

## DESPRE MANAGEMENT, LA NIVEL OPERATIV

**Dr. T. Nicolescu**

*Medic specialist medicina familiei*

La nivel operativ, cel mai de jos, acela unde lucrul trebuie înfăptuit; nu la înalt nivel decizional (ministerial sau de comisie paritară); și nici la nivel executiv, intermediar, unde toți știm că *trebuie făcut ceva*.

Cele ce urmează sunt observații cumulate pe durata ultimului an de stagiul al rezidențiatului, desfășurat într-un cabinet de medicina familiei din București, în perioada aprilie 2001-aprilie 2002.

Subsumate efortului de ameliorare a sistemului de îngrijiri de sănătate (SIS) românesc, 3 evenimente, care au avut loc în perioada stagiului meu, mi-au atras în mod deosebit atenția:

- prezentarea, de către d-na Ministru al Sănătății și Familiei, a raportului despre sănătatea națiunii, în Cartea Albă a Preluării Guvernării din decembrie 2000.
- consultările Comisiei MSF-CNAS-CMR asupra revizuirii sistemului informațional sanitar și aparent interminabilele renegocieri ale Contractului Cadru și Normelor sale de Aplicare, privind acordarea îngrijirilor de sănătate
- prezentarea rezultatelor parțiale ale unor studii de opinie, vizând SIS: al populației (de către MetroMedia Transilvania) și al medicilor generaliști (de către IMSS).

Pentru un medic tânăr, în curs de familiarizare cu SIS în care va lucra, atari informații veneau în întâmpinarea nevoilor de formare profesională, rămânând a fi corect înțelese și folosite. Deoarece, altfel decât în butada intrată în conștiința publică, nu informația ci cunoașterea este putere. Cunoașterea, adică articularea într-o formă coerentă, validată de realitate, a informațiilor culese cu acuratețe. Astfel, înțelegerea stării de fapt devine primul pas al oricărui demers de îmbunătățire a situației.

Din discursul d-nei Ministru am reținut 2 dintre *scopurile fundamentale* ale reformei:

1. eficientizarea folosirii resurselor
2. îmbunătățirea relației medic-pacient, precum și un *obiectiv strategic*: asigurarea unei mai bune accesibilități a populației la serviciile medicale. Mai ales că, după 1989, în anii reformei structurale a SIS, starea de sănătate a națiunii s-a înrăutățit.

Opiniile exprimate la nivelul Comisiei au arătat că actorii SIS au interese și păreri diferite privind datele ce trebuie colectate. Chiar dacă acestea sunt indispensabile construirii indicatorilor de sănătate publică care, prin valorile relevate de raportul d-nei Ministru, au îngrijorat auditoriul.

Cele mai puțin incomode din punct de vedere formal/oficial, rezultatele anchetelor de opinie au oferit imaginea cea mai apropiată de situația concretă, la nivel faptic, din SIS. Pacienții sunt mai degrabă nemulțumiți, iar medicii (cei din asistența primară, cel puțin) de asemenea.

Eficacitatea SIS (așa cum au repetat-o, deseori, partenerii olandezi din mediatizat program *Matra*), se măsoară prin ameliorarea stării de sănătate și a gradului de satisfacție al pacienților.

Totodată, calitatea actului medical se sprijină pe mai multe dimensiuni: competența medicului, accesul la îngrijiri (geografic, cultural-comportamental, economic, social), eficacitatea și eficiența serviciilor, continuitatea și siguranța îngrijirilor, complianța pacienților.

Conform sondajelor întreprinse, opiniile pacienților pot furniza date utile, legate de aspectele susmenționate ale reformei. Iar completarea lor cu observații *pe teren*, neurmărite în studiu, întregeste imaginea.

- a. Că aproape jumătate se declară nemulțumiți de propria sănătate nu trebuie să surprindă; într-o țară cu 40% dintre cetățeni la limita sărăciei, 48% nesatisfăcuți pare un procent consistent. În mod sigur, însă, publicul nu este familiar cu factorii care concură la păstrarea sănătății și nici cu ponderea lor. Dintre aceștia, critica serviciilor de sănătate pare cea mai accesibilă simțului comun.
- b. Majoritatea lor e nemulțumită de aglomerație, timpul de așteptare, programul de lucru al medicului și nerespectarea de către acesta, a orarului.

Mai întâi, aglomerație, la ușa cabinetelor, a fost dintotdeauna. Cum cei mai mulți pacienți care vin la cabinetele medicilor de familie sunt bolnavi cronici, de vârsta a 3-a, cu polimorbiditate, aglomerația

e inerentă. Observată în sala de așteptare, aceasta prevalează în primele 2 zile ale săptămânii, la orele târzii ale după amiezilor și în diminețile de vineri, sugerând interpretarea aglomerației ca nefiind expresia unei nevoi urgente, ci a includerii consultului medical într-un program personal hotărât. Cum fiecărui pacient medicul trebuie să îi acorde un timp suficient de consultație, timpul de așteptare înclină spre a fi consecința altei cauze decât cea mai des invocată, aceea că *doctorul stă prea mult cu ăla*.

La categoria de vârstă menționată, în România, din vremea regimului comunist, persistă o atitudine a *statului la coadă*. Deși sunt afișate orare și se pot face programări, mulți pacienți se adună prea de vreme, din reflex sau încercând să intre peste rând. Inevitabil, rezultă un timp de așteptare supra-evaluat, o nemulțumire care ascunde alte frustrări, neexprimate.

Urmare a separării CAST și CASAOPSNAJ, medicilor de familie cu contract CNAS le-a rămas în grijă categoria cea mai săracă a populației; care e și cea mai bolnavă, mai puțin instruită și cu cea mai mare nevoie de îngrijiri. Îngrijiri spitalicești, terțiare, paleative și de asistență socială; la care, cantitativ, accesul este redus față de nevoi; pe care medicina primară nu le poate suplini îndeajuns. Deși accesul la serviciile medicale este stipulat ca fiind un drept al tuturor, stratificarea socioeconomică se regăsește în adresabilitate.

c. Programul de lucru al medicului este o nemulțumire, aleasă dintre răspunsurile preformulate ale chestionarelor.

Există medici *chiulangii* și medici aglomerați. Primilor nu li se poate îngădui nici o justificare. Ceilalți, având în vedere tipul de pacienți și starea lor de sănătate, este de înțeles să acorde unei consultații mai mult decât timpul standard, iscând, pe nedrept, protestele celor care așteaptă. Sunt medici care își prelungesc programul de consultații până seara la 22.00, nerefuzând pacienții care stau la rând și după depășirea orarului de lucru afișat.

d. O altă plângere a pacienților este calitatea instalațiilor sanitare, fără să specifice dacă este vorba de cele ale CMI cu buget de practică insuficient sau de cele ale spitalelor în renovare. Din păcate, în România, încă mai este răspândit un obicei pe care-l descoperim în școala primară: că atunci când o toaletă este în stare utilizabilă, ea să fie adesea încuiată.

e. Pacientele enumeră nemulțumiri legate de prevenirea cancerului de col uterin, supravegherea gravidei, îngrijirea lăuzei și copilului.

Planificarea familială, în România, lasă mult de dorit, dar este o nevoie abia resimțită, dacă e să o

juducăm după rata avorturilor la numărul de nou-născuți.

Niciunei paciente nu i se face tușeu vaginal sau colposcopie în cabinetul de medicină primară. Sunt manevre pentru care CMR și CNAS solicită *competențe*, îngrădind legislativ practicarea lor la nivel de medicină primară. În plus, în mentalul colectiv, medicii de familie au o proastă reputație (întreținută de colegii de breaslă), iar gravidele le cer sfatul doar acolo unde nu au de ales (în rural, în cartierele prea sărace sau după consulturi obstetricale în timpul cărora nu au primit explicații pe înțelesul lor).

Cât despre copii, aceștia sunt examinați ca *urgențe* adresate direct camerelor de gardă ale spitalelor, la aprecierea părinților. Obişnuința prevalează mereu asupra comportamentului igienic (în sens larg), astfel încât opiniile formulate nu sunt urmările unor nevoi pe deplin înțelese sau adecvat exprimate.

f. Există pacienți nemulțumiți de îngrijirile spitalicești. De confortul instituțiilor subfinanțate și supra-aglomerate, de purtarea personalului (prost remunerat), de refuzul de a fi internați la cerere. Există, însă, și medici de familie care, trimițând spre internare urgențe sau pacienți cu indicații clare de spitalizare, se văd nevoiți de a-i trata ambulator, în urma refuzului spitalelor de a-i primi.

Menținerea facilităților de investigare biologică și paraclinică, chiar și la nivel minimal, la nivelul spitalelor și ambulatoriilor, supra-încarcă cererea pentru astfel de servicii, adresată lor. În plus, induce pacienților ideea că sunt grav bolnavi (*dacă m-a trimis la spital la analize*), că medicul de familie *nu poate face nimic* sau *doar scrie rețeta* și nemulțumirea că, la spital, nu li se acordă îngrijiri pe măsura orizontului lor de așteptare. Acest orizont de așteptare conține speranța vindecării bolii aflate într-un stadiu avansat de evoluție, după ani de neglijare a comportamentelor sănătoase și de amânare a primului consult.

g. Pacienții apreciază la medici amabilitatea și răbdarea, dezaproband incompetența și accesibilitatea redusă.

Amabilitatea și răbdarea sunt noțiuni cu înțeles evident pentru toți, dar părerile asupra competenței și accesibilității sunt influențate de nivelul de informare și instruire.

Prin accesibilitate pacienții înțeleg posibilitatea de a merge la medic (92%, pentru întreaga țară, e insuficient), dar importante probleme de accesibilitate apar la nivel cultural, social, economic. Românii tind să aibă, față de propria sănătate, un comportament neglijent (de amânare a prezentării la medic, cu prelungire a suferinței organice) sau de

exagerare a gravității (multiple somatizări, pe fondul unui disconfort psihic de cauză socio-economică). Complanța nu este, însă, atitudinea cea mai accesibilă mentalității și buzunarului românului.

Cât despre competența medicului, apreciată de persoane care nu-și reprezintă premisele, semnificația și implicațiile consimțământului informat, ea devine puțin relevantă. Există, încă, pacienți care nu suportă stresul aflării diagnosticului propriu. Este un drept al lor să nu și-l afle, dar se prevalează de el în mod inconștient, fără să o fi cerut. Familia este cea care transferă medicului sarcina de a menține speranța bolnavului prin ocultarea adevărului, fără a-l exonera, însă, de aprecieri privind competența, văzută (și) din acest unghi.

Ar fi util, credem, că părerile (și implicit satisfacția) pacienților să fie interpretate în funcție de psihologia și orizontul lor de așteptare, legate de educația lor sanitară și de gradul de familiarizare cu sistemul medical căruia i se adresează.

Întrebările din chestionarul adresat medicilor de familie au vizat efectivitatea, eficiența și eficacitatea îngrijirilor pe care le acordă. Răspunsurile lor au

fost puțin încurajatoare. Cauzele nemulțumirilor sunt, de acum, locuri comune: insuficiența programelor de EMC, constrângerile (in)formale din relația cu C(N/J)AS, dotarea inadecvată a cabinetelor. Cum de asemenea a fost spus în programul *Matra* (și nu numai) eficientizarea sistemului nu este posibilă fără motivarea profesioniștilor care-l deservește.

Consultările comisiei de revizuire a sistemului informațional sanitar au relevat importante deosebiri de interese. Nemotivați financiar de CNAS, ca profesioniști cu practică privată, medicii de familie nu sunt dornici să fie executanții unor măsuri de sănătate publică, obligatorii în fostul SIS centralizat. În același timp, CNAS este interesată de colectarea datelor necesare strict rambursării serviciilor, nu și a celor necesare construirii indicatorilor de stare a sănătății populației. Există premisele unei raportări de date insuficiente construirii unei politici adecvate pentru sănătate.

Ar fi nedrept ca vina disfuncționalităților sistemului să fie pusă pe seama doar a uneia dintre categoriile de actori ai SIS. Observațiile formulate au încercat doar să contribuie, câtuși de puțin, la înțelegerea imaginii realității.