

POLITICI DE SĂNĂTATE: EVALUAREA NEVOILOR ȘI PLANIFICAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

CRISTIAN VLĂDESCU

Planificarea are de multe ori înțelesuri diferite pentru cei ce utilizează acest termen. În general, prin planificare se înțelege "realizarea unor obiective predefinite cu ajutorul unor acțiuni întreprinse într-o secvență ordonată și prestabilită" (Rathwell, T.). În domeniul sanitar sunt descrise diferite tipuri de procese de planificare: planificare pentru rezolvarea problemelor, planificare de programe, pentru alocarea resurselor, pentru standardizarea procedurilor de lucru. De obicei toate aceste forme implică trei dimensiuni: planificare operațională, tactică și strategică (Blum, M.L.).

Indiferent de abordarea utilizată, obiectivul final al planificării serviciilor socio-sanitare este oferirea unor prestații de sănătate către populație mai eficiente decât în cazul unor acțiuni randomizate, aleatorii. Pentru aceasta, este necesar:

- a) să se clarifice ce anume se dorește a se îmbunătăți,
- b) să se identifice statusul socio-sanitar prezent,
- c) să se realizeze deficiențele (insuficiențele actuale),
- d) să se sugereze cum se pot aborda aceste probleme,

e) să se sugereze gradul de îmbunătățire a situației pe care planificarea acțiunilor îl poate aduce (Baranowski et al.).

Mulți cercetători afirmă că esența planificării sanitare este identificarea corectă a nevoilor populației, i.e. identificarea nevoilor și utilizarea lor ca obiective în stabilirea priorităților pentru ca alocarea resurselor să țină cont de cele mai acute/stringente nevoi.

Așadar evaluarea nevoilor sanitare reprezintă prima etapă și în același timp, esența unei planificări sanitare eficiente. Restul acestei lucrări încearcă să dezbate acest concept în contextul planificării sanitare și al stabilirii priorităților în politica sanitară.

NEVOILE ȘI PLANIFICAREA SANITARĂ

Sociologii, economiștii, medicii, administratorii și politicienii au analizat "nevoile" din prisma domeniului lor de activitate.

S-a spus că acest concept are o caracteristică esențială: "nevoia" era sinonimă cu opinia expertului. Conceptul tradițional de nevoie se referă la diferența dintre starea existentă și cea dorită a statusului de sănătate. Această diferență care este în principiu măsurabilă devine "nevoie" în contextul politicii sociale atunci când, potențial, poate fi prevenită sau ameliorată prin utilizarea serviciilor sanitare, sau într-un context mai larg, utilizarea serviciilor sociale (Abramhson, J.H.).

Apare astfel evident că baza deciziei referitoare la existența unui deficit sau la capacitatea unei anumite intervenții de a-l îmbunătăți va diferi între variatele grupuri implicate în respectivul proces.

Medicii consideră stabilirea priorităților ca fiind primordial o problemă legată de o corectă definire a mortalității și morbidității.

Politicienii consideră esențial în același domeniu răspunsul dat percepțiilor populației referitor la ce consideră ea ca important.

Administratorii văd prioritățile mai ales din punctul de vedere al disponibilității metodelor tehnice de control ale problemei. Economisții vor accentua mai ales dimensiunile legate de costuri (Culyer, A., Lavers, R.J. și Williams, A.).

În acest mod fiecare parte încearcă să-și sublinieze propria contribuție în determinarea "nevoilor" și ca atare și serviciile pe care le pot oferi în acest sens.

Vom prezenta în continuare punctele de vedere cele mai răspândite referitoare la o definiție cât mai "obiectivă" a acestui aspect.

La nivel populațional "nevoia" este reprezentată de suma nevoilor individuale. La nivel individual Kalimo distinge între "nevoi resimțite" și "nevoi nerestimțite". El a definit "nevoia" ca diferența dintre nivelul ideal și cel observat al sănătății. Cum orice nevoie poate avea o componentă medicală sau socială predominantă, Kalimo a descris 8 grupuri tipologice (tabelul nr. 1).

Tabelul nr.1

Tipologia nevoilor pentru servicii de sănătate la nivel populațional

	Nevoie definită medical			
	Nu		Da	
	Nevoie determinată social		Nevoie determinată social	
	Nu	Da	Nu	Da
Nu Nevoie percepută	A nici o nevoie	B nevoi sociale nejustificate medical, fără perceperea nevoii	C nevoi medicale inaparente	D nevoi medicale și sociale nepercepute
Da	E nevoie resimțită nejustificată	F nevoie medicală justificată, nevoie socială	G nevoie Medicală resimțită fără modificări comporta- mentale	H nevoi general admise

Sursă: Kalimo, 1979.

Nevoile grupurilor din grupa A și H sunt clare: indivizii cu condiții extreme de boală sau sănătate. Pentru celelalte categorii din tabelul 1 există grade variate de dificultate în evaluarea nevoilor. Grupul B reprezintă persoane cu nevoi sociale, dar fără necesități medicale clar definite (bătrâni singuri, de exemplu).

Cei din grupul C nu sunt conștienți de statusul lor medical: ei pot avea o boală pe care (încă) nu o percep (cancer asimptomatic). În grupul D sunt persoane la care bolile sunt într-un stadiu mai avansat. Persoanele din grupurile E și F reprezintă cazuri de nevoi "nejustificate". Ei simt că au anumite nevoi medicale, dar opinia lor nu este sprijinită de raționamentul specialiștilor; diferența dintre E și F este dată de gradul alterării funcției lor sociale. Grupul G reprezintă o parte importantă a populației: deși au o afecțiune medicală reală, comportamentul lor societal normal nu este alterat (de exemplu: bolnavii cronici care au o viață cvasi-normală).

Abordarea sociologică a nevoilor este exemplificată de Bradshaw, care a creat patru categorii în acest domeniu:

a) **Nevoia normativă.** Bradshaw sugerează că indiferent de ce intenționează să facă cineva în legătură cu anumite deficiențe legate de sănătate, acestea există și pot fi descrise (exemplu: fracturi, IMA, lipsa imunizării etc.). Aceste nevoi au fost definite de specialiști/experti care definesc respectiva "nevoie" ca o deviație de la "normal". Problema care se pune este cea a "normalului": normalitatea variază cu vârsta, sexul, dar și cu o mulțime de alți factori determinați de cultura și filosofia care predomină în societate. De asemenea, acest concept de "nevoie normativă" identifică o terță parte: experții și/sau specialiștii din domeniu. Acest aspect poate conduce la multiple variații în definirea unei "nevoi normative", deoarece diferiți specialiști pot avea opinii diferite despre același aspect legat de starea de sănătate/boală. Această situație implică și faptul că nu există o "nevoie normativă" absolută; ridică de asemenea întrebări referitor la cine ar trebui să fie considerat "judecătorul legitim" în ceea ce privește procesul de planificare sanitară - doctorii, managerii, politicienii etc.?: dacă fiecare are un rol legitim în acest proces?; care este acel rol?

b) **Nevoia resimțită** este deseori echivalată dorinței. Astfel, când se evaluează nevoile pentru un anumit serviciu de sănătate, cetățenii sunt întrebați dacă ei consideră că au nevoie de respectivul serviciu. Dar acest răspuns poate fi influențat de mulți factori, unul dintre ei fiind auto-percepția și cunoașterea: care ar fi probabilitatea ca cineva să solicite ceva dacă persoana nu este conștientă de existența unei probleme sanitare sau de posibilitatea existenței unui serviciu medical care să îmbunătățească/rezolve respectiva problemă?

Reciproc, o falsă opinie/percepție poate fi creată despre nevoi de sănătate care nu există, sau despre remedii pentru asemenea nevoi nedezvoltate încă. Se poate astfel afirma că "nevoile resimțite" sunt puternic influențate de percepția individuală a problemei.

c) **Nevoi exprimate** (sau cerer) sunt nevoile resimțite puse în acțiune/operationalizate. Cererea reprezintă utilizarea unui serviciu de către consumator. În sistemele sanitare în care pacienții plătesc direct pentru serviciile medicale, cererea reprezintă puterea de cumpărare efectivă. În țările cu asigurări obligatorii generalizate, aceste considerente economice nu mai sunt concludente (dar pot să apară alte "costuri", precum timpul de așteptare pentru un anumit serviciu sau plata "pe sub masă"). Cererea este afectată de numeroși factori/forțe, dar cel mai important pare a fi disponibilitatea fizică a serviciilor, cuplată cu prezența sau

absența unor bariere în calea utilizării serviciilor respective. Există numeroase exemple care susțin legea lui Roemer "cererea creează oferta în domeniul medical". S-a constatat de exemplu că mai mulți chirurghi și mai multe paturi de spital chirurgicale vor duce la mai multe intervenții chirurgicale și zile de spitalizare chirurgicală, fără existența unei îmbunătățiri consecutive a stării de sănătate a populației, fenomen cunoscut sub numele de "hazard moral".

d) **Nevoile comparative** se stabilesc/definesc prin studierea caracteristicilor populației ce beneficiază de anumite servicii. Conform acestui concept, atunci când există populații cu caracteristici similare dar care nu primesc un anumit serviciu medical, atunci ele sunt în situația de a avea o "nevoie" sanitară. Poate fi însă argumentat că o utilizare crescută a unui anumit serviciu poate semnifica uneori supra-utilizare nejustificată, în timp ce o utilizare redusă poate reflecta o folosire adecvată a serviciilor sanitare. Utilizarea "nevoilor comparative" poate fi primejdioasă, deoarece dacă se consideră ca standard nivelele ridicate ale serviciilor medicale rezultatul poate fi o escaladare a costurilor asistenței sanitare fără îmbunătățirea consecutivă a stării de sănătate a populației.

În opinia lui Bradshaw, doar prin considerarea tuturor acestor 4 forme de nevoi se poate avansa în direcția măsurătorii "nevoilor reale" de sănătate.

O altă abordare a problematicii "nevoilor" este cea a lui Blum. Aceasta arată că nevoile de sănătate pot fi translatate în unități de servicii, astfel încât "echivalenți de servicii" specifici sunt elaborați pentru nevoile de asistență sanitară determinate de profesioniști pentru anumite comunități.

Astfel problema evaluării "nevoilor" poate fi redusă la determinarea, de către profesioniști, a cantității minime de servicii ce ar trebui să fie disponibile pentru o populație dată. Dezbaterea ce s-a purtat/se poartă este în legătură cu determinarea unei asemenea liste minime de servicii. Cantitatea "echivalenților de servicii" dintr-un sistem sanitar poate fi determinată prin "listarea tuturor resurselor disponibile într-o comunitate în concordanță cu norme și standarde acceptate" (Enthoven, A.). Volumul echivalenților de servicii poate apoi determina măsura în care nevoile de servicii sanitare sunt împlinite. Totuși, răspunzând doar nevoilor de servicii medicale nu se obține un răspuns care să cuprindă toate nevoile de asistență sanitară. Conform lui Blum, nevoile de servicii de sănătate sunt doar o parte a nevoilor de asistență sanitară determinate de factori sociali, economici și comportamentali.

O altă abordare a "nevoilor" este cea economică. Unii economiști reformulează conceptul de "nevoie", definindu-l din punct de vedere utilitar și numindu-l "ofertă" (Culyer, A.).

Conform acestora, "nevoia" există atunci când productivitatea marginală a unor tratamente e mai mare decât zero, iar tratamentul este cost-eficient. Aceasta semnifică luarea deciziei terapeutice în funcție de posibilitatea satisfacerii nevoilor de sănătate individuale. Abordarea aceasta implică, de asemenea, că aceste decizii sunt luate în contextul unor resurse limitate: se are astfel în vedere beneficiul potențial al unei zile de spitalizare adiționale pentru un pacient, comparativ cu "n" vizite și/sau tratamente ambulatorii pentru alt pacient. La nivelul planificării sanitare această abordare implică faptul că deciziile de alocare a resurselor se

bazează pe contribuția lor potențială la reducerea nevoilor sanitare ale populației țintă. De asemenea, mai implică și faptul că valorile comunitare înlocuiesc prerogativele medicale ca bază a raționalizării serviciilor (Janovsky, K.).

TEHNICI DE MĂSURARE UTILIZATE ÎN EVALUAREA NEVOILOR DE SĂNĂTATE

Nu doar definirea conceptuală a nevoii de sănătate este laborioasă, ci și operaționalizarea sa, utilizarea celor mai adecvate instrumente pentru măsurare și cuantificare, ca suport al planificării sanitare. Cele mai utilizate metode, asociate cu politicile de sănătate sunt descrise în continuare.

1. Anchetele: se bazează pe realizarea unui eșantion al comunității studiate și analizarea datelor obținute din acel studiu al eșantionului. Realizată corect această metodă poate furniza informații valide despre nevoile sanitare ale unei comunități (Reinke, A.R.). Sunt descrise mai multe tipuri de anchete utilizabile în evaluarea nevoilor de sănătate:

- anchete descriptive, care analizează boala în relație cu persoana, locul și timpul; furnizează preponderent informații descriptive (exemplu: câte persoane cu o anumită afecțiune se găsesc la un moment dat într-o anumită populație). Din punctul de vedere al procesului de planificare, anchetele descriptive furnizează cadrul de la care se pornește: "unde ne aflăm acum".

- anchete analitice, ce pot fi orientate spre grupuri sau spre indivizi; în esență ele sunt comparații între grupuri populaționale, utilizând informații despre rate/proporții (în primul caz) sau informații despre fiecare individ din grup.

Asemenea tipuri de anchete sunt utilizate frecvent de către agenții publice, locale sau naționale pentru măsurarea și satisfacerea nevoilor grupurilor populaționale din zone specifice. Informațiile obținute din asemenea anchete sunt considerate a fi utile în:

- identificarea unor grupuri țintă cu nevoi de sănătate specifice, informațiile obținute fiind apoi utilizate în elaborarea de programe pentru satisfacerea respectivelor nevoi;

- identificarea utilizatorilor serviciilor de asistență sanitară specifică (Muton, P.H.).

Majoritatea țărilor realizează, atât anchete ale furnizorilor, cât și ale consumatorilor pentru a evalua, cât mai corect, nevoile de servicii de sănătate, putându-se clasifica astfel aspecte importante legate de nevoile pentru asistența medicală. Sunt descrise numeroase asemenea anchete elaborate/efectuate pentru estimarea nevoilor de sănătate "reale" ale populației ca bază pentru stabilirea cantității și tipului de resurse sanitare necesare pentru furnizarea serviciilor medicale dorite.

Asemenea studii au încercat:

- a) să analizeze caracterul și amplitudinea morbidității în populația țintă - morbiditate ce poate fi fie "percepută" de indivizi, fie "definită" de către profesioniștii medicali;

b) să transforme informația legată de morbiditate în anumite nevoi pentru servicii sanitare specifice.

O astfel de anchetă a implicat câteva zone urbane și rurale în care experții în furnizarea de servicii de sănătate au considerat că cererea pentru asistența sanitară era satisfăcută, nu existau liste de așteptare pentru spitalizări sau consultări medicale; pentru realizarea anchetei fiecare membru al comunității a primit o fișă pe care au fost înregistrate toate serviciile de sănătate utilizate într-o anumită perioadă de timp (Muton, P.H.).

După această anchetă de utilizare a serviciilor sanitare a fost efectuată de către specialiștii medicali o anchetă referitoare la starea de sănătate a populației. Obiectivul acestor anchete masive a fost de a determina "aisbergul nevoilor de sănătate", partea ascunsă ca și cea vizibilă, pe baza definiției medicale a nevoilor.

Pe baza comparațiilor între aceste două anchete despre "utilizare" și "nevoi" s-au elaborat estimări legate de "suprautilizare", "subutilizare" și "greșită utilizare" a resurselor de sănătate.

O altă zonă a planificării sanitare ce beneficiază de utilizarea anchetelor este cea referitoare la grupurile la risc. În acest sens, prin corecta identificare a indivizilor celor mai predispuși la anumite condiții, resursele de sănătate pot fi utilizate direcționat și mult mai eficient.

Se poate aprecia că, realizate corect, anchetele pot furniza cele mai valide și utile informații referitoare la nevoile sanitare ale unei comunități (Beauchamp, D.E.).

Această abordare este flexibilă, putând fi utilizată împreună cu alte metode de evaluare a nevoilor sanitare.

Unul din principalele dezavantaje ale acestor anchete este că sunt printre cele mai costisitoare abordări, necesitând și o echipă cu persoane special pregătite, motiv pentru care sunt utilizate mai ales în țările dezvoltate economic.

Abordarea demografică se bazează pe date demografice care depind de gradul de complexitate al sistemului de sănătate publică și de înregistrare al unei țări.

În evaluarea nevoilor sanitare sunt utilizate de obicei următoarele tipuri de date:

- date rutiniere de statistică vitală, realizate de autoritățile centrale și locale; aceste date sunt orientate spre boli și nu dau o imagine a regiunii; de asemenea, acolo unde există un deficit de medici, greșita clasificare a cauzelor de mortalitate este comună;

- date de morbiditate rutiniere: în unele țări doar bolile transmisibile sunt raportate rutinier;

- date orientate spre servicii: pot folosi nu doar la evaluarea problemelor legate de boli, dar și la cele referitoare la furnizarea de servicii de sănătate; aceste tipuri de date sunt întâlnite doar în țările dezvoltate din punct de vedere al serviciilor medicale furnizate (în general în OECD);

- date legate de anumite programe (screening pentru cancer de sân, T.B.C. etc.), furnizând informații extinse pentru o singură boală/afecțiune.

Deseori însă, planificatorii sanitari utilizează, complementar cu datele anterioare, anchete ale utilizatorilor și furnizorilor.

Abordarea indicatorilor sociali se bazează pe inferențele referitoare la nevoile de sănătate ce se pot face pe baza datelor aflate în înregistrările și rapoartele oficiale. Ipoteza acestei abordări este că se pot face estimări ale nevoilor de sănătate (și de bunăstare socială) într-o comunitate pe baza analizei unor factori anumiți, care se consideră că au o puternică corelație cu persoanele cu nevoi sanitare: astfel, respectivele date statistice sunt considerate ca indicatori ai nevoilor de sănătate.

Un exemplu de aplicație practică a acestei abordări este formula RAWP, elaborată în Marea Britanie ca o încercare de a răspunde variațiilor nevoilor de sănătate în funcție de localizarea geografică; se analizează diferențele în vârstă, sex și status marital, ca și rata standardizată a mortalității, ca indicatori specifici. Se poate realiza astfel o comparație a nevoilor de sănătate între diferite regiuni; estimarea nevoilor este urmată de realocarea resurselor în concordanță cu variațiile nevoilor populației la nivel regional (*Working for Patients*, 1989).

Tehnica Delphi este o tehnică bazată pe consens. În esență se bazează pe obținerea consensului într-un grup de reprezentanți ai planificatorilor, furnizorilor, consumatorilor și politicienilor. Membrii grupului interacționează printr-un intermediar. Acest aspect permite participanților să-și prezinte opinia fără să fie influențați de prezența unor persoane cu un status sau prestigiu ridicat (cum s-ar putea întâmpla într-un contact direct); membrii panelului nu cunosc identitatea celorlalți paneliști în timpul procesului. Ei trebuie să aibă pregătiri eterogene, astfel ca subiectul abordat să aibă parte de o analiză cât mai cuprinzătoare, în situațiile în care complexitatea subiectului abordat e crescută și/sau resursele disponibile sunt reduse. Metoda Delphi este o abordare utilă în identificarea nevoilor populației pentru îngrijiri medicale, sau a nevoilor mai largi ale sistemului de sănătate.

Principalul dezavantaj al acestei metode se referă la natura subiectivă a estimărilor, acestea având o validitate redusă, un panel diferit putând ajunge la concluzii diferite.

Focus Grupurile reprezintă o abordare asemănătoare celei anterioare, diferența majoră fiind faptul că membrii grupului au contact direct și nu prin intermediari; de obicei problema analizată este mai focalizată, de anvergură mai redusă.

Numeroși cercetători au argumentat că o analiză și imagine rezonabilă a nevoilor de sănătate poate fi obținută doar printr-o combinație a mai multor asemenea tehnici. MacStarvick a enumerat patru tehnici: anchete ale populației, analize demografice, analiza de utilizare și tehnici consensuale, considerându-le ca indispensabile și complementare pentru o analiză eficientă a nevoilor de sănătate ale unei populații în procesul de planificare sanitară.

Din această analiză se poate admite că există dificultăți, atât în interpretarea și definirea conceptului de "nevoi de sănătate", cât și în ierarhizarea tehnicilor și procedeele disponibile pentru evaluarea acestor nevoi.

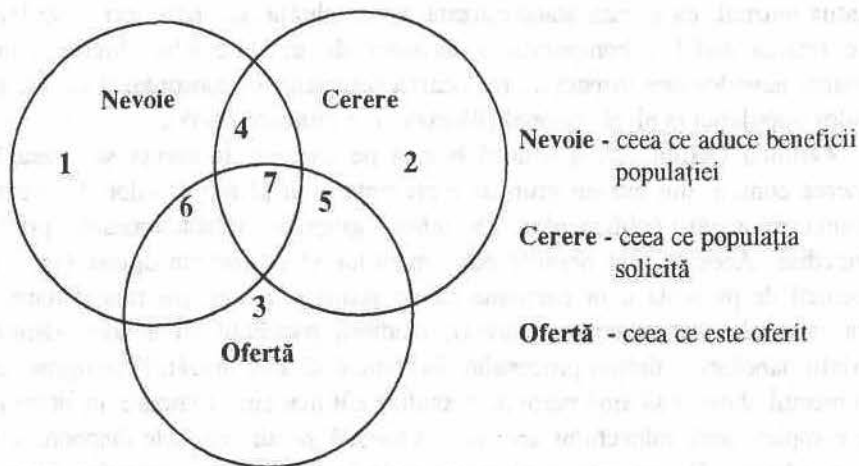
Cu toate acestea se poate spune că "nevoile" pot fi percepute sau nu. Nevoia percepută poate fi exprimată sau nu. Nevoia exprimată se transformă în cerere. Cererea poate fi satisfăcută sau nesatisfăcută, în funcție de oferta de servicii de sănătate; relațiile între toate aceste elemente sunt schițate în figura nr. 1.

Din această figură se poate aprecia că nevoia, cererea și oferta se întrepătrund, generând opt câmpuri, inclusiv un câmp extern, unde un serviciu sanitar potențial nu este necesar, cerut sau furnizat.

Idealul pentru un sistem ar fi suprapunerea acestor câmpuri, astfel ca nevoia, cererea și oferta de servicii de sănătate să coincidă.

Figura nr.1

Nevoie, cerere și ofertă în sectorul sanitar,



1. Servicii necesare care nu sunt cerute sau furnizate;
2. Cerere nejustificată, nesatisfăcută;
3. Servicii neutilizate;
4. Servicii necesare, cerute dar care nu sunt oferite/furnizate;
5. Servicii furnizate pentru satisfacerea unei cereri nejustificate (din punct de vedere al nevoilor);
6. Servicii furnizate necesare, dar neutilizate;
7. Nevoia și cererea satisfăcute prin ofertă;
8. Servicii care nu sunt necesare, nesolicitate și nefurnizate.

Sursă: Stevans & Gabbay, 1991 (modificat).

NEVOI ȘI PRIORITĂȚI ÎN POLITICA DE SĂNĂTATE

Într-un proces coerent de reformă a sistemului sanitar, evaluarea nevoilor de sănătate este o prioritate absolută și ar trebui să fie primul pas în procesul de alocare a resurselor.

Următorul pas ar trebui să fie **stabilirea priorităților** în asistența sanitară, utilizând informație din mai multe domenii: economie, științe politice, filozofie și epidemiologie (Ham, C. et al.).

În cazul epidemiologiei, prin studiul morbidității și mortalității sunt identificate principalele probleme de sănătate exprimate și înregistrate la nivelul societății,

informații ce ar trebui să fie indispensabile decidentului politic. Economistii sunt cei ce furnizează instrumentele pentru compararea eficienței diferitelor metode de intervenție aflate la dispoziția decidenților.

Analizii politici sunt însă de părere că stabilirea priorităților, și consecutiv definirea serviciilor de sănătate disponibile, nu este doar un exercițiu tehnic, care poate fi realizat pe baza informațiilor epidemiologice și economice. Ei argumentează că tot acest demers științific este secundar procesului referitor la valorile pe care se fundamentează societatea și implicit sistemul sanitar respectiv, susținând că procesul de luare a deciziilor în domeniul sanitar este influențat prioritar de diferitele seturi de valori ale actorilor implicați în proces și abia în mod secundar de considerentele economice și epidemiologice (Morrow, R.H.).

Se descriu astfel mai multe nivele de stabilire a priorităților în îngrijirile de sănătate. La nivel macro (sistemic) este vorba de prioritatea acordată asistenței medicale în raport cu celelalte zone societale ce solicită resurse. Al doilea nivel este reprezentat de opțiunile de alocare a bugetului sanitar între diferite arii geografice și diferite servicii de sănătate. La nivelul următor deciziile trebuie luate între diferitele forme de tratament din cadrul acelorași tipuri de servicii medicale (ca de exemplu: alegerea între transplantul renal și dializă, transplantul cardiac și chirurgia cardiovasculară etc.). Trebuie stabilite apoi priorități în ce privește accesul la tratamente între diferiți pacienți, dacă nu există posibilitatea ca toți să beneficieze concomitent. În sfârșit, trebuie stabilite prioritățile pentru pacienții individuali, în special pentru tratamentele/ investigațiile noi și costisitoare: trebuie decis dacă anumite proceduri medicale trebuie furnizate și dacă da, pentru câtă vreme.

Deciziile de la nivelul macro-sistemic sunt de obicei responsabilitatea politicienilor, în timp ce cele de la nivelul ultim sunt de regulă responsabilitatea medicilor; între aceste nivele prioritățile sanitare sunt stabilite prin contribuția managerilor, politicienilor și medicilor, influența acestora variind de la caz la caz și fiind de obicei dificil de cuantificat.

Trebuie reiterat că prioritățile din sectorul sanitar nu se pot stabili fără o bază serioasă, ele trebuie să fie congruente cu principiile și valorile societale, ca și cu obiectivele politice dominante. Cadrul instituțional și legislativ al sistemului sanitar stabilește limitele în care prioritățile sanitare sunt elaborate și implementate. De asemenea, aceste priorități sunt influențate la rândul lor de o serie de alți factori precum: restrângerile bugetare, cererea pentru serviciile sanitare și implicarea politică.

Pentru selectarea intervențiilor prioritare în cadrul instituțiilor de sănătate publice sunt utilizate anumite criterii precum cele ce urmează:

- capacitatea de a reduce semnificativ o anumită patologie;
- existența unei relații cost-eficiență rezonabile;
- concordanța cu dorințele publicului.

Pentru a fi implementate, prioritățile selectate astfel trebuie să îndeplinească trei criterii de fezabilitate:

- să fie vorba de intervenții care pot fi realizate la un nivel calitativ rezonabil de sistemul sanitar existent;

- să poată fi disponibile pentru majoritatea celor ce au nevoie de ele, ținând cont de resursele existente și/sau proiectate;

- să reflecte un consens politic rezonabil referitor la necesitatea introducerii lor.

Atunci când se stabilesc noi priorități sanitare ce trebuie implementate, este posibil ca noi mecanisme de alocare a resurselor și de reglementare a raporturilor dintre actorii sistemului sanitar să fie necesare.

Deși aflate la început, stabilirea priorităților în domeniul sanitar pe baze explicite a beneficiat de câteva experimente în unele din țările membre OECD. Astfel, spre exemplu, în Olanda un comitet guvernamental a analizat, în lumina resurselor limitate disponibile, acordarea priorității pentru serviciile de sănătate în cadrul pachetului de servicii de sănătate oferite la nivel național. Pentru a fi incluse în pachetul de bază, procedeele medicale trebuiau să treacă 3 teste/întrebări:

- sunt necesare din punct de vedere al comunității?
- sunt eficiente și eficiente?
- pot fi sau nu lăsate în responsabilitatea personală a pacienților?

Dacă serviciile de sănătate treceau de aceste teste, ele deveneau responsabilități colective, care trebuiau furnizate în cadrul pachetului de servicii universale, restul serviciilor trebuind să fie cumpărate de indivizi cu propriile resurse (Ham, C.J., 1995)

În același domeniu, în Suedia, o comisie parlamentară a stabilit că raționalizarea serviciilor medicale trebuie să aibă la bază următoarele 3 principii etice:

- **principiul demnității umane:** toate ființele umane au demnitate egală și aceleași drepturi, independent de caracteristicile lor personale sau de statutul social;

- **principiul nevoii și al solidarității:** resursele trebuie direcționate către acele domenii în care sunt cele mai mari nevoi, o atenție specială trebuind acordată acelor grupuri care au mai puține șanse în a-și face auzite opiniile și a-și exercita drepturile;

- **principiul cost-eficiență:** în alegerea diferitelor opțiuni trebuie avută în vedere o relație rezonabilă între costuri și efectul produs; acest principiu trebuie folosit doar în cazul comparațiilor între diferite tratamente pentru aceeași boală.

Aceste principii sunt ierarhizate în ordinea priorității, astfel că principiul cost-eficiență are prioritate practică scăzută (SPRI).

Aceeași comisie a stabilit și criteriile care **nu pot fi acceptate** ca bază a raționalizării serviciilor medicale:

- vârsta înaintată;
- rănilor/traumatismele autoprovocate;
- poziția socială.

Cele două abordări prezentate au dus la definirea anumitor servicii prioritare și a altora neprioritare din punct de vedere al cheltuielilor publice.

Astfel, în Olanda serviciile stomatologice pentru adulți, medicina homeopatică și fertilizarea *in vitro* au fost scoase din pachetul esențial de servicii de sănătate. În Suedia cea mai mare prioritate a fost acordată tratamentului afecțiunilor acute care primejduiesc viața, tratamentului bolilor cronice și mentale, urmate de serviciile de prevenire și reabilitare, cu prioritatea cea mai scăzută atribuită afecțiunilor

auto-limitante pentru care auto-îngrijirea este suficientă. Un aspect important al ambelor abordări constă în efortul dedicat consultării publicului în aceste domenii.

În România, ca de altfel în toate fostele țări socialiste europene, stabilirea priorităților în ceea ce privește serviciile de sănătate la care există acces universal este o problemă de mare actualitate. Acest lucru decurge din cel puțin două aspecte:

- mai întâi, bugetele alocate pentru asistența de sănătate sunt atât de reduse încât fac practic imposibilă furnizarea tuturor serviciilor de sănătate cerute de medici și populație;

- apoi, multe intervenții eficiente și din punct de vedere economic și medical sunt neglijate, subfinanțate sau furnizate la standarde calitative reduse, când tocmai acest gen de intervenții ar trebui să aibă o prioritate sporită și să beneficieze de resurse mai importante, având certitudinea unui impact pozitiv asupra stării de sănătate a populației. În general, discuțiile despre prioritățile în acest domeniu au fost limitate ca amploare, de obicei excluzându-se din pachetul de servicii esențiale doar prestații marginale ca amploare, precum chirurgia cosmetică.

În ceea ce privește mecanismele utilizate în elaborarea politicilor de alocare a resurselor în sănătate, abordările au fost inconsecvente, de cele mai multe ori făcându-se apel la procedeele epidemiologice pentru studiul mortalității și morbidității, procesul politic decizional fiind de cele mai multe ori lipsit de transparență: doar puține încercări au fost făcute pentru evaluarea raportului cost-eficiență al anumitor proceduri medicale, și de asemenea aproape nimic nu a fost întreprins pentru a evalua preferințele societale pentru anumite abordări medicale.

Astăzi, în România, în conformitate cu strategia de reformă a autorităților sanitare și cu prevederile explicite ale Legii Asigurărilor Sociale de Sănătate, trebuie definit un pachet de servicii de sănătate de bază, la care toți asigurații să aibă acces, precum și modalitățile concrete în care acest deziderat poate fi atins.

Vom face o succintă trecere în revistă a procesului prin care a fost elaborată această strategie și a principalelor modificări preconizate în domeniu. Astfel, în elaborarea strategiei de reformă s-a pornit de la evaluarea nevoilor existente în sistem, identificându-se astfel **probleme de sănătate, organizaționale, normative și de resurse** (financiare, umane, fizice).

Pentru rezolvarea acestor probleme s-au definit **principiile** pe care actuala guvernare își va baza politica de sănătate:

- a) considerarea asistenței de sănătate ca un **bun social**, colectiv. Ca atare, ea trebuie să fie disponibilă pentru toți cetățenii români indiferent de capacitatea lor de plată;

- b) asigurarea **accesului echitabil** la serviciile de sănătate, fiind considerată atât accesibilitatea fizică și geografică, cât și cea economică și socio-culturală;

- c) **acoperirea universală** a populației, în spiritul politicilor europene ca și al tradiției românești din ultimii 50 de ani în domeniu; de remarcat că nu se mai pune problema gradului mare de cuprindere adică toate serviciile de sănătate să fie disponibile, fără plată, pentru toată populația. Acest aspect derivă din conștientizarea restrângerilor financiare, consecutiv urmând stabilirea pachetului minim de servicii garantate de către stat;

d) **solidaritate în finanțarea** serviciilor de sănătate, solidaritate între generații, între diverse grupuri de venituri și între cei sănătoși și cei bolnavi;

e) **eficiență macroeconomică**, serviciile de sănătate trebuind să consume o proporție adecvată din PIB, experiența internațională desemnând în genere ca macroeficiente cheltuieli între 5-7% din PIB. În acest context, România este într-o situație aparte, cel puțin pe termen scurt și mediu reforma propunându-și sporirea cheltuielilor de sănătate la nivel național, și nu reducerea lor, ca în majoritatea celorlalte țări aflate în proces de reformă sanitară (cheltuielile sanitare din ultimii ani fiind între 2,5-4% din PIB sau de circa 40USD/locuitor); **eficiența microeconomică** prin selecționarea celor mai adecvate servicii de sănătate la nivelul unităților sanitare;

f) **libertatea pacientului** de a-și alege medicul, pentru început optându-se pentru operaționalizarea acestui principiu doar în domeniul asistenței medicale primare;

g) **autonomia profesioniștilor** în domeniul medical, cu respectarea principiilor anterioare; acest principiu apărând și ca o reacție la limitările aduse autonomiei profesionale, prin ingerințe politice, în timpul regimului comunist;

h) **colaborarea serviciilor de sănătate cu alte sectoare** cu influență asupra stării de sănătate, autoritățile sanitare fiind conștiente că ameliorarea sănătății populației este influențată doar parțial de sectorul sanitar.

Pe baza acestor principii și a analizei stării de fapt, cu identificarea problemelor menționate anterior, s-au dezvoltat două seturi de obiective, pe termen scurt și pe termen mediu/lung. În esență este vorba, pe de o parte, de menținerea funcționării sistemului sanitar prin ajustări care să fie congruente cu modificărilor ulterioare și, pe de altă parte, de ajustări structurale incrementale. Astfel, **principalele obiective ale strategiei de reformă** sunt:

- formarea unui **cadru legislativ unitar** care să permită schimbările de esență propuse pentru întregul sistem; este vorba aici atât de modificarea actelor normative deja existente care sunt neconforme cu principiile și obiectivele enunțate anterior, ca și de elaborarea noului pachet legislativ necesar reformei;

- **modificarea și diversificarea mecanismelor de generare de resurse financiare**, care să permită atragerea de fonduri suplimentare precum și transparența deciziilor de alocare inter- și intrasectoriale, inclusiv prin stimularea sectorului privat;

- **separarea dintre plătitorii și furnizorii de servicii**, cu introducerea de contracte care să prevadă modalități de plată bazate pe criterii de eficiență și calitate a actului medical, indiferent de statutul public sau privat al furnizorilor; mijlocul esențial în atingerea acestui obiectiv, ca și a celui anterior în contextul românesc, este introducerea asigurărilor sociale de sănătate.

- **modificarea echilibrului** dintre componentele extraspitalicești și intraspitalicești ale serviciilor de sănătate, în favoarea asistenței ambulatorii și mai ales a asistenței medicale primare;

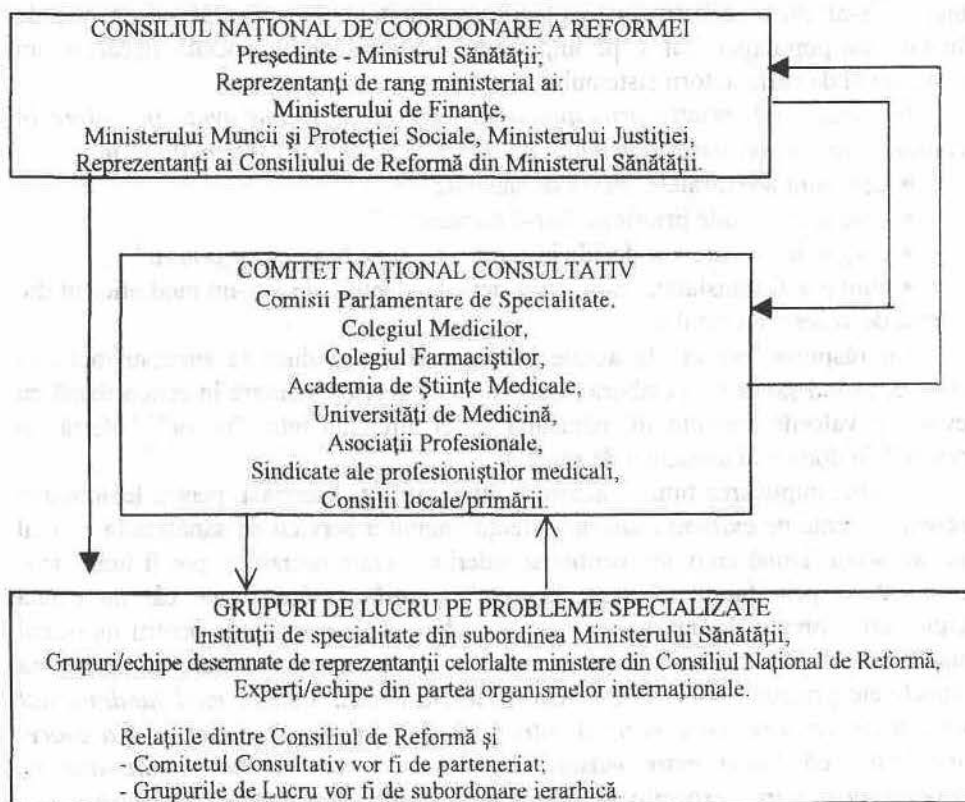
- **reforma instituțională** a organizațiilor din sistemul de sănătate, pe principiul **descentralizării**: stabilirea rolurilor și relațiilor dintre autoritățile sanitare de la nivel central și local, reprezentanții profesioniștilor, instituțiile finanțatoare și reprezentanții publicului.

S-a considerat că dezvoltarea strategiei de reformă nu trebuie să reprezinte punctul de vedere exclusiv al Ministerului Sănătății, ea trebuind să țină seama de poziția grupurilor interesate din interiorul sistemului de sănătate - lideri de opinie ai profesioniștilor, ai mediilor universitare, organizații profesionale și sindicale reprezentative, parlamentari etc. - și din afara acestuia. Pentru punerea în practică a acestui principiu, s-a inițiat crearea unor structuri de coordonare, consultative și grupuri de lucru care sunt prezentate în diagrama de mai jos. Obiectivul principal al acestui demers este atât realizarea unei Strategii a Reformei Sanitare din România larg cuprinzătoare, cu etape, termene și responsabilități clare, cât și asumarea responsabilității și sprijinul principalilor factori interesați în implementarea acestei strategii.

Procesul, prin care acest deziderat se operaționalizează, se bazează pe o metodologie care implică multe din abordările menționate anterior: focus grupuri, utilizare de anchete, aportul comisiilor medicale de specialitate, implicarea în definirea priorităților a principalilor actori din sistem (reprezentanți ai pacienților, personal medical, decidenți de la nivelul sistemului sanitar, parlamentari, reprezentanți ai mediului academic universitar) conform structurilor reprezentate în figura nr. 2.

Figura nr. 2

Structurile și fluxurile de autoritate implicate în procesul de elaborare a strategiei de reformă a sistemului de sănătate din România.



CONCLUZII

Referindu-ne la România, în condițiile în care resursele disponibile pentru serviciile publice de sănătate sunt din ce în ce mai reduse, este evident că resursele existente trebuie utilizate cu maximum de eficiență. Pentru realizarea acestui deziderat punctul de plecare ar trebui să fie cunoașterea nevoilor de sănătate ale populației, astfel încât, ulterior, cei responsabili de asistența de sănătate să poată ierarhiza serviciile disponibile, pentru ca ele să răspundă în cel mai adecvat mod acestora, în limita resurselor.

Există însă dificultăți evidente, legate atât de semnificația "nevoilor de sănătate" pentru diferiții actori implicați, cât și de tehnicile cele mai adecvate pentru evaluarea acestor nevoi și de procesul prin care respectivele nevoi pot fi transpuse în servicii de sănătate. Aprecierea nevoilor de sănătate depinde de sistemul de valori propriu fiecăruia dintre principalele grupuri implicate în domeniul asistenței sanitare: furnizori, consumatori, manageri și politicieni; cu cât diferențele de valori sunt mai mari, cu atât impactul asupra procesului de politică sanitară va fi mai important.

Idealul ar fi concilierea acestor diferențe de valori în judecarea realității, astfel ca în cele din urmă, deciziile luate să asigure ca serviciile furnizate să fie în acord cu nevoile, iar acest lucru să fie recunoscut de toți participanții. Realizându-se acest obiectiv, s-ar putea construi și o planificare sanitară, bazată atât pe nevoile de sănătate ale populației, cât și pe importanța medico-socială asociată fiecăreia din aceste nevoi de către actorii sistemului sanitar.

În consecință, printre principalele aspecte ce ar trebui avute în vedere în actualul stadiu al reformei sistemului de sănătate se numără și următoarele:

- care sunt adevăratele "nevoi de sănătate"?
- care sunt nevoile prioritare într-o comunitate?
- cine sunt cei care vor decide în acest sens și pe baza căror criterii?
- cum pot fi translatate în practică nevoile identificate într-un mod eficient din punctul de vedere al costului?

Un răspuns "corect" la aceste întrebări ar putea duce la succesul actualei reforme, având șansa de a elabora noul sistem de servicii sanitare în concordanță cu nevoile și valorile comunității, reducând astfel diferența între "nevoi", "ofertă" și "cerere", în domeniul asistenței de sănătate.

În fine, implicarea tuturor actorilor interesați este esențială, pentru legitimarea deciziilor legate de existența sau inexistența anumitor servicii de sănătate la nivelul unei societăți. După cum am menționat anterior, aceste decizii nu pot fi luate doar argumentând prin faptul că sunt "corecte" științific, atâta vreme cât nu există răspunsuri "corecte" la întrebarea: care ar trebui să fie prioritățile pentru îngrijirea sănătății, și după cum am menționat anterior, chiar nevoile sanitare ce determină respectivele priorități sunt controversate. *Aceste decizii sunt în mod fundamental judecări de valoare, care variază între indivizi, grupuri și societăți. Ca atare, considerăm că într-o mare măsură legitimitatea conținutului se bazează pe procesul prin care respectivele decizii sunt luate, considerând că dezbaterile*

deschise cu principalii actori pot spori gradul de legitimitate al unor decizii controversate cu atât mai mult în actualele condiții de restricții bugetare ce fac inevitabile raționalizarea, implicită sau explicită, a anumitor servicii de sănătate.

Nu în ultimul rând trebuie menționat că deciziile politice o dată adoptate trebuie implementate, transpuse în practică. Pentru acest lucru cooperarea personalului medical, în special a medicilor, devine un aspect primordial pentru succesul oricărei politici de sănătate. În sfârșit, este deja o axiomă că fiecare țară trebuie să-și găsească propriile soluții la propriile probleme, devenind evident că și pentru o problemă ce ar părea că are o latură preponderent tehnică, ca cea a nevoilor și priorităților sanitare, nu există practic soluții "pur" tehnice fără implicare politică.

BIBLIOGRAFIE

- Abramhson, J.H., *Survey Methods in Community Medicine*, Longman Group Ltd., 1985.
- Baranovski, I., *Towards the Definition of Concepts of Health and Disease. Wellness and Illness*, Charleston, West Virginia Medical Press, 1978.
- Barker, D.T.P., Rose G., *Epidemiology in medical practice*, Longman Group Ltd., London, 1984.
- Beauchamp, D.E., *Public Health as Social Injustice*, Inquiry 13, 3-14, 1976.
- Blum, M.L., *Planning for health*, 2nd ed., Human Science Press, New York, 1981.
- Bradshaw, J., *A Taxonomy of Social Need*, Problems and Progress in Medical Care, 7th series, Oxford University Press, London, 1989.
- Culyer, A., Lavers, R.J., Williams, A., *An exploration of the meaning of need in Social Indicators and Social Policy*, Oxford University Press, 1976.
- Culyer, A., *Need and the National Health Service: Economics and Social Choice*, Martin Robertson Ltd, London, 1977.
- Ellencweig, A.Y., *Analysing Health Systems*, Oxford University Press, 1992.
- Enthoven, A.C., *Health Plan*, Addison Wesley Reading, Massachusetts, 1980.
- Ham, C.J. et al., *Priority Setting for Health Gain*, Department of Health, London, 1993.
- Ham, C.J., *Health Care Rationing*, British Medical Journal, 1995.
- Janovsky, K., *Health policy and systems development*, WHO, Geneva, 1996.
- Kalino, E., *Health Services Needs*, în Holland W. Ipsen, Kastzanski, (eds.) *Measurement of Levels of Health*, WHO, Geneva, 1979.
- MacStravic R., *Determining Health Needs*, Health Administration Press, Ann. Arbor, 1976.
- Morrow R.H., *Health Policy approaches to measuring and valuing human life : conceptual and ethical issues*, American Journal of Public Health, 1995.
- Muton, P.H., *Survey Research for Managers*, MacMillan Press Ltd., London, 1990.
- Rathwell, T. and Bernard, K., *Health service performance in Great Britain*, în: Health Services Performance - effectiveness and efficiency eds. Long A.F. și Harrison S., Croom Helm, 1985.
- Rathwell, T., *Strategic Planning in the Health Sector*, Croom Helm, London, 1987.
- Roemer, M.I., *Comparative national strategies in health care*, Dekker, New York, 1977.
- Reinke, A.R., *Health Planning: Qualitative Aspects and Quantitative Techniques*, The John Hopkins University, Waverly Press Inc., Baltimore, 1972.
- Stevens, A., Gabbay, J., *Needs assessment, needs assessment...* în: *Health Trends*, vol.23, no.1, p.20-23, 1991.
- SPRI, *Health Care in Sweden: Surveys as a Tool for Health Planning*, Stockholm, 1982.
- Spiegel, D.A., Myman, M.M., *Basic Health Planning Methods*, Aspen Systems Corporation Germantown, Maryland, 1978.
- • *Working for Patients*, Department of Health, London, HMSO, 1989.
- • *WHO. European Health Care Reforms*, Copenhagen, 1996.