



# Unde punem asistența medicală primară: în centru sau la baza sistemului de sănătate?

**În urmă cu 15 de ani s-a înființat Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Asistența medicală românească a intrat într-o nouă eră! Era asigurărilor de sănătate! O fi de bine, o fi de rău? Cine poate ști! Oricum, de 15 de ani nu am avut parte de o analiză serioasă a implicațiilor introducerii asigurărilor de sănătate, a rezultatelor, a problemelor care au apărut.**

**Dr. Marius Mărginean**

medic primar  
Medicină de Familie,  
medic specialist  
de Sănătate Publică  
și Management Sanitar,  
Centrul Național de Studii  
pentru Medicina Familiei

S-au schimbat legile într-o succesiune amețitoare, s-au schimbat miniștrii, s-au schimbat conducerile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, s-au încercat diverse scheme și, în final, am ajuns aici. La sistemul de astăzi, așa cum este el, cu un amestec de public-privat, cu manageri buni sau mai puțin buni, în care fiecare se luptă pentru atragerea de finanțări pe orice cale pentru nevoile sistemului (și aici includ nevoile personale ale lucrătorilor din sistem).

Asistența medicală primară a suferit modificări importante. Medicul de medicină generală a devenit medic de familie, antreprenor, manager al propriului cabinet, în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate. Cel puțin în aparență! De fapt, responsabilitățile și problemele legate de finanțarea cabinetelor medicale - ca spațiu, dotări, utilități - au intrat în sarcina medicului de familie. Există multe probleme legate de proprietatea asupra spațiilor, unele spații sunt luate în comoditate, altele închiriate, iar destul de multe sunt în proprietatea medicilor de familie. Unele au fost cumpărate de la primării, altele au fost amenajate în spații cumpărate de medici și amenajate pentru a fi cabinete medicale. Nu voi intra în detalii privind spațiile, dar trebuie subliniat faptul că, în cele din urmă, nu a existat și nu există nici un sprijin real pentru un medic care dorește să-și deschidă un cabinet de medicina familiei (și este valabil și pentru alte specialități). Pe de altă parte, asistența medicală secundară și cea terțiară nu au această problemă, deoarece - nu-i așa? - este vorba de asistență publică, spitalele sunt ale noastre, ale tuturor! Ca atare, ele pot beneficia de finanțări de la bugetul statului, de la bugetele primăriilor sau ale consiliilor județene! Oricum, pentru alesi da mai frumos să amenajeze sau să extindă un spital decât zece cabinete de medicina familiei! Inclusiv fondurile structurale au suficiente programe care să finanțeze spitalele, care sunt publice, și foarte rar cabinetele din asistența primară, care sunt private! Privaiții ar face bine să-și finanțeze singuri

business-ul, că doar fac profit! Cam așa gândesc mulți dintre cei care fac regulile în țara noastră! Cel puțin în această direcție, atât politicienii de stânga, cât și cei de dreapta sunt de aceeași părere!

În realitate, cabinetele de medicina familiei sunt dependente aproape 100% de finanțarea primită de la sistemul de asigurări de sănătate. Neexistând un sistem real de asigurări private de sănătate, cabinetele depind de contractul cu CNAS. Asta înseamnă că medicii de familie sunt un fel de salariați ai CNAS! Afirmația poate supăra pe mulți, dar acesta este adevărul! Oricum nu ar fi nici o rușine, dar asta înseamnă că responsabilitatea pentru asistența medicală primară o are, evident, și finanțatorul (CNAS), dar și Ministerul Sănătății. Și mai înseamnă că sistemul de sănătate trebuie privit ca un ansamblu, nu diferențiat pentru public - privat, asistență primară/secundară/terțiară etc.

Mai trebuie amintit că medicina familiei, deși a intrat prima în reforma legată de asigurările de sănătate, deși reprezintă un sector important din asistența medicală publică, respectiv peste 10.000 de cabinete, o treime din personalul medical din țară, se adresează întregii populații a țării, niciodată nu a existat un departament în Ministerul Sănătății, DSP-uri sau CNAS care să se ocupe de politici de sănătate pentru medicina familiei sau care să soluționeze problemele din acest domeniu de activitate. Dar întotdeauna au existat structuri care s-au ocupat de spitale și alte câteva domenii mai speciale (asistența mamei și copilului, boli transmisibile etc.).

Nici nu este de mirare că, în aceste condiții, politicile în acest domeniu au fost neclare, insuficiente sau poate chiar inexistente.

## Asistența medicală primară - poziție centrală în sistemele de sănătate publică

Este medicina familiei un moff? Este o anexă a sistemului de sănătate? Este doar locul unde se fac trimiteri și se copiază



FOTO: SHUTTERSTOCK

rețete? Încă mai există mari gânditori și analiști care își dau cu părerea fără a avea noțiuni elementare de sănătate publică și medicina familiei! Sau, pur și simplu, nu vor să recunoască importanța reală a acestui segment al sistemului de sănătate. Motivele sunt strict legate de ignoranță, lipsa de viziune și, atât de evident, interese personale.

Adevărul este că asistența medicală primară s-a născut dintr-o reală necesitate, atunci când sistemele de sănătate și-au dat seama că nu pot rezolva problemele medicale ale tuturor indivizilor din societate. Este un efort făcut de Organizația Mondială a Sănătății, la care statele membre au aderat mai mult sau mai puțin. Nivelul de organizare și de dezvoltare al asistenței medicale primare în fiecare țară a depins de modul în care au înțeles guvernele respective să asigure o egalitate de șanse în ceea ce privește îngrijirile medicale de bază. Țările care au avut o viziune clară au făcut pași importanți în această direcție. Cele care au rămas tributare formelor clasice de organizare, de tip feudal, a asistenței medicale au rămas în urmă și încă mai bâjbâie, în cel mai bun caz! La ora actuală, studiile arată clar că statele care au segmentul de asistență medicală dezvoltat au un nivel de sănătate mai bun și un grad de satisfacție al pacienților mai ridicat.

Medicina familiei este componentă esențială a asistenței medicale primare. Asistența medicală primară este considerată ca fiind elementul central al unui sistem de sănătate

publică. Acest lucru necesită o abordare intersectorială între instituții publice și private care să colaboreze în domeniul medical. În țara noastră, termenul de asistență medicală primară este definit de Legea sănătății: „furnizarea îngrijirilor de sănătate cuprinzătoare, de prim contact, indiferent de natura problemei de sănătate, în contextul unei relații continue cu pacienții, în prezența bolii sau în absența acesteia. Domeniul definit face obiectul specialității medicina de familie”.

Este foarte important să definim exact ce înseamnă asistența medicală primară, deoarece există țări care includ și alte câteva specialități (ambulatoriu de interne, ambulatoriu de chirurgie, pediatrie etc.).

### **Sănătate pentru toți până în anul 2000**

Conceptul de asistență medicală primară a fost propus de dr. Haldan T. Mahler, în perioada când a fost director general al Organizației Mondiale a Sănătății (1973-1988). El a demarat câteva proiecte ale O.M.S. legate de asigurarea „serviciilor de sănătate de bază”. Aceste proiecte au fost predecesorii instituționali ai programelor de asistență medicală primară de mai târziu. În 1975, în raportul OMS-UNICEF „Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries”, Mahler a prezentat ideea O.M.S. privind asistența medicală primară. La a 28-a Conferință Mondială a OMS, din 1975, a reîntărit această tendință, prin inițierea unui „National Program in Primary Health Care”



care să rezolve problemele. Ulterior, în 1976, la conferința din acel an, s-a propus ca obiectiv „Health for all by the year 2000” (Sănătate pentru toți până în anul 2000), slogan de care, probabil, ne amintim mulți dintre noi. Acest slogan avea ca parte esențială dezvoltarea asistenței medicale primare. La acea oră, medicina generală funcționa, în general, ca practică privată, cu excepția țărilor din sistemul Semashko (cum era și cazul României).

În 1978 (6-12 septembrie), cu ocazia Conferinței Internaționale pentru Asistența Medicală Primară de la Alma-Ata, la care au participat peste 3.000 de delegați din 134 de țări și 67 de organizații internaționale, dr. Mahler a adresat opt întrebări participanților, dintre care cele mai importante au fost: „Sunteți gata să introduceți, dacă este necesar, modificări radicale pentru a sprijini dezvoltarea asistenței medicale primare ca prioritate în domeniul medical?” și „Sunteți gata să învingeți toate problemele politice și tehnice pentru a depăși obstacolele sociale și economice și rezistența profesioniștilor în implementarea asistenței medicale primare?”. În final, țările participante au semnat Declarația de la Alma-Ata. Punctul 8 al Declarației afirmă că „Toate guvernele ar trebui să formuleze politici naționale, strategii și planuri de acțiune, pentru a lansa și susține asistența medicală primară, ca parte a unui sistem național comprehensiv de sănătate și coordonat cu alte sectoare. În acest scop, va fi necesar să-și exercite voința politică, de a mobiliza resursele țării și de a folosi resursele externe disponibile în mod rațional<sup>(2)</sup>”.

În același timp, O.M.S. a subliniat impactul negativ al canalizării tuturor eforturilor către dezvoltarea de centre spitalicești la orașe, în țările în curs de dezvoltare. Aceste instituții erau considerate promotoare ale unui stil consumerist, care serveau doar unei mici părți a populației, restul nebeneficiind de asistență medicală. Propunerea era de folosi tehnologia medicală cea mai relevantă pentru pacienți, pe baze științifice și financiar fezabile. În plus, se recomanda înființarea de unități mici sanitare (health posts) în zonele rurale și orașe mici, în locul spitalelor. Asistența medicală primară era considerată ca fiind centrul sistemului de sănătate publică. Acest lucru necesită însă o abordare intersectorială între instituții publice și private care să colaboreze în domeniul medical.

În 1979, cea de-a 32-a Adunare Generală a O.M.S. de la Geneva reîntărește declarația de la Alma-Ata și aprobă o rezoluție care statuează AMP ca fiind „cheia pentru atingerea unui nivel de sănătate acceptabil pentru toți”.

Perioada care a urmat, până la sfârșitul anilor 1990, a fost „perioada de aur” a dezvoltării asistenței medicale primare și a medicinei de familie. În această perioadă, în Europa s-au pus bazele primelor catedre de medicina familiei. Medicina familiei a devenit o nouă specialitate clinică, adăugând valențe noi medicinei generale, preexistente. Așa cum știm cu toții, în prezent medicina familiei are un curriculum de pregătire proprie, de cercetare și conținut clar al activității.

Modelul de AMP a avut, bineînțeles, și critici. Țările latino-americane de stânga au considerat că „primary” e cam același lucru cu „primitive” health care, în scopul de a controla social populația săracă, ceea ce era o derogare de la standardul de aur

stabilit la Alma-Ata. De asemenea, o întrebare la care nu se răspunsese încă era: „AMP este mai ieftină decât intervențiile tradiționale sau necesită investiții mai mari?”.

Evident, drumul nu a fost neted și egal în toate țările. Iar rezultatele se văd din ce în ce mai mult, după mulți ani!

La vremea aceea, sistemul de sănătate din România funcționa conform regulilor sistemului Semashko, cu toate părțile sale bune și rele. Ca părți bune, putem aminti dezvoltarea centrelor de sănătate, mai ales în zonele rurale, centre care erau coordonate de medici de medicină generală, care aveau case de naștere, cabinete în care dădeau consultații diverși specialiști, care veneau de obicei din spitalele din zonă. În principiu, se poate considera că erau echipe multidisciplinare. Cabinetele medicale aveau, de obicei, mai mulți medici angajați, astfel că am putea să le considerăm precursore ale unor grupuri de practică. Se recoltau analize, centrele aveau farmacii etc. Erau și multe aspecte negative, dintre care am putea sublinia faptul că AMP era subordonată spitalului local, ceea ce a generat multe frustrări și mai ales în lipsa unui management serios.

Dacă privim în urmă, am putea spune că premisele erau destul de bune! Și că în multe locuri, după Revoluție aceste centre s-au dezorganizat! Atomizarea cabinetelor de medicina familiei a fost unul dintre părțile care pot fi considerate un pas înapoi.

Dar și pe plan mondial a urmat o perioadă mai dificilă pentru asistența medicală primară. În 1988, la președinția O.M.S. a fost ales dr. Hiroshi Nakajima (1988-1998). Nakajima, din Japonia, unde asistența medicală primară încă nu era atât de dezvoltată, nu a avut aceleași abilități și carismă ca Mahler. Cele două mandate ale sale pot fi considerate ca un sfârșit al primei perioade de aur a AMP, care a trecut în umbră, iar O.M.S. și-a pierdut influența politică.

Această perioadă a coincis cu schimbările majore din societatea românească, medicina familiei fiind la început. Aici trebuie amintit și primul ministru al sănătății după Revoluție, prof. dr. Dan Enăchescu, om de sănătate publică și management sanitar, care deși a avut un mandat foarte scurt a semnat actul de naștere al medicinei de familie ca specialitate. Prof. Enăchescu a susținut în toată activitatea sa importanța dezvoltării asistenței medicale primare și a necesității pregătirii medicilor de familie ca specialitate clinică. Din păcate, lucrurile s-au mișcat foarte încet, rezistența universitarilor de alte specialități a fost foarte mare, astfel încât catedrele de medicina familiei au fost conduse de profesori proveniți din alte specialități. Introducerea asigurărilor sociale de sănătate nu a reușit să poziționeze asistența medicală primară în locul pe care ar fi trebuit să-l aibă în societate. Au urmat 10-15 ani de căutare. În ultimii ani, totuși, mai ales prin efortul conjugat al asociațiilor profesionale, dar și prin activitatea de zi cu zi a medicilor de familie în cabinetele lor, cel puțin la nivel declarativ, medicina familiei a fost recunoscută ca parte importantă a sistemului de sănătate. Însă acțiunile clare de sprijinire și organizare încă întârzie.

## Asistența medicală primară - acum, mai mult ca oricând

În 2006, la conducerea O.M.S. a fost numită dr. Margaret Chan, medic din Hong-Kong. Asistența medicală primară

este din nou adusă în prim-plan prin raportul OMS „Primary Health Care: Now More Than Ever”<sup>(4)</sup>, publicat în 2008.

Documentul prezintă provocările unei lumi în schimbare, subliniind existența în continuare a inegalităților în ceea ce privește accesul la îngrijiri medicale: „O viață mai lungă și sănătate mai bună, dar nu peste tot!”. Globalizarea, urbanizarea și îmbătrânirea populației au condus la noi tendințe care au subminat răspunsul sistemelor de sănătate, așa cum au fost ele preconizate cu mulți ani în urmă de către Mahler: centrarea pe spital a serviciilor medicale, fragmentarea serviciilor și comercializarea nereglementată (suficient). Sunt analizate problemele legate de acoperirea universală în ceea ce privește serviciile medicale, întărirea rețelelor de asistență medicală primară, crearea unui cadru pentru participarea și responsabilizarea societății civile. Științele biomedicale sunt, și ar trebui să fie, în centrul medicinei moderne. Cu toate acestea, așa cum spunea William Osler, „este mult mai important să știi ce fel de pacient are o boală, decât ce fel de boli are un pacient”. Insuficienta recunoaștere a dimensiunii umane în domeniul sănătății și necesitatea de a adapta răspunsul serviciilor de sănătate la specificul fiecărei comunități și situația individuală reprezintă neajunsuri majore în îngrijirea sănătății contemporane, având ca rezultate nu doar inechitate și rezultate sociale

„Când am preluat mandatul, în 2007, am făcut public angajamentul meu de a direcționa atenția O.M.S. față de asistența medicală primară. Mai important decât propria mea convingere, aceasta reflectă interesul general și în creștere pentru asistența medicală primară din partea statelor membre. Această cerere, la rândul său, afirmă un interes tot mai mare în rândul factorilor de decizie pentru cunoștințe legate de modul în care sistemele de sănătate pot deveni mai echitabile, comprehensive și corecte. De asemenea, reflectă, de fapt, nevoia unei abordări mai complete a performanței sistemului de sănătate ca un întreg.”

*(Mesajul directorului general O.M.S., dr. Margaret Chan)<sup>(7)</sup>*

precare, dar și rezultate scăzute relativ la investițiile făcute în serviciile de sănătate.

Fără politici puternice și leadership, sistemele de sănătate nu aderă în mod spontan la valorile AMP, așa cum nu răspund eficient nici la rezolvarea problemelor de sănătate. E bine cunoscut faptul că sistemele de sănătate

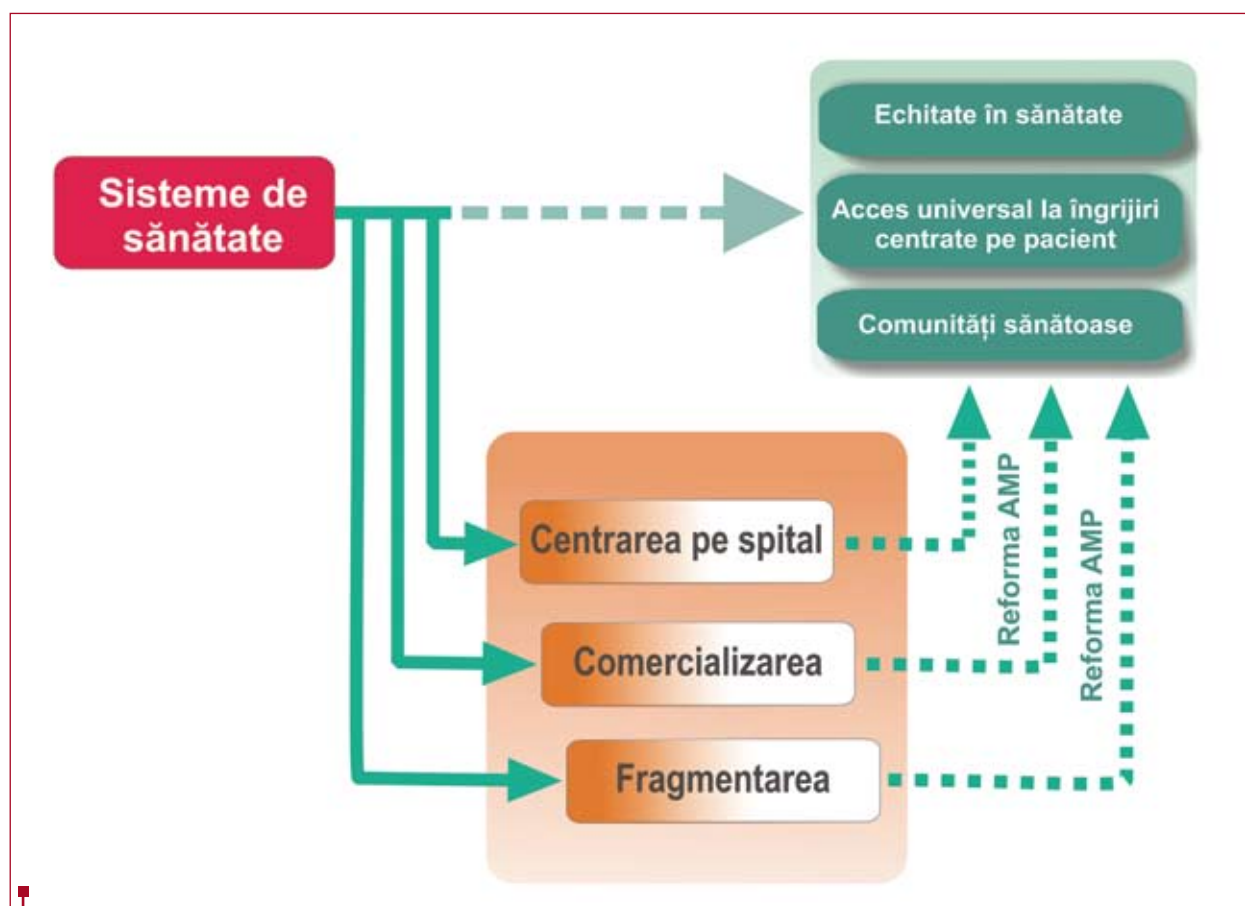


Figura 1. Cum au deviat sistemele de sănătate de la valorile de bază ale AMP (adaptat după Primary Care: Now More Than Ever, 2009<sup>(1)</sup>)





Tabelul 1

Comparație între îngrijirile de sănătate convenționale și asistența medicală primară orientată către individ

Îngrijiri convenționale oferite în ambulatoriu de specialitate	Programe de control al bolilor	Îngrijiri medicale primare centrate pe individ
Sunt orientate spre boală și vindecare	Sunt orientate pe bolile prioritare	Sunt orientate pe nevoile de sănătate ale individului
Relație limitată la momentul consultației	Relație limitată la perioada în care acel program este implementat	Relație personală de durată
Îngrijire curativă episodică	Intervențiile de control al bolii definite de program	Îngrijire comprehensivă, continuă și centrată pe persoană
Responsabilitatea limitată la sfaturi eficiente și în condiții de siguranță a pacientului la momentul consultației	Responsabilitate față de atingerea țintelor stabilite la nivelul populației-țintă	Responsabilitatea pentru starea de sănătate a tuturor persoanelor din comunitate de-a lungul întregii vieți, responsabilitatea pentru combaterea factorilor determinanți ai problemelor de sănătate
Utilizatorii sunt consumatori ai îngrijirilor pe care le-au cumpărat	Grupuri de populație sunt ținte ale unor intervenții pentru acele boli	Indivizii sunt parteneri în gestionarea propriei lor sănătăți și a comunității lor

sunt supuse unor forțe puternice și influențe externe care de multe ori surclasează prioritățile raționale sau politicile de sănătate, devin astfel sistemele de sănătate de la direcțiile dorite. Tendințele caracteristice care modelează sistemele de sănătate convenționale de astăzi includ (figura 1):

- un accent disproporționat pus pe specialități, îngrijire terțiară, mecanism numit „orientare către spital”;
- fragmentarea, ca urmare a înmulțirii de programe și proiecte;
- comercializarea omniprezentă a îngrijirii de sănătate în sistemele de sănătate nereglementate (corect).

Soluțiile sunt, în continuare, reformarea sistemelor de sănătate și dezvoltarea asistenței medicale primare, singura capabilă să asigure acoperirea universală în ceea ce privește serviciile medicale.

### Echipa de asistență medicală primară - centru de coordonare

Echipele de îngrijiri primare nu pot avea responsabilitatea completă pentru populația îngrijită, fără sprijin din partea serviciilor specializate, al organizațiilor și instituțiilor din afara comunității deservite. Mai ales în situația în care resursele sunt limitate, punctele de sprijin vor fi concentrate, de obicei, la nivelul spitalului local/regional. Într-adevăr, imaginea clasică a unui sistem de sănătate bazat pe AMP este de piramidă, cu spitalul local în partea de sus și o serie de centre de sănătate care fac trimiteri către nivelurile superioare. În reprezentările convenționale, profesioniștii din ambulatoriu au prea puține informații despre modul în care contribuie spitalele și serviciile de specialitate - sau nu contribuie - la starea de sănătate a pacienților lor și sunt puțin interesați să trimită

pacienții către aceste instituții, care sunt și ele importante pentru starea de sănătate a comunității locale. Acest lucru se schimbă, însă, în cazul în care furnizorii din AMP sunt încredințați cu responsabilitate privind o populație definită și sunt recunoscuți ca element esențial (eventual obligatoriu) de intrare în sistem. Cu cât rețelele de îngrijire a sănătății se extind, cadrul de îngrijire a sănătății devine mult mai aglomerat și pluralist. Mai multe resurse permit diversificarea: gama de servicii specializate poate include serviciile de urgență, specialiști, infrastructură de diagnostic, centre de dializă, screening-ul cancerului, instituții de îngrijire pe termen lung, farmacii etc. Aceasta înseamnă noi oportunități, oferind echipelor de îngrijire primară posibilitatea de a ajuta comunitatea, permițând cea mai bună utilizare a acestui potențial, deosebit de important pentru sănătatea publică, sănătatea mintală și îngrijirile de lungă durată. Merită subliniat faptul că O.M.S. distinge în mod clar că o comunitate este formată din populația comunității respective + furnizorii de AMP + asistența socială! Restul serviciilor sunt considerate ca fiind în afara comunității!

Coordonarea (sau rolul de gatekeeper) presupune în mod eficient transformarea piramidei de îngrijiri primare într-o rețea, în cazul în care relațiile dintre echipa de îngrijire primară și celelalte instituții și servicii nu mai sunt bazate doar pe ierarhia de sus în jos și pe trimiteri de jos în sus, ci pe cooperare și coordonare (figura 2).

Echipa de asistență medicală primară devine mediator între comunitate și celelalte niveluri ale sistemului de sănătate, ajutând oamenii să navigheze prin labirintul de servicii de sănătate și să beneficieze de sprijinul altor facilități, trimițând pacienții sau solicitând sprijinul unor servicii specializate. De asemenea, pot exista colaborări

cu organizații neguvernamentale care pot și ele sprijini pacienții în diverse situații. Aceasta înseamnă însă o recunoaștere a locului și rolului echipelor de asistență medicală primară în sistem și la nivel local.

În cazul în care echipele de îngrijire primară își vor asuma acest rol coordonator, activitatea lor va deveni mai plină de satisfacții și atractivă, în timp ce efectele generale asupra sănătății vor fi pozitive. Dependența de specialiști și spitalizare va scădea, prin filtrarea internărilor inutile, listele de așteptare vor fi mai reduse pentru cei care au într-adevăr nevoie de îngrijiri de specialitate, durata spitalizării va scădea și perioada de urmărirea post-spitalizare va fi mai bună.

Funcția de coordonare oferă cadrul instituțional pentru mobilizarea între sectoare pentru a asigura starea de sănătate a comunităților locale<sup>(3)</sup>. Aceasta nu este opțională, ci reprezintă o funcție esențială care trebuie asumată de echipele de îngrijire primară și recunoscută ca atare de întregul sistem de sănătate. Acest lucru are implicații politice importante: coordonarea va rămâne o iluzie, dacă echipele de îngrijire primară nu vor avea la îndemână pârgurile necesare, administrative sau financiare. Coordonarea depinde, de asemenea, de recunoașterea din partea diferitelor instituții a rolului-cheie al echipelor de îngrijire primară. Sistemele educaționale academice, evoluția carierei și mecanismele de remunerare dau însă semnale contrare. Inversarea acestor cutume bine înrădă-

cinate necesită o mare voință politică, dar și un leadership puternic la nivelul asistenței medicale primare, atât la nivelul organizației profesionale a medicilor de familie, cât și universitar.

Consolidarea sistemelor de sănătate este un proces de construire a capacității unui sistem de sănătate, prin asigurarea celor șase componente ale unui sistem de sănătate<sup>(9)</sup>:

- furnizarea de servicii de îngrijire medicală
- forța de muncă în sănătate, calificată
- managementul informațiilor
- asigurarea de produse medicale, vaccinuri și tehnologii
- finanțarea sistemului
- conducerea și guvernarea.

Toate aceste componente trebuie să fie sunt puternice și integrate.

Studiile arată că, în termeni de rezultate, cele mai bune strategii sunt legate de îmbunătățirea relațiilor dintre furnizorii de servicii, acțiuni legate de coordonarea activităților clinice și utilizarea de sisteme de suport al coordonării. Pentru creșterea satisfacției pacientului, cele mai de succes strategii sunt acelea care îmbunătățesc relațiile dintre furnizorii de servicii, existența suportului pentru medici, ameliorarea comunicării între furnizorii de servicii și oferirea unor mijloace de informare pentru pacienți.

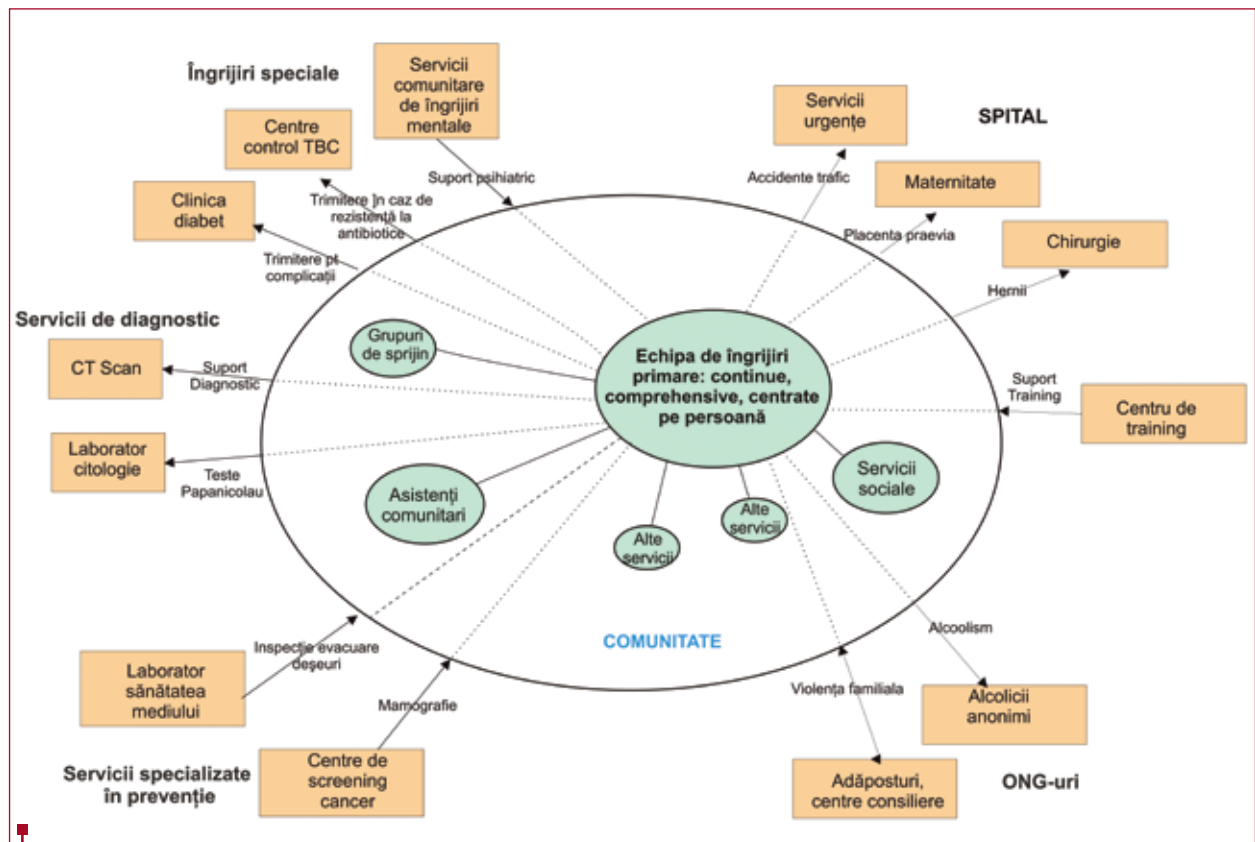


Figura 2. Asistența medicală primară ca un centru de comandă al rețelei de îngrijiri pentru comunitatea deservită, împreună cu partenerii externi<sup>(1)</sup>



Consolidarea relațiilor între furnizorii de servicii este importantă atât pentru medici, cât și pentru pacienți. Prin relații între furnizori înțelegem atât relațiile între membrii echipelor din AMP, cât și relațiile acestora cu furnizorii din afara comunității (spitale, servicii speciale de diagnostic etc.):

- Consolidarea practicii echipelor multidisciplinare, inclusiv rolul asistentelor medicale în managementul bolilor cronice.

- Co-locarea cabinetelor medicale împreună cu alte servicii, precum și investițiile în sisteme de coordonare a îngrijirilor între aceste servicii (de exemplu, consultații de specialitate efectuate la nivelul cabinetelor/ grupurilor de practică din mediul rural, o dată sau de două ori pe săptămână).

- Consolidarea legăturii dintre pacient și furnizorii din asistența medicală primară, în special pentru cei cu nevoi de îngrijire complexe.

- Dezvoltarea de rețele puternice de furnizori de servicii.

Utilizarea de instrumente sau sisteme suport pentru coordonarea îngrijirilor. Tehnologiile moderne permit dezvoltarea a diverse sisteme de informare, de suport decizional, de alertare etc. Aceste sisteme însă trebuie să fie susținute de organismele statului, care pot finanța proiecte ale căror rezultate să fie utile tuturor furnizorilor și pacienților:

- Dezvoltarea unor instrumente (de exemplu, evaluări, planuri de îngrijire, suport decizional), care să poată fi folosite de furnizorii de servicii atât la nivel național, cât și pe plan local, integrând și diferite servicii existente la nivelul comunității.

- Dezvoltarea sistemelor de comunicare și a schimbului de informații între asistența medicală primară și ceilalți furnizori de servicii.

- Crearea de structuri, în special la nivel regional, care să fie capabile să coordoneze, să integreze și să susțină sistemele și serviciile existente.

## Discuții

În articolul de față nu am prezentat un model experimental de îngrijiri de sănătate. Asistența medicală primară, reprezentată în România de medicina familiei, este un segment esențial al unui sistem de sănătate. Este recomandarea expresă a Organizației Mondiale a Sănătății ca statele membre să întreprindă toate eforturile pentru a dezvolta acest sector de acordare a îngrijirilor de bază tuturor cetățenilor. Mai departe, rămâne să găsim pe plan național mecanismele care să

pună în practică aceste recomandări. Nu este suficient să acceptăm, să tolerăm existența medicilor de familie, ci este necesar ca Ministerul Sănătății să elaboreze strategii adevărate, prin care să susțină dezvoltarea și coordonarea activității din asistența medicală primară. Coordonare nu înseamnă control de dragul controlului, în căutarea hoților care falsifică rețete (activitate care, desigur, trebuie și ea făcută, dar nu reprezintă subiectul discuției). Coordonare înseamnă, în primul rând, a da un sens întregului lanț de furnizare de servicii de sănătate, a susține unde este nevoie, a explica populației sau actorilor implicați ce se urmărește și ce modificări trebuie făcute. Acestea necesită instituții, structuri, experiență.

Consolidarea asistenței medicale primare se poate lovi de câteva provocări: dispersia furnizorilor, diversitatea și independența relativă a lor. De asemenea, intervin obiectul și complexitatea AMP, care se adresează întregii populații și întregului spectru de boli; infrastructura disponibilă este limitată, iar sistemul informațional este în general prost și fragmentat. Inexistența unor structuri dedicate medicinei familiei, practic la toate nivelurile, face ca problemele să nu fie cunoscute în mod real de către Ministerul Sănătății sau la nivel local, astfel încât nu pot fi dezvoltate strategii și programe coerente. Dezvoltarea haotică a serviciilor oferite de furnizorii din asistența medicală primară și de cei din ambulatoriul de specialitate, fără o strategie clară, nu poate avea nici un rezultat pozitiv, nici asupra personalului medical și nici asupra stării de sănătate. De 20 de ani se imaginează diverse combinații pentru a împărți bugetul CNAS către toți furnizorii, fără ca în final să existe o stabilitate, o siguranță a zilei de mâine. Planurile de afaceri sau de dezvoltare ale unui furnizor de servicii medicale sunt aproape imposibile de respectat. Aplicarea de soluții unice la nivel național, universal valabile, nu poate acoperi toate problemele din teritoriu. Rolul DSP-urilor județene scăzând până aproape de zero, a dus la inexistența unor politici de sănătate la nivel local, care să încerce măcar rezolvarea unor probleme locale.

Organizarea cabinetelor, susținerea grupurilor de practică, programe de creșterea calității par obiective îndepărtate și deloc susținute de Ministerul Sănătății și mai ales de CNAS. Abordarea neprofesionistă a informatizării sistemului de sănătate, în loc să reducă birocrăția, este pe cale să o crească, fără a mai discuta problemele legate de confidențialitatea datelor, care trebuiau puse în discuție publică. ■

## Bibliografie

1. WHO. The World Health Report 2008. Primary Care: Now More Than Ever, Geneva, 2008.
2. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
3. Powell Davies G, Harris M, Perkins D, Roland M, Williams A, Larsen K, McDonald J. Coordination of care within primary health care and with other sectors: A systematic review. Research Centre for Primary Health Care and Equity, School of Public Health and Community Medicine, UNSW 2006.
4. Wolfe Scott A. Enhancing Primary Health Care - Enhancing Health Equity in Canada. Wellesley Institute, 2010.
5. Ellen ME, Léon G, Bouchard G, Lavis JN, Ouimet M, Grimshaw JM. What supports do health system organizations have in place to facilitate evidence-informed decision-

- making? A qualitative study. Implementation Science 2013, 8:84.
6. Canadian Institute for Health Information: More About Knowledge Translation at CIHR. 2012. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/39033.html>.
7. Starfield Barbara. State of the Art in Research on Equity in Health. Journal of Health Politics, Policy and Law, Duke University Press, Vol. 31, No. 1, February, 2006.
8. Bourqueil Y, Marek A, Mousques J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: état des lieux et perspectives. IRDES, 2007.
9. Bourqueil Y, Marek A, Mousques J. Medical group practice in primary care in six European countries, and the Canadian provinces of Ontario and Quebec: what are the lessons for France? Issues in health economics no. 127 - November, 2007.
10. Bailie et al. A systems-based partnership learning model for strengthening primary healthcare. Implementation Science 2013, 8:143.