simbolurile marcate cu asterisc indică asocieri semnificative la pragul de 0,10.

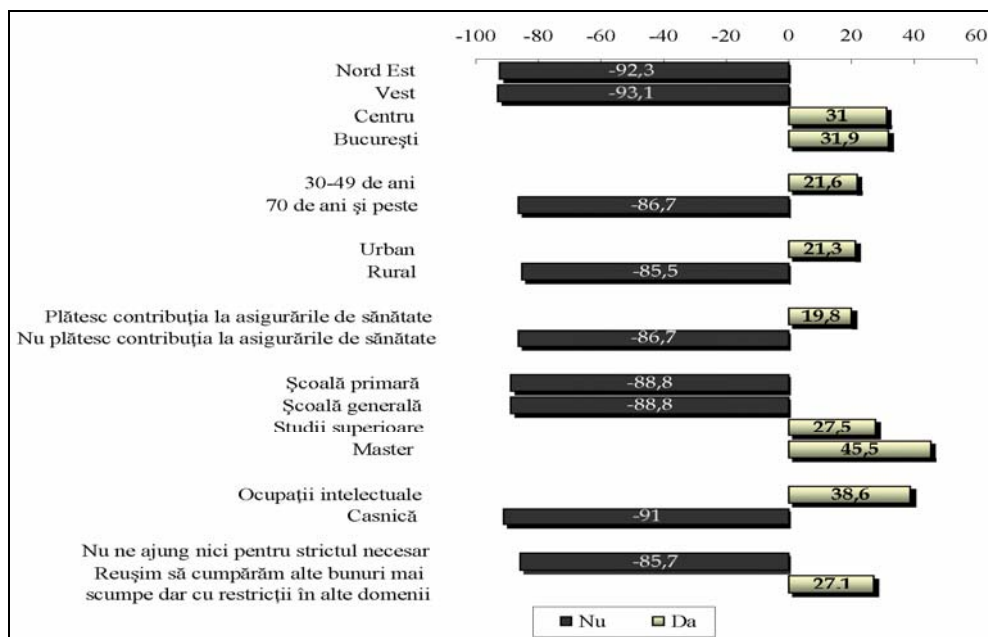
„+” = multă și foarte multă încredere; „–” = puțină și foarte puțină (sau deloc) încredere; 0 = lipsa unei asocieri semnificative.

Alți doi itemi relevanți pentru scopul acestui studiu sunt cei legați de informarea și opinia populației în legătură cu schimbările legislative inițiate de Ministerul sănătății după 2006. Barometrul Sistemului Sanitar, 2008 investighează răspunsurile la aceste două întrebări: dacă respondenții au auzit de aceste modificări legislative (întrebare dihotomică) și cum apreciază aceste modificări (întrebare cu

răspuns multiplu). Informarea cetățenilor în legătură cu acest aspect este scăzută, dovadă fiind faptul că doar 18,4% din totalul eșantionului a auzit de aceste modificări (81,6% nu au auzit). Urmărind variabilele sociodemografice, devine clar faptul că cei mai informați sunt cei cu status socioocupational înalt (stoc de educație ridicat, venit ridicat, locuire în urban, ocupații intelectuale) și cei din regiunea Centru și din București. Graficul 2 arată acest lucru.

Grafic 2

Ați auzit de modificările legislative promovate de Ministerul sănătății, începând cu 2006? (%)



Sursa datelor: prelucrări ale autoarei pe date din Barometru Sistemului Sanitar, 2008.

Notă: Graficul prezintă doar procentele din căsuțele cu valori reziduale ajustate semnificative la pragul de 0,05.

Rezultatele sunt oarecum previzibile, știut fiind faptul că, în general, persoanele cu status mai înalt sunt mai bine informate. În același timp, aceste rezultate ar putea ghida activitatea Ministerului și celorlalte instituții implicate în reforma sanitară în activitatea de informare a populației asupra schimbărilor propuse în procesul de reformă. Este evident, în primul rând, faptul că este nevoie de o informare mai intensă asupra acestor schimbări, care să fie realizată mai ales prin audio-vizual (pentru că televiziunea este cea mai importantă sursă de informare în problemele legate de sănătate și sistemul sanitar, pentru mai mult de jumătate dintre români). Cu atât mai mult cu cât ținta reformei este, în prezent, descentralizarea, care presupune participare și implicare comunitară. Ori oamenii nu pot fi implicați dacă nu sunt informați. În al doilea rând, este evident că informarea trebuie să se facă segmentat, în mod diferit

pentru cei mai bine educați, cu ocupații mai bune, cu venit mai ridicat, față de cei cu status mai precar. Pentru această din urmă categorie este necesară o informare mai generală, pe când prima categorie ar putea beneficia de informații mai nuanțate. În al treilea rând, deși la nivelul anului 2008 gradul de conștientizare al populației asupra schimbărilor din sistem era extrem de scăzut, o serie de evenimente ce au avut loc în ultimele luni (incidentul de la Maternitatea Giulești, migrația personalului medical în străinătate, penuria de personal calificat din sistem) au intensificat atenția opiniei publice asupra acestor probleme, astfel încât este foarte posibil ca, la această oră, gradul de informare al populației să fie mai ridicat.

Pentru cei care au auzit de aceste modificări legislative de după 2006, a fost adresată o întrebare legată de modul în care apreciază aceste măsuri. Ierarhia răspunsurilor (întrebarea a fost una cu răspuns multiplu) este următoarea:

- au dus la îmbunătățirea calității serviciilor medicale – 7,3%;
- au dus la organizarea mai bună a sistemului – 4,6%;
- nu au avut nici un efect – 4,1%;
- mai degrabă au încurcat lucrurile – 2,3%.

Cine sunt cei care au mai degrabă o opinie pozitivă despre aceste modificări? Dar cei care au o opinie negativă? Cele două profiluri se suprapun, într-o oarecare măsură, deși sunt diferit conturate. Profilul celor ce consideră că modificările legislative adoptate de Ministerul sănătății după 2006 au dus la îmbunătățirea calității serviciilor medicale sau la organizarea mai bună a sistemului este conturat în tușe mai clare. Este evident, urmărind și *Tabelul nr. 4*, că împărtășesc această opinie cei tineri, cu ocupații de vârf, cu studii superioare. Profilul celor ce consideră că modificările legislative amintite nu au avut nici un efect sau mai degrabă au încurcat lucrurile sunt liber profesioniștii și întreprinzătorii, cei mai vârstnici și de asemenea cei cu ocupații intelectuale și studii superioare.

Tabelul nr. 4

Aprecierea efectului schimbărilor din sistemul sanitar de după 2006

Au dus la îmbunătățirea calității serviciilor medicale sau la organizarea mai bună a sistemului	Nu a avut nici un efect sau, mai degrabă, au încurcat lucrurile
<ul style="list-style-type: none"> ■ Județele Sibiu, Prahova, Olt, Buzău, Harghita, Mureș ■ Regiunile Centru, Sud-Vest și Sud-Est ■ Cei cu vârsta între 30–49 de ani ■ Cei ce locuiesc în urban ■ Ocupații intelectuale ■ Conducători de unități, directori, manageri de vârf ■ Funcționari în administrație ■ Persoane în incapacitate de muncă ■ Cei cu studii superioare (universitare și master) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Județele Ialomița și Cluj ■ București și regiunea Nord-Vest ■ Cei ce locuiesc în urban ■ Cei cu vârsta între 50–69 de ani ■ Întreprinzători pe cont propriu și liber profesioniști ■ Tehnicienii, maiștri ■ Cei cu studii superioare ■ Ocupații intelectuale

Spuneam anterior că Barometrul Sistemului Sanitar din 2008 oferă posibilitatea de a face analize pe o parte din aspectele care reprezintă componente

ale descentralizării și că, indirect, putem avea o imagine parțială asupra acestui proces. După cum aminteam în secțiunea teoretică a acestui studiu, descentralizarea vizează cinci dimensiuni esențiale: finanțare, organizarea serviciilor medicale, resursele umane din sistem, accesul populației și managementul unităților medicale (Bossert, 1998), fiecare dintre acestea având, la rândul lor, mai multe aspecte ce trebuie să facă obiectul oricărui proces de descentralizare. Dintre acestea, patru dimensiuni (cu excepția managementului serviciilor medicale) sunt oarecum acoperite cu indicatori în diverse valori ale barometrelor serviciilor de sănătate. „Oarecum”, pentru că și aceste dimensiuni sunt parțial saturate, indicatorii cuprinși în cercetare neurmăind toate aspectele relevante pentru dimensiunea respectivă. Mai jos sunt expuse rezultatele analizelor pe cele patru dimensiuni, din perspectiva populației generale.

Finanțarea sistemului. Una dintre cele mai acute probleme ale sistemului de sănătate românesc este cea a finanțării, atât sub aspectul lipsei fondurilor necesare, cât și al modului în care sunt alocate aceste fonduri. Problema pare a fi mai acută în 2003 și 2006, când procentul celor ce consideră această problemă ca fiind cea mai gravă pentru sistemul sanitar este de 22% și respectiv 23,7%. În 2008, acest procent scade la 15,5%, pe locul întâi la cea mai gravă problemă a sistemului sanitar trecând cea a medicamentelor compensate. Printre alte aspecte vizate, procesul de descentralizare urmărește și schimbarea modului de colectare și alocare a resurselor (schimbare inițiată prin descentralizarea Fondului național Unic de Asigurări de Sănătate, măsură menționată mai sus). Ponderile de mai sus arată că există și în rândul populației o conștientizare a nevoii de schimbare de la acest nivel.

Organizarea serviciilor medicale. Spre deosebire de prima dimensiune, cea de-a doua, a organizării serviciilor medicale, nu este considerată o problemă la fel de acută. Barometrele serviciilor de sănătate urmăresc explicit doar problema organizării spitalelor și a asistenței primare, și mai puțin organizarea altor tipuri de servicii medicale. Ca gravitate, problema birocrăției și a proastei organizări a sistemului apare pe locul 7: doar 2% dintre respondenți (în 2003) și 3,5% (în 2006) consideră că este cea mai importantă problemă a sistemului. În 2005, un procent ridicat de respondenți (37%) considera că cel mai important sector în care ar trebui făcute schimbări este acela al spitalelor.

Resursa umană din sistem. Este o altă problemă prea puțin conștientizată până în 2008 (anul ultimului barometru de sănătate). Dintre aspectele relevante pentru descentralizare ale acestei dimensiuni, barometrele urmăresc doar problema salarizării medicilor, și izolat, problema lipsei cadrelor medicale. Astfel, doar 2,7% dintre respondenți în 2006 și 1,9% în 2008 consideră că salariile mici ale medicilor constituie o problemă a sistemului de sănătate. Lipsa cadrelor medicale este resimțită ca problemă doar pentru 0,7% din eșantion.

Accesul la serviciile medicale. Unul dintre dezideratele descentralizării este îmbunătățirea accesului populației la serviciile medicale. În 2002, 24% din eșantion afirma că nu are acces ușor la serviciile de specialitate (altele decât cele oferite de medicul de familie), datorită distanței mari, costurilor sau timpului. În 2006, 13,9%

dintre respondenți considerau că serviciile medicale în România sunt inaccesibile și foarte inaccesibile (40,7% considerau că sunt accesibile și foarte accesibile). În 2008, problema accesului apare pe locul 11 în ierarhia celor mai importante probleme ale sistemului sanitar românesc (doar 1,3% dintre respondenți amintind-o). Diferențele între aceste procente nu se datorează unor îmbunătățiri majore în accesul la serviciile medicale, ci datorită faptului că această problemă a fost formulată și măsurată diferit în diferitele valuri ale cercetării. Se remarcă faptul că sunt amintite ca deficitare de către subiecții investigați mai ales aspectele geografic, financiar și organizațional (de timp) ale accesibilității.

Reforma și descentralizarea, din perspectiva personalului medical

Opiniile personalului medical legate de sistemul sanitar sunt, mai degrabă, critice și negative, iar opiniile legate de reformă sunt împărțite. Astfel, 42,7% apreciază că sistemul de sănătate din România este prost și foarte prost, în special medicii rezidenți și farmaciștii, precum și personalul medical tânăr, împărtășind această opinie. Doar 15,3% din totalul eșantionului consideră că sistemul sanitar este bun și foarte bun (medicii de familie și asistenții sunt mai degrabă indeciși sau în extrema pozitivă). Deși opinia față de sistem este, în general, una negativă, cei mai mulți respondenți (48%) consideră că direcția în care merge acesta este bună, iar pentru 41,9% direcția este greșită. Tind să fie mai critici și să considere că direcția este greșită medicii specialiști și personalul medical tânăr, în timp ce medicii de familie și personalul vârstnic consideră că direcția în care merge sistemul sanitar este una bună.

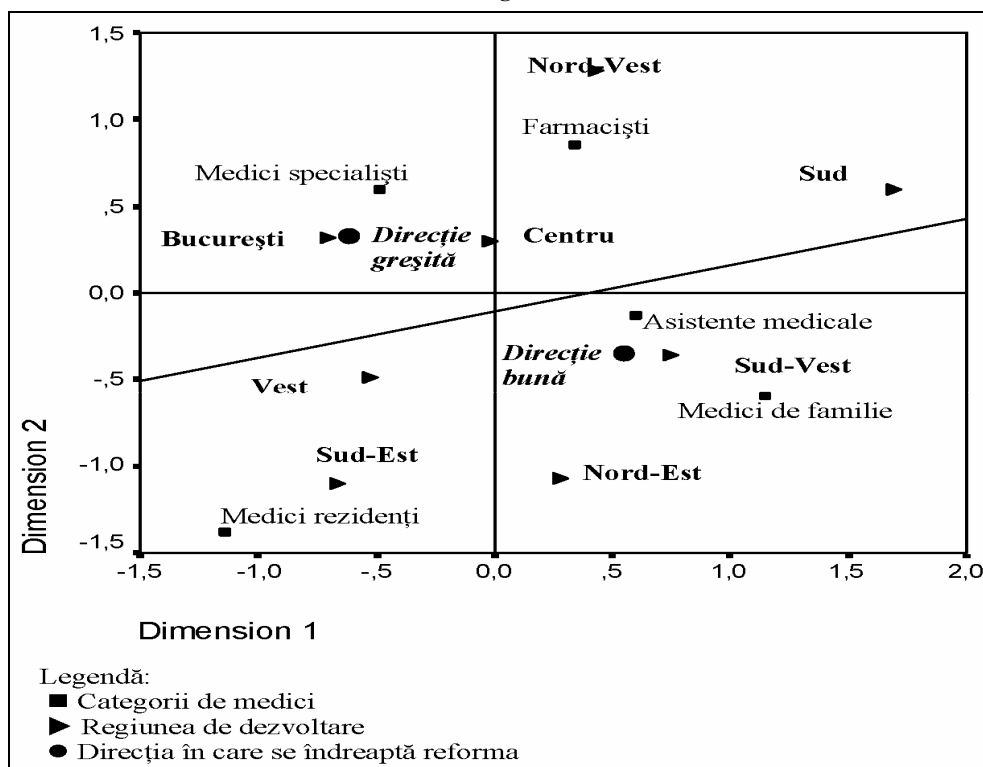
În ce privește opinia asupra reformei și asupra direcției acesteia, 38,5% consideră că reforma actuală a sistemului sanitar este una bună și foarte bună, iar 43,6% sunt indeciși în această privință. Graficul 3 arată rezultatele unei analize de omogenitate, ce permite ilustrarea intuitivă a opiniei diferitelor categorii de medici, în funcție de regiunea de dezvoltare de care aparțin, asupra direcției în care se îndreaptă reforma. Medicii de familie, asistentele medicale, precum și personalul medical din regiunea de Sud-Vest și Nord-Est au o opinie mai bună legat și de acest aspect, comparativ cu medicii specialiști și medicii din regiunea Centru și București. Legat de acest aspect, al direcției reformei sanitare, se remarcă o polarizare ridicată a opiniilor, cele două categorii de răspuns (bună și greșită) având valori foarte apropiate, de 43,1% (direcție bună) și 40,9% (direcția este greșită). Medicii specialiști, rezidenți și farmaciștii sunt semnificativ mai înclinați să afirme că direcția reformei este una greșită.

Întrebările care particularizează diverse aspecte legate de reformă pun într-o nouă lumină percepția asupra acesteia. Astfel, pe întregul eșantion, personalul medical este mai înclinat să afirme că reforma nu a inițiat descentralizarea sistemului de sănătate (49,2%), nu a dus la o organizare mai bună a sistemului (50,1%), nu a determinat reducerea corupției (67,6%) și nu a facilitat ocuparea prin merit a pozițiilor de management din sistemul de sănătate (62,5%). În schimb, a

lărgit accesul populației la serviciile medicale (52,9%) și a crescut calitatea serviciilor (50%).

Grafic 3

Analiză de omogenitate⁵ legată de direcția în care se îndreaptă reforma, din perspectiva diferitelor categorii de medici



Ierarhia celor mai importante probleme ale sistemului sanitar, în opinia medicilor, este diferită de cea a populației. Dacă populația considera, în 2008, că cea mai importantă problemă este reprezentată de medicamentele gratuite și compensate, în același an, din punctul de vedere al medicilor, cea mai importantă problemă a sistemului medical era insuficiența fondurilor. În *Tabelul nr. 5* este prezentată ierarhia celor mai importante probleme, așa cum sunt ele văzute de diferitele categorii ale personalului medical. Se remarcă faptul că primele trei probleme pentru toate categoriile sunt, cu mici diferențe, insuficiența fondurilor, salariile mici ale personalului medical și birocrăția din sistem. În rest, ierarhiile sunt diferite, în funcție de categorie.

⁵ Analiza de omogenitate permite, spre deosebire de analiza de corespondență, asocierea a mai mult de două variabile.

Tabelul nr. 5

Ierarhia principalelor probleme ale sistemului de sănătate din România, din perspectiva diverselor categorii de medici

	Medici specialiști	Medici de familie	Medici rezidenți	Asistente medicale	Farmaciiști
Insuficiența fondurilor în sănătate	1	1	1	1	1
Salariile mici ale personalului medical	2	3	2	2	4
Birocrația din sistemul de sănătate	3	2	3	3	2
Lipsa de specialiști în management	4	5	5	6	6
Corupția	6	6	4	4	3
Infrastructura (clădiri, utilități)	5	7	9	6	9
Dotarea cu aparatură medicală	7	4	6	8	8
Scăderea calității serviciilor medicale	8	7	8	5	10
Costul ridicat al tratamentelor	11	8	10	7	5
Plecarea personalului în străinătate	12	7	7	8	12

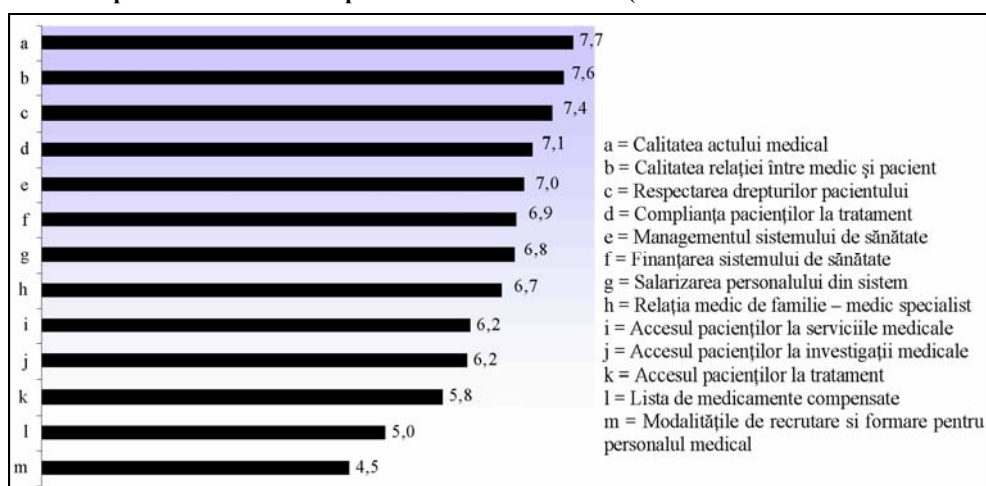
Notă: cifrele reprezintă rangul problemei respective în ierarhie.

Sursa datelor: prelucrare pe date din Barometrul Sistemului Sanitar, 2008.

Atunci când sunt rugați să acorde note pentru diverse aspecte ale sistemului medical (Grafic 4), cel mai bine plasat aspect este calitatea actului medical oferit pacienților de către medici (media notelor acordate este de 7,7), iar aspectul cu nota cea mai mică este reprezentat de modalitățile de recrutare și de formare pentru personalul medical (4,5). Managementul și finanțarea sistemului de sănătate și accesul pacienților la serviciile de sănătate, aspectele cheie pentru descentralizare, au medii (ale notelor acordate) de mijloc.

Grafic 4

Aprecierea diverselor aspecte ale sistemului sanitar (medii ale notelor acordate)



Sursa datelor: Barometrul Sistemului Sanitar, 2008.

Spre deosebire de modul în care este surprinsă problematica descentralizării în chestionarul pentru populație, în cel destinat personalului medical sunt disponibili un număr mai mare de indicatori care operaționalizează fenomenul descentralizării, astfel încât imaginea conturată în acest caz este una mai completă.

În tabelul din anexă sunt specificați indicatorii care au fost utilizați în analiză pentru dimensiunea *descentralizare*. Încrederea în Ministerul sănătății publice este extrem de scăzută, la nivelul anului 2008, 62,4% afirmând că au puțină și foarte puțină încredere în Minister și doar 34,6% afirmând că au multă și foarte multă încredere. Comparativ cu perioada 2000–2004, în 2005–2008 activitatea Ministerului a rămas la fel pentru 42,5% dintre respondenți sau s-a îmbunătățit, pentru 33,3% dintre aceștia. Sunt mai înclinați să aibă puțină și foarte puțină încredere în Minister Bucureștiul, regiunea Centru, grupa de vârstă 25–41 de ani și medicii rezidenți. Creditează cu multă și foarte multă încredere instituția Ministerului cei din regiunile Sud și Sud-Vest, grupa de vârstă 42–56 de ani și medicii de familie. Dacă aprecierea față de Minister este una preponderent negativă, nici instituțiile administrative locale nu se bucură de o opinie majoritar pozitivă: 45,1% din totalul eșantionului consideră că administrația locală (Consiliul local și cel județean) ar avea o capacitate mică și foarte mică de a influența deciziile instituțiilor publice din domeniul sanitar (iar 40,4% consideră că această capacitate este mare și foarte mare). Această opinie se nuanțează în analiza pe subeșantioane, în sensul că regiunea de dezvoltare Vest, precum și categoria medicilor specialiști sunt mai încrezători în capacitatea administrației locale, în timp ce Bucureștiul și categoria medicilor rezidenți sunt mai refractari la această idee. Deși ambele niveluri instituționale (central și local) au o apreciere mai degrabă negativă, marea majoritate a respondenților (66,6%) consideră că schimbarea decidenților din sistemul medical ar avea un impact puternic și foarte puternic pentru îmbunătățirea sistemului de sănătate.

Legat de toate componentele reformei relevante pentru descentralizare, Bucureștiul se plasează pe o poziție extrem de critică. Cei din București sunt semnificativ mai înclinați să considere (în 2008) că reforma propusă de Minister nu a inițiat descentralizarea, nu a dus la o organizare mai bună a sistemului și nu a lărgit accesul populației la serviciile medicale. Refractari față de cele trei aspecte menționate sunt, în general, medicii specialiști și rezidenți, farmaciștii și respondenții tineri și cu vârstă medie. Au o opinie mai bună, legat de aceste trei aspecte, subiecții din regiunile din Sudul României și Nord-Est, medicii de familie și cei mai vârstnici.

CONCLUZII

Teoreticienii ce susțin ideea medicalizării societății afirmă că sănătatea a încetat să mai fie o problemă de interes strict medical și este din ce în ce mai mult un aspect social. Departe de a fi doar o idee teoretică, schimbările ce au loc în sistemele de îngrijire a sănătății din diverse țări, inclusiv în România, conduc. Toate, spre o transformare de mai mare amploare ce are loc în prezent, aceea a responsabilizării și împuternicirii contextelor locale în tot ceea ce înseamnă atingerea și menținerea stării de sănătate. Schimbări precum descentralizarea spitalelor și reducerea costurilor. prin

eficientizarea practicii medicale (informatizarea sistemului medical, reorganizarea unităților sanitare și implementarea ghidurilor și protocoalelor terapeutice pentru standardizarea practicii medicale), pe care reforma sistemului medical românesc le-a adus sau le va aduce în viitorul apropiat, se înscriu în trendul neo-liberal tot mai vizibil în orizontul economic și politic al ultimilor ani.

Multe țări din lume au realizat. Deja, o reformă și o descentralizare a sistemului sanitar. Și deși acestea s-au produs de prea puțini ani pentru ca eficiența lor să poată fi evaluată prin date statistice, majoritatea teoreticienilor din acest domeniu susțin că descentralizarea este un pas necesar în eficientizarea oricărui sistem medical, nefiind. Desigur, mai puțin important modul în care se realizează acest proces (toate analizele existente, care au fost menționate în acest articol, evidențiază și condițiile necesare pentru a asigura eficiența și succesul descentralizării). Sunt practicienii din domeniul medical și populația României pregătiți să realizeze această schimbare? – este întrebarea la care a încercat să răspundă lucrarea de față. Analiza opiniilor medicilor și beneficiarilor sistemului de sănătate asupra sistemului medical, asupra reformei și asupra câtorva dintre componentele procesului de descentralizare permite formularea următoarelor concluzii:

- personalul medical are opinii mai critice decât populația, legat de toate aspectele vizate (sistem sanitar, reformă, componente ale descentralizării);
- beneficiarii și medicii din regiunile dezvoltate (Centru, Vest, București) tind să fie mai critici în legătură cu sistemul sanitar și prestația guvernului și ministerului, în domeniul sănătății;
- medicii specialiști și rezidenți apreciază negativ direcția în care merge sistemul sanitar, reforma și activitatea Ministerului sănătății, dar sunt mai încrezători în capacitatea administrației locale de a prelua responsabilitatea;
- Medicii de familie și asistenții au o opinie mai bună legat de toate aspectele vizate ale sistemului sanitar;
- medicii specialiști și zona de Vest a României favorizează mai mult ideea de descentralizare;
- cu excepția finanțării sistemului, toate celelalte componente relevante pentru descentralizare nu sunt percepute de populație ca probleme acute, importante ale sistemului sanitar. Din acest motiv, ne-am putea aștepta ca populația să nu sprijine ideea de descentralizare, sau să nu considere acest proces necesar. Datorită inexistenței în bazele de date a unei întrebări care să vizeze direct acest aspect, nu putem afirma acest lucru cu certitudine.

Urmărind concluziile de mai sus devine evident, pe de o parte, faptul că beneficiarii sistemului de sănătate nu dispun încă de o percepție și o informare completă legate de acele aspecte deficitare ale sistemului sanitar care ar putea fi îmbunătățite printr-o descentralizare a lui. Intensificarea dezbaterii publice asupra problemelor acute ale sistemului medical, ar fi, din acest punct de vedere, binevenită. Pe de altă parte, dacă pornim de la premisa că încrederea în capacitatea administrației locale de a gestiona problemele legate de sănătate este o condiție pentru succesul descentralizării, atunci putem conchide, conform rezultatelor acestui studiu, că acest proces ar găsi mai mult sprijin în regiunile dezvoltate și în rândul medicilor specialiști

și rezidenți. Concluziile studiului de față sunt însă limitate, datorită faptului că datele empirice disponibile pe această temă au fost, la momentul realizării cercetării, insuficiente. O altă limitare pentru unele dintre aspectele analizate este aceea că studiul de față a fost realizat într-o perioadă în care procesul descentralizării spitalelor era la debut. Consider însă că este necesară continuarea analizei la un anumit interval de timp după încheierea acestei etape a descentralizării, ceea ce ar permite o viziune globală, completă asupra fenomenului și o mai mare obiectivitate.

Anexa

Cod	Descriere	Cercetarea	Valul
POPULAȚIE			
E1	În ce măsură credeți că problemele actuale ale României sunt legate de ...sănătate	Barometrul sistemului sanitar	2008
E4	Credeți că sistemul sanitar din țara noastră merge într-o direcție bună sau într-o direcție greșită?	Barometrul sistemului sanitar	2008
E13 (2008) Q47 (2006)	Considerați că reforma sistemului sanitar din România merge într-o direcție bună?	Barometrul de opinie privind serviciile de sănătate	2002
		Barometrul de opinie privind serviciile de sănătate	2006
		Barometrul sistemului sanitar	2008
	Care dintre următoarele afirmații despre sistemul sanitar din România este cea mai aproape de opinia dvs.?: – Există părți bune în actualul sistem sanitar, dar sunt necesare schimbări fundamentale pentru ca acesta să funcționeze mai bine. – Sistemul sanitar românesc funcționează atât de prost încât este nevoie de o schimbare completă a sa.	Barometrul de opinie privind serviciile de sănătate	2005
E5 (2008) Q46 (2006) ?? (2003)	Care considerați că este, în momentul de față, cea mai importantă problemă a sistemului de sănătate din România?... Reforma, privatizarea sistemului sanitar.	Barometrul sistemului sanitar	2008
		Barometrul de opinie privind serviciile de sănătate	2006
		Barometrul de opinie privind serviciile de sănătate	2003
<i>Descentralizare</i>			
E7-1 E7-6	Cât de multă încredere aveți în următoarele instituții și în programele pe care acestea le derulează: 1. Ministerul sănătății publice. 6. Primăria/Consiliul local al localității unde aveți reședința.	Barometrul sistemului sanitar	2008
E10	Ați auzit de modificările legislative promovate de Ministerul sănătății, începând cu 2006?	Barometrul sistemului sanitar	2008
E11	Cum apreciați modificările legislative promovate de Ministerul sănătății?	Barometrul sistemului sanitar	2008

PERSONAL MEDICAL			
A2	Cum apreciați sistemul de sănătate actual din România?	Barometrul sistemului sanitar	2008
A3	Credeți că sistemul sanitar din țara noastră merge într-o direcție bună sau într-o direcție greșită?	Barometrul sistemului sanitar	2008
B6	Considerați că reforma promovată de Ministerul sănătății începând cu 2006 este foarte bună, bună, nici bună nici rea, rea sau foarte rea?	Barometrul sistemului sanitar	2008
B8	Considerați că reforma sistemului sanitar din România merge într-o direcție bună?	Barometrul sistemului sanitar	2008
C2	Care considerați că este, în momentul de față, cea mai importantă problemă a sistemului de sănătate din România?	Barometrul sistemului sanitar	2008
<i>Decentralizare</i>			
B1-A	Cât de multă încredere aveți în Ministerul sănătății publice?	Barometrul sistemului sanitar	2008
B7-b B7-d B7-f	Considerați că reforma promovată de Ministerul sănătății: – A inițiat organizarea mai bună a sistemului de sănătate – A inițiat descentralizarea sistemului de sănătate – A lărgit accesul populației la gama de servicii medicale și de tratamente	Barometrul sistemului sanitar	2008
B13-h	Cât de mare estimați ca este capacitatea următorilor actori de a influența publice din domeniul sanitar? Consilii locale/ consilii județene	Barometrul sistemului sanitar	2008
C1-E C1-F C1-I	Va rog ca, pe o scala de la 1 la 10 unde 10 este <i>foarte bună</i> iar 1 este <i>foarte slabă</i> , să acordați note următoarelor aspecte legate de sistemul de sănătate din România E. Managementul sistemului de sănătate. F. Finanțarea sistemului de sănătate. I. Accesul pacienților la serviciile medicale.	Barometrul sistemului sanitar	2008
C3-B	Cum apreciați impactul potențial al următoarelor măsuri ce pot fi luate pentru îmbunătățirea sistemului de sănătate, pe o scală de la 1 la 10, unde 10 este <i>foarte mare influență pozitivă</i> , iar 1 este <i>fără niciun fel de influență</i> . – Schimbarea decidenților din sistemul de sănătate.	Barometrul sistemului sanitar	2008

BIBLIOGRAFIE

1. Beach, D., *Neoliberal Restructuring in Education and Health Professions in Europe*, în „Current Sociology”, 58, nr. 4, 2010, pp. 551–569, doi:10.1177/0011392110367998.
2. Berman, P. A., *National Health Insurance in Poland: A Coach without Horses?*, Raport nr. 63, Data for Decision Making Project, Boston, The Harvard School of Public Health, 1998, disponibil online la <http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/No-63.pdf>.
3. Berman, P. A., Bossert, T. J., *A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned?*, lucrare prezentată la DDM simpozionul „Appraising a Decade of Health Sector Reform in Developing Countries”, Washington, D.C., March 15, 2000, disponibil online la <http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/closeout.pdf>.
4. Bokros, L., Dethier, J.-J. (eds), *Public Finance Reform During the Transition. The Experience of Hungary*, Washington, World Bank, 1998.

5. Bossert, T., *Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance*, în „Social Science & Medicine”, 47, nr. 10, 1998, pp. 1513–1527, doi: 10.1016/S0277-9536(98)00234-2.
6. Cassels, A., *Health sector reform: Key issues in less developed countries*, în „Journal of International Development”, 7, nr. 3, 1995, pp. 329–347.
7. Ensor, T., *Health System Reform in Former Socialist Countries of Europe*, în „International Journal of Health Planning and Management”, 8, nr. 3, 1993, pp. 169–187.
8. Ericson, R., Barry, D., Doyle, A., *The moral hazards of neo-liberalism: lessons from the private insurance industry*, în „Economy and Society”, 29, nr. 4, 2000, pp. 532–558.
9. Mishler, W., Rose, R., *Trust, Distrust and Skepticism: Popular Evaluations of Civil and Political Institutions in Post-Communist Societies*, în „The Journal of Politics”, 59, nr. 2, 1997, pp. 418–451, doi:10.2307/2998171.
10. Rose, N., *The death of the social? Refiguring the territory of government*, în „Economy and Society”, 25, nr. 3, 1996, pp. 327–356.
11. Saltman, R. B. (main author), Bankauskaite, V., Vrangbæk, K., *Decentralization in health care: strategies and outcomes*, în „European Observatory on Health Systems and Policies”, Maidenhead, McGraw Hill/Open University Press, 2007.
12. Smith, B. C., *The decentralization of health care in developing countries: organizational options*, în „Public Administration and Development”, 17, nr. 4, 1997, pp. 399–412.
13. Vlădescu, C., Rădulescu, S., Olsavszky, V., *Health care systems in transition: Romania*, în „European Observatory on Health Care Systems”, 2000, disponibil online la http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/95924/E71423.pdf.
14. Vlădescu, C., Scîntee, G., Olsavszky, V., *Romania: Health system review*, Health Systems in Transition, vol. 10, 2008.
15. Yan, W., Collins, C., Tang, S., Martineau, T., *Health systems decentralization and human resources management in low and middle income countries*, în „Public Administration and Development”, 22, nr. 5, 2002, pp. 439–453, doi: 10.1002/pad.246.
16. *** *Public attitudes and perceptions in the euro area. Analytical report*, Flash Eurobarometer 251, 2008, disponibil online la http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_254_240_en.htm.
17. *** *Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor 2010–2012*, Ministerul Sănătății, 2010, disponibil online la www.ms.ro/documente/ANEXA%20Strategie_398_847.doc.

The health care reform, and the decentralization of the health system are perceived, understood and accepted in different ways, by the different social actors involved. This paper takes a close look to these two processes that Romania underwent in the last years, from two perspectives: the human resources from the medical system (physicians) and the system's beneficiaries (patients). Two levels of analysis are pursued, with a quantitative approach (secondary analysis on Opinion barometer of Health Care Services, considering data between 2002 and 2008). The longitudinal analysis is focused on very recent changes in Romanian health system, initiated by the hospitals decentralization process announced since 2009, started in June 2010 and completed by the end of 2010. All these changes are analysed in the broader context of health care reform.

Keywords: health care system, reform, decentralization.

Primit: 12.01.2011

Acceptat: 14.03. 2011

Redactor: Iuliana Precupețu