

# **REFORMA ÎNGRIJIRILOR ÎN SISTEM AMBULATORIU**

**pentru pacienții cu tuberculoză din România**

**Raport de Monitorizare**

Mai 2020

# CUPRINS

Sumar Executiv .....	3
Cadru Metodologic .....	5
Analiza comparativă a trei modele de îngrijire în sistem ambulatoriu pentru TB.....	6
Monitorizarea elementelor de sistem relevante pentru sustenabilitatea scalării la nivel național a modelului de îngrijire în ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză.....	7
Implicarea asistenței medicale comunitare și a mediatorilor sanitari.....	8
Rolul oficial al rețelei de asistență medicală comunitară în îngrijirea TB .....	8
Probleme identificate și vulnerabilități .....	9
Implicarea medicinei primare (medicii de familie) .....	13
Rolul oficial al medicinei primare în îngrijirea TB.....	13
Probleme identificate și vulnerabilități .....	14
Dispensarele de Pneumoftiziologie.....	14
Rolul oficial al dispensarelor în îngrijirea TB .....	14
Probleme identificate și vulnerabilități .....	14
Bariere în implementarea și scalarea îngrijirilor medicale în ambulatoriu pentru bolnavii cu tuberculoză.....	16
Recomandări .....	19
Anexa metodologică.....	27

Autori: Dr. Vlad Mixich, expert politici de sănătate, cu sprijinul Observatorul Român de Sănătate

© Datele prezentate în acest raport se fac cu citarea sursei conform formulării de mai jos

Raport publicat de Fundația Romanian Angel Appeal în colaborare cu Observatorul Român de Sănătate.



## Sumar Executiv

Modelele moderne și dovezile științifice apărute în ultimul deceniu demonstrează superioritatea tratării pacienților cu tuberculoză (TB) în regim ambulatoriu în termeni de cost-beneficiu atât pentru pacienți, cât și pentru societate<sup>1</sup>. Tratamentul tuberculozei în regim ambulatoriu are numeroase avantaje față de modelul spitalicesc:

- Avantaje pentru pacient: rezultate la fel de bune ca în spital, risc scăzut de contractare a unor infecții intraspitalicești, posibilitate de reinsertie socio-profesională mai rapidă, drepturile pacientului mai bine urmărite.
- Avantaje pentru personalul medical: riscul de transmitere al tuberculozei de la pacienți la personalul medical scade, posibilitatea de prioritizare a internărilor în funcție de urgența reală a cazurilor, rezultate la fel de bune ca în regim de spitalizare continuă.
- Avantaje pentru societate: costurile cu îngrijirea spitalicească scad, beneficiile aduse de reinsertia socio-profesională mai rapidă cresc.

### din RECOMANDĂRILE COMISIEI EUROPENE SPECIFICE PENTRU ROMÂNIA, MAI 2020

“În contextul COVID-19, este la fel de important să se abordeze probleme structurale, inclusiv oferirea de servicii de asistență medicală preventivă, ambulatorie și comunitară prin politici publice bine orientate.”

În ultimii ani, modelul îngrijirilor în ambulatoriu a început să fie promovat și în România, prin includerea unor articole specifice în Legea 302/2018, cunoscută sub numele de „legea tuberculozei” dar căreia îi lipsesc încă normele de aplicare, dar și prin inițierea în anul 2020 a unui Proiect-Pilot de îngrijire în sistem ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză, care se desfășoară deocamdată în municipiul București.

Tabel 1. Monitorizarea dimensiunilor relevante pentru sustenabilitatea scalării naționale a îngrijirii în ambulatoriu pentru TB

Anul	Sistem financiar axat pe spital sau pe ambulatoriu/comunitate	Tratament sub directă observare	Implicarea medicinei primare	Implicarea asistenței medicale comunitare	Centre comunitare integrate	Unități mobile pentru TB	Investigarea determinanților sociali	Medicație suport TB gratuită în ambulatoriu	Suport psihosocial ambulator pentru TB
2019	Spital	Parțial	Parțial	Limitat	Limitat	Limitat	Limitat	Absent	Limitat
2020	evaluare în următorul ciclu de monitorizare								
2021	evaluare în următorul ciclu de monitorizare								

Aceste inițiative au nevoie de un suport concret și de crearea unui cadru favorabil pentru dezvoltarea adecvată a întregului circuit de îngrijiri în ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză, care include

<sup>1</sup> WHO A people-centred model of tuberculosis care. A blueprint for eastern European and central Asian countries. Geneva, World Health Organization, 2017.

dispensarele de pneumoftiziologie, medicina primară și rețeaua de asistență medicală comunitară. Monitorizarea dimensiunilor propuse ca relevante pentru sustenabilitatea la nivel național a îngrijirii în ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză arată că acest cadru favorabil trebuie dezvoltat mai mult în România (Tabel 1).

Din analiza comparativă efectuată între metodologia în vigoare de îngrijire a pacienților cu tuberculoză în România, modelul proiectului pilot propus și publicat în Monitorul Oficial în aprilie 2020 și modelul propus în 2017 de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), se remarcă apropierea consistentă a Proiectului-Pilot de modelul OMS și diferențe considerabile între modelul în vigoare în prezent în România și modelul OMS (Tabel 2).

O parte importantă din **resursele umane** care pot fi implicate în circuitul de îngrijire a pacienților cu TB nu sunt folosite în prezent în România, în timp ce Proiectul-Pilot include exhaustiv aceste resurse umane, dar totuși nu menționează explicit rolul societății civile și al asistenților medicali comunitari, datorită focalizării inițiale exclusiv pe municipiul București (Tabel 3). De precizat că analiza efectuată la finalul Proiectului-Pilot de către o echipă desemnată va servi ca bază pentru propunerile legislative care vor permite îmbunătățirea aspectelor metodologice și scalarea la nivel național a proiectului.

**Modelul de finanțare** a sistemului medical românesc încurajează în prezent furnizarea de servicii medicale pentru pacienții cu tuberculoză prin internare spitalicească pe termen lung. Stimuletele financiare pentru tratarea pacienților cu tuberculoză în ambulatoriu sau la domiciliu sunt modeste sau lipsesc cu desăvârșire atât în cazul dispensarelor de pneumofitiziologie și a medicilor de familie, cât și în cazul asistenței medicale comunitare.

Rețeaua de **asistență medicală comunitară** este subdimensionată, slab dotată și nu beneficiază de o poziționare clară în arhitectura sistemului de sănătate publică. În majoritatea județelor care au putut fi analizate, asistentul medical comunitar (AMC) și mediatorul sanitar trebuie să acopere un număr de beneficiari mai mare decât cel prevăzut legal. Nu există stimulente speciale pentru implicarea asistenței medicale comunitare în îngrijirea bolnavilor cu TB. O bună parte din actele normative și metodologice necesare funcționării AMC sunt întârziate, inclusiv cele privitoare la furnizorii privați, autoritățile nerespectând termenele legale. Din punct de vedere al subordonării și plasării corecte în lanțul de decizie, asistentul medical comunitar este al tuturor și al nimănu.

**Medicina primară** este implicată parțial în circuitul îngrijirii în ambulatoriu a pacienților cu TB, valoarea stimulentele financiare sau de altă natură pentru medicii de familie fiind mult mai scăzută decât în cazul altor patologii. Tot la acest nivel se manifestă cea mai importantă fractură în circuitul administrării tratamentului sub directă observare: o nealiniere majoră între sistemul de responsabilități și cel de monitorizare.

Se observă o variație semnificativă între județe a nivelului de acoperire a **dispensarelor** de pneumoftiziologie raportat la incidența globală a tuberculozei. Este nerealist ca în zonele rurale și din urbanul mic să se ceară bolnavilor cu TB să se deplaseze zilnic pentru tratament la dispensarul de pneumoftiziologie, distanțele putând fi uneori considerabile. Un număr important de dispensare de pneumoftiziologie nu beneficiază de dotări tehnice suficiente pentru a asigura funcționarea unui model solid de îngrijire a pacienților cu TB în ambulatoriu. Din această perspectivă, rolul rețelei de asistență medicală comunitară și de medicină primară devine cu atât mai important.

Date fiind vulnerabilitățile constatate în cele 3 segmente esențiale pentru sustenabilitatea îngrijirii în ambulatoriu a pacienților cu TB, se recomandă pentru investiții și atenție suplimentară prioritizarea acelor județe în care sunt întrunite simultan următoarele condiții:

- Acoperirea dispensarelor de pneumoftiziologie raportată la incidența TBC este sub medie.
- Gradul de încărcare al asistenților medicali comunitari depășește norma prevăzută legal.
- Existența în județ a cel puțin 10 localități fără medic de familie.

O serie de alte recomandări punctuale, alături de intervențiile concrete care trebuie operate, sunt descrise în cadrul acestui raport.

## Cadru Metodologic

În contextul acestui raport de monitorizare, reforma îngrijirilor în sistem ambulatoriu pentru pacienții cu tuberculoză din România este analizată în raport cu modelul de îngrijire TB centrată pe persoană, așa cum este propus în documentul publicat de Biroul Regional European al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), în 2017: „A people-centred model of tuberculosis care. A blueprint for Eastern European and Central Asian countries”. Definiția oferită de documentul OMS a determinat cadrul de analiză al acestui raport de monitorizare: „un model de îngrijiri centrat pe persoană este concentrat și organizat în jurul nevoilor de sănătate și așteptărilor oamenilor și comunităților, mai degrabă decât în jurul pacienților și bolilor”.

Setul de elemente care compun infrastructura ideală de servicii conform modelului OMS a fost folosit pentru analiza comparativă a sistemului de îngrijire TB în vigoare în prezent în România și a sistemului propus de Proiectul-Pilot privind modelul de îngrijire în sistem ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză din România, așa cum este el descris în Metodologia de implementare publicată în 10 aprilie 2020 în Monitorul Oficial, partea I nr. 304bis.

Obiectivul principal al raportului este de a evalua și monitoriza în ce măsură componentele din modelul OMS sunt prezente și folosite în România în prezent. Obiectivele secundare ale raportului sunt de a identifica serviciile adresate pacienților cu TB în comunitate și de a identifica barierele și soluțiile pentru asigurarea și întărirea serviciilor comunitare de sănătate prin care să se poată asigura scalarea cu succes la nivel național pe termen mediu și lung a modelului propus de Proiectul-Pilot privind modelul de îngrijire în sistem ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză din România.

Anexa Metodologică a acestui raport oferă mai multe detalii privitor la metoda de analiză folosită.

## Analiza comparativă a trei modele de îngrijire în sistem ambulatoriu pentru TB

Modelul de îngrijire în sistem ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză a fost propus cu 20 de ani în urmă<sup>2</sup> și rafinat și dezvoltat în ultimul deceniu în mod regulat de către instituțiile internaționale, precum Organizația Mondială a Sănătății<sup>3</sup>. Un plan de model de îngrijiri în tuberculoză centrat pe pacient și adaptat contextului specific din Europa de Est a fost publicat în 2017 de către Biroul Regional European al Organizației Mondiale a Sănătății<sup>4</sup> (modelul OMS 2017) și este folosit în acest raport ca referință pentru o analiză comparativă și pentru monitorizarea ulterioară a evoluțiilor României în acest domeniu.

În România, în prezent, modelul de îngrijire a pacienților cu tuberculoză are la bază metodologia de implementare a Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei (PN-TB) publicată în septembrie 2015, cu actualizările ulterioare. O evoluție foarte recentă este apariția metodologiei de implementare a Proiectului-Pilot privind modelul de îngrijire în sistem ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză din România (Proiectul-Pilot), publicată în aprilie 2020 în Monitorul Oficial.

Într-un sistem cu resurse limitate, cum este cel românesc, este esențială maximizarea resurselor existente, mai ales atunci când acest proces de eficientizare duce și la creșterea calității îngrijirilor și a succesului reinsertiei sociale și profesionale a pacienților. Implicarea diferitelor segmente ale sistemului medical în circuitul de îngrijire a pacientului cu TB, este prezentată comparativ conform modelului din PN-TB, din Proiectul-Pilot și din modelul OMS 2017 (Tabel 2).

Este evidentă apropierea metodologiei dezvoltate pentru Proiectul-Pilot de modelul OMS 2017, precum și diferențele consistente dintre PN-TB și același model OMS 2017. Putem concluziona că succesul Proiectului-Pilot, urmată de actualizări ale acestuia și de scalarea la nivel național, va apropia modelul românesc al îngrijirilor pacienților cu tuberculoză de recomandările moderne ale principalelor organizații internaționale de sănătate publică.

Tabel 2. Analiza comparativă a implicării segmentelor sistemului medical în circuitul de îngrijire a pacientului cu TB

	Detectare	Diagnostic Clinic	Diagnostic paraclinic/ imagistic	Inițiere Tratament	Management de caz	Administrare sub directă observație	Monitorizare evoluție/răspuns la tratament	Managementul evenimentelor adverse	Tratamentul comorbidităților
<b>Programul Național TB</b>	MF AMC	Ambulator Spital	Spital	Spital	neprecizat	MF AMC	Ambulator Spital	Ambulator Spital	Spital
<b>Proiectul Pilot</b>	Ambulator MF / CPU Centru Social	Ambulator	Ambulator Spitalizare de zi	Ambulator	Serviciu psihologie	Ambulator MF AMC	Ambulator MF AMC	Ambulator	Ambulator Spital
<b>Modelul OMS</b>	Ambulator Comunitate	Ambulator MF	Ambulator	Ambulator	ONG Non-medical	Ambulator	Ambulator Centru de zi	Ambulator Spital Comunitate	Ambulator Spital Comunitate

MF = medicina primară/medici de familie / AMC = asistenți medicali comunitari/mediatori sanitari / CPU = centru primiri urgențe

Legendă culori: Verde – Implicarea exclusiv ambulatoriu, medicina primară și AMC; Galben – Implicare segment ambulatoriu și spitalicesc;

Roșu – Implicare exclusiv segment spitalicesc

<sup>2</sup> WHO Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings. Geneva, World Health Organization, 1999.

<sup>3</sup> WHO The End TB Strategy: global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. Geneva, World Health Organization, 2014.

<sup>4</sup> WHO A people-centred model of tuberculosis care. A blueprint for eastern European and central Asian countries. Geneva, World Health Organization, 2017.

Actuala metodologie pe care se bazează PN-TB ignoră o parte importantă din resursele umane care pot fi implicate în circuitul de îngrijire a pacienților cu TB. Proiectul-Pilot include exhaustiv aceste resurse umane, dar totuși nu menționează explicit rolul societății civile și al asistenților medicali comunitari, datorită focalizării inițiale exclusiv pe municipiul București (Tabel 3).

Tabel 3. Analiza comparativă a utilizării resurselor umane existente în circuitul de îngrijire a pacientului cu TB

	Medici specialiști	Medici de familie	Personal medical mediu	Asistenți/mediatori comunitari	Psihologi	Asistenți sociali	Organizații non guvernamentale	Comunitate/Familie
Programul Național TB	Implicați	Implicați	Implicați	Parțial	Absent	Absent	Absent	Absent
Proiectul Pilot	Implicați	Implicați	Implicați	Parțial	Implicați	Implicați	Absent	Implicați
Modelul OMS	Implicați	Implicați	Implicați	Implicați	Implicați	Implicați	Implicați	Implicați

## Monitorizarea elementelor de sistem relevante pentru sustenabilitatea scalării la nivel național a modelului de îngrijire în ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză

Evaluarea periodică și independentă a elementelor de sistem (vezi Tabel 1) care sunt specifice și necesare pentru funcționarea circuitului de îngrijire în ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză este necesară. Nu poți îmbunătăți ceea ce nu este monitorizat, iar astfel de acțiuni transparente de monitorizare pot contribui la succesul scalării la nivel național a proiectelor-pilot de îngrijire a pacienților cu TB în ambulatoriu și a îmbunătățirii acestora.

În Tabelul 1 este prezentată propunerea acelor elemente de sistem a căror monitorizare este relevantă, alături de evaluări folosind instrumente mixte de cercetare. Instrumentele calitative, combinate cu cele cantitative, oferă o privire multidimensională a evoluției sistemului de asistență a pacienților cu TB în România, date fiind particularitățile sistemului de raportare a datelor în România. La data efectuării cercetării pentru acest raport, se observă o axare pronunțată a sistemului de îngrijiri a pacienților cu TB pe segmentul spitalicesc, însoțită de o sub-utilizare pronunțată a resurselor existente în sistem, în special a celor din segmentul non-spitalicesc.

Se remarcă o diferență între realitatea din teren și prescripțiile metodologiei de implementare a PN-TB. Dacă prescripțiile metodologiei PN-TB precizează un rol pentru medicina primară și asistența medicală comunitară, în realitate în teren implicarea acestor două segmente în circuitul pacientului cu TB este parțială sau limitată. Practic, dintre cele 8 categorii de resurse umane care pot fi implicate în îngrijirea pacienților cu TB conform recomandărilor modelului OMS 2017, în prezent în România doar trei sunt constant implicate, prezența celorlalte cinci fiind limitată sau parțială (Tabel 3).

Pentru implementarea cu succes a Proiectului-Pilot privind modelul de îngrijire în sistem ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză din România și scalarea lui rapidă la nivelul întregii țări (în prezent, Proiectul-Pilot acoperă trei sectoare din municipiul București, cu o țintă de înrolare până la finalul anului 2020 de 200 de pacienți bolnavi cu TB), raportul se concentrează pe analiza și monitorizarea acelor segmente absente sau sub-utilizate în prezent în circuitul de tratament: asistența medicală comunitară/medierea sanitară, medicina primară și dispensarele de pneumoftiziologie.

# Implicarea asistenței medicale comunitare și a mediatorilor sanitari

## Rolul oficial al rețelei de asistență medicală comunitară în îngrijirea TB

Rețeaua de asistență medicală comunitară este formată din asistenți medicali comunitari, mediatori sanitari și moașe. Scopul acestei rețele este, conform legii, de a crește accesul populației și a grupurilor vulnerabile la servicii de sănătate indiferent de distanța față de furnizorul de servicii medicale, mediul de rezidență urban sau rural, statutul socioeconomic și educație. Se precizează explicit în lege prioritizarea serviciilor de prevenție ca scop al rețelei de asistență comunitară.

Rolul asistenților medicali comunitari (AMC) în circuitul de îngrijire a pacienților cu TB este menționat în câteva documente legale.

- ➔ În normele metodologice ale actului normativ care reglementează specific asistența medicală comunitară (OUG 18/2017) se specifică explicit rolul AMC în detectarea, administrarea sub directă observație a tratamentului și managementul (supravegherea) de caz.
- ➔ În legea privind măsurile de control a tuberculozei (Legea nr. 302/2018) se specifică rolul AMC în detectarea și administrarea sub directă observație a tratamentului, dar rolul este de suport al personalului medical sau de suplینire acolo unde accesul în dispensarele teritoriale de pneumoftiziologie este dificil.
- ➔ În Ghidul metodologic de implementare a Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei se specifică rolul AMC în detectarea și administrarea sub directă observație a tratamentului, dar rolul este de suport al personalului medical sau de suplینire acolo unde accesul în dispensarele teritoriale de pneumoftiziologie este dificil.

În formularele de raportare care trebuie completate de asistenții comunitari există 4 indicatori care se referă specific la persoanele cu tuberculoză. Doi dintre aceștia sunt incluși în fișa generală de raportare – „Adult cu TBC” și „Vârștnic cu TBC” -, iar ceilalți doi în fișa de raportare specifică copiilor – „Caz TBC în tratament” și „Copil contact TBC”. Asistenții medicali comunitari au posibilitatea de a raporta aceste date prin intermediul aplicației electronice [amcmsr.gov.ro](http://amcmsr.gov.ro), datele fiind centralizate la nivelul Ministerului Sănătății.

Principala diferență dintre asistentul medical comunitar și asistentul medical generalist, conform prevederilor legale, este că primul trebuie să aibă activitate de teren de cel puțin două treimi din timpul zilnic de lucru. Activitatea de mediere sanitară este mai restrânsă decât cea a AMC și se adresează specific populației de etnie romă, mediatorii oferind suport asistenților medicali comunitari în acest context. În fișa de raportare a mediatorilor sanitari nu există niciun indicator specific cazurilor de tuberculoză.

Trebuie menționat că în metodologia Proiectului-Pilot privind modelul de îngrijire în sistem ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză din România publicată în aprilie 2020 nu este menționat explicit rolul asistenților medicali comunitari (AMC), acesta părând a fi subsumat termenului mai general de asistent medical. Explicația acestei absențe este faptul că Proiectul-Pilot se derulează într-o zonă puternic urbanizată din municipiul București, unde numărul și rolul în comunitate al AMC este mai redus.

## Probleme identificate și vulnerabilități

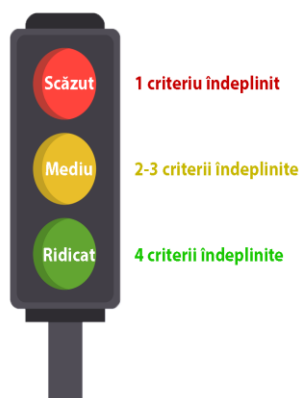
Datele publice privind rețeaua de asistență medicală comunitară sunt foarte limitate și de calitate scăzută. Ministerul Sănătății are legal obligația de a publica un raport anual privind activitatea de asistență comunitară la nivel național, dar până la momentul scrierii acestui raport, niciun astfel de raport nu a fost publicat.

Tabel 4. Nivelul de detaliere al rapoartele anuale ale DSP județene în domeniul asistenței medicale comunitare

*Nivelul de detaliere al rapoartelor anuale ale Direcțiilor de Sănătate Publică în privința Asistenței Medicale Comunitare*

### Criterii de detaliere:

- este specificat numărul personalului de asistență medicală comunitară
- sunt specificate localitățile în care există personal de asistență medicală comunitară
- există o detaliere numerică a beneficiarilor serviciilor de asistență medicală comunitară
- este detaliată activitatea personalului de asistență medicală comunitară



Direcțiile de Sănătate Publică Județene (DSP) au obligația de a include în rapoartele lor de activitate anuale numărul asistenților medicali comunitari și al mediatorilor sanitari din județul respectiv, precum și activitatea desfășurată. Doar jumătate dintre DSP-uri au publicat aceste date pentru anul 2019 și doar pentru 19 dintre cele 42 de DSP-uri calitatea acestor raportări este medie sau ridicată (Tabel 4).

Conform unei informări a Ministerului Sănătății din data de 23 mai 2019, la acel moment era asigurată finanțarea pentru 1556 de asistenți medicali comunitari și 470 de mediatorii sanitari.

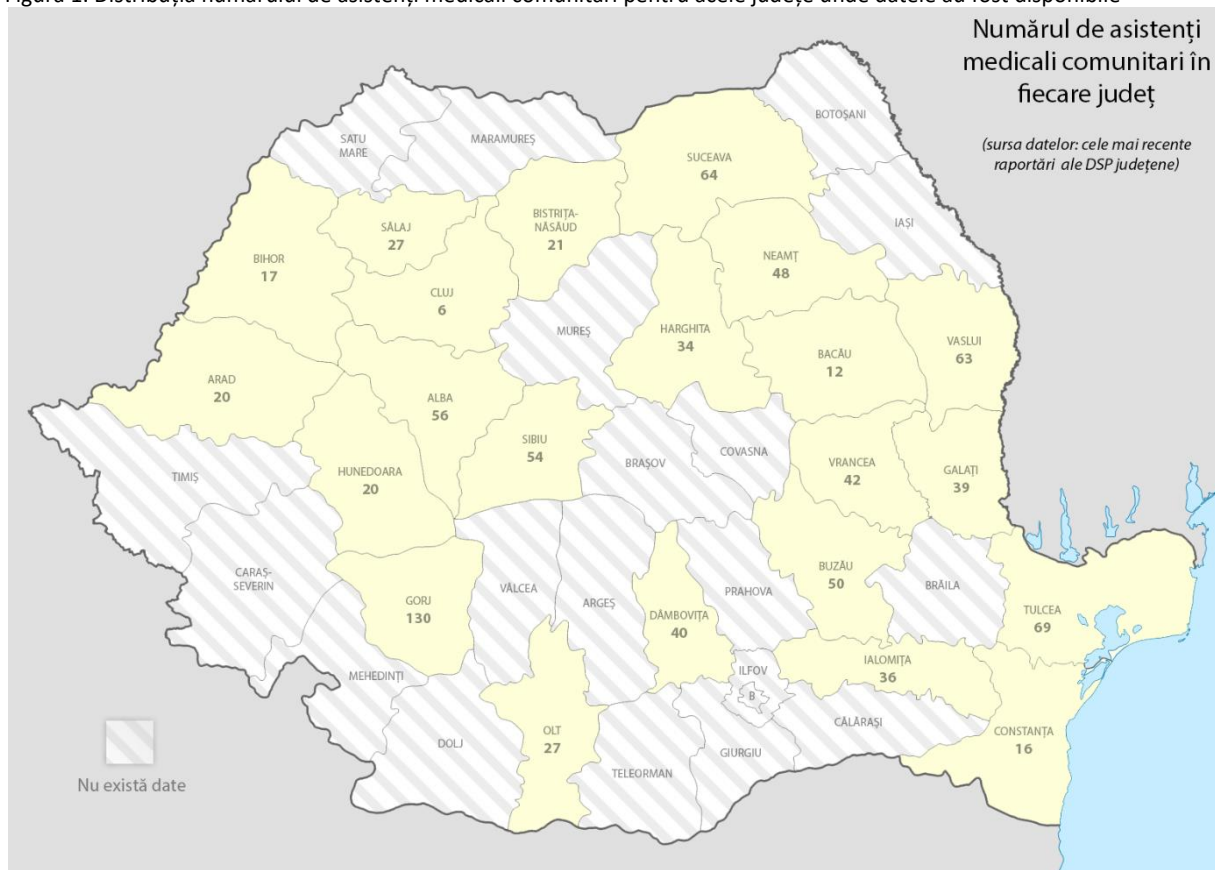
Conform raportărilor efectuate de cele 22 de DSP-uri pentru care datele referitoare la asistența comunitară au fost publicate, în România erau angajați în 2019 un număr de cel puțin 891 asistenți medicali comunitari și cel puțin 223 de mediatorii sanitari (pentru distribuția la nivel județean: Figura 1 și Figura 2).

Județ	Nivel de detaliere
Alba	Mediu
Arad	Ridicat
Argeș	Nu există date
Bacău	Ridicat
Bihor	Ridicat
Bistrița-Năsăud	Ridicat
Botoșani	Nu există date
Brașov	Nu există date
Brăila	Nu există date
București	Nu există date
Buzău	Mediu
Caraș-Severin	Nu există date
Călărași	Nu există date
Cluj	Mediu
Constanța	Mediu
Covasna	Nu există date
Dâmbovița	Mediu
Dolj	Nu există date
Galați	Mediu
Giurgiu	Nu există date
Gorj	Mediu
Harghita	Ridicat
Hunedoara	Scăzut
Ialomița	Ridicat
Iași	Nu există date
Ifov	Nu există date
Maramureș	Nu există date
Mehedinți	Nu există date
Mureș	Nu există date
Neamț	Mediu
Olt	Mediu
Prahova	Nu există date
Satu Mare	Nu există date
Sălaj	Scăzut
Sibiu	Ridicat
Suceava	Scăzut
Teleorman	Nu există date
Timiș	Nu există date
Tulcea	Mediu
Vaslui	Mediu
Vâlcea	Nu există date
Vrancea	Mediu

Implicarea reală a asistenței medicale comunitare în circuitul îngrijirii persoanelor cu TB este foarte dificil de evaluat în contextul unei penurii de date atât de pronunțate.

Date publice privind numărul de persoane cu TB luate în evidență de către AMC în anul 2019 sunt disponibile pentru doar 4 județe (Gorj, Ialomița, Suceava, Tulcea). Conform acestora, numărul total de adulți cu TB luați în evidență este de 1420, numărul de vârstnici cu TB luați în evidență este de 290, numărul de copii cu TB aflați în tratament este de 61 și numărul de copii contactați TB este de 246.

Figura 1. Distribuția numărului de asistenți medicali comunitari pentru acele județe unde datele au fost disponibile



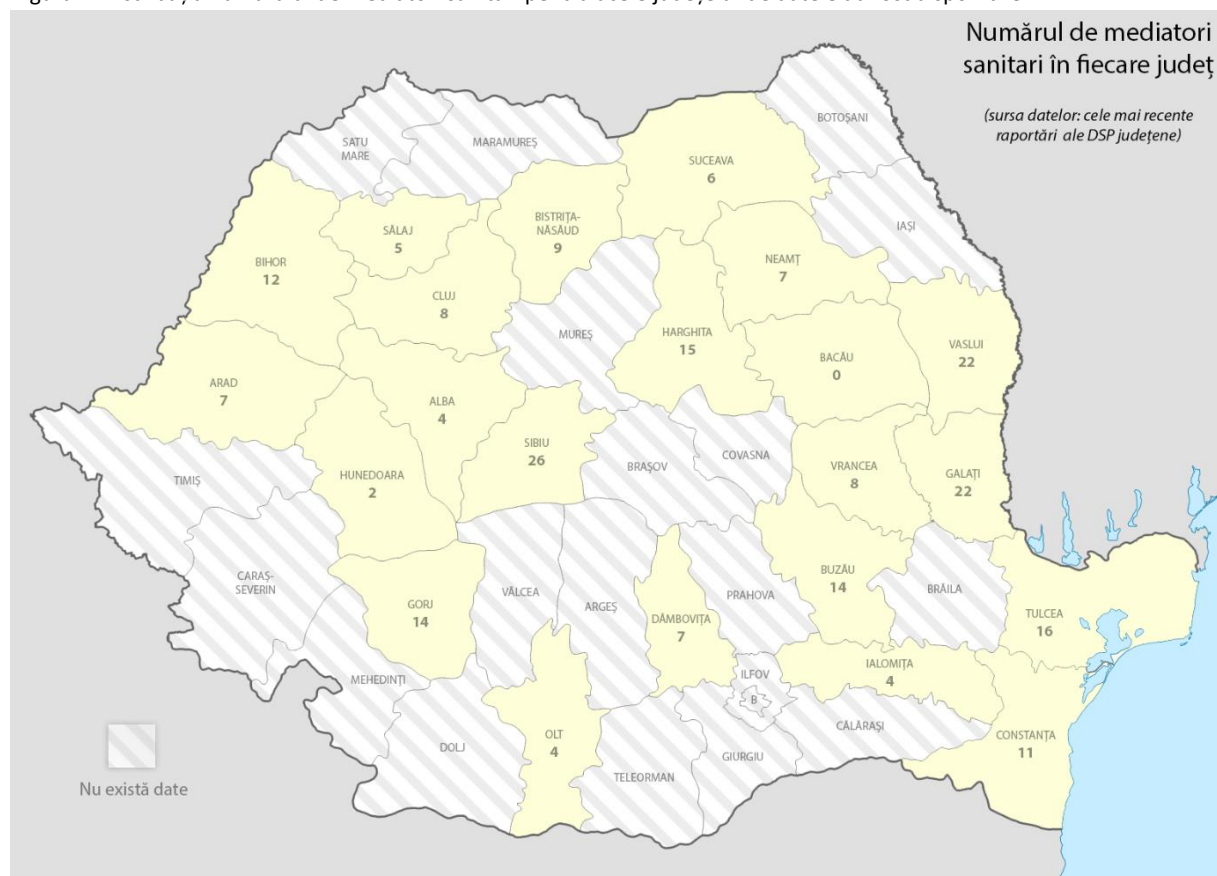
Concluzia cercetării calitative realizate pentru acest raport este că funcționalitatea asistenței medicale comunitare în circuitul specific TB este foarte limitată în România.

Intensificarea implicării asistenților medicali comunitari și a mediatorilor sanitari în serviciile ambulatorii adresate pacienților cu tuberculoză este posibilă doar în condițiile existenței unei rețele de asistență comunitară suficient de consistentă la nivel național.

Numărul de asistenți medicali comunitari și mediatorii sanitari la nivelul fiecărui județ are relevanță practică prin raportarea la dimensiunea populației deservite. Un asistent medical comunitar își poate desfășura activitatea la un nivel minim de calitate dacă deservește un maximum de 500 de persoane (conform HG 459/2010), în timp ce pentru un mediator sanitar pragul maxim de persoane consiliate este de 700. Evaluarea respectării acestor criterii a putut fi realizată pentru 9 județe, acolo unde datele publice disponibile au fost suficiente.

Se observă că în 6 dintre cele 9 județe analizate, asistentul medical comunitar trebuie să acopere un număr de beneficiari mai mare decât cel prevăzut legal. În cazul mediatorilor sanitari, în 7 din cele 8 județe analizate numărul beneficiarilor deserviți este mai mare decât cel prevăzut legal (Tabel 5).

Figura 2. Distribuția numărului de mediatorii sanitari pentru acele județe unde datele au fost disponibile



Situația poate avea efecte serioase asupra calității serviciilor oferite, existând județe unde asistenții medicali comunitari sunt nevoiți să acopere de două sau chiar de trei ori mai mulți beneficiari decât normalul prevăzut (județele Bihor și Sibiu). Cazul mediatorilor sanitari este chiar mai problematic, existând județe unde numărul beneficiarilor acoperiți este de până la 6 ori mai mare decât norma prevăzută legal (județele Ialomița și Dâmbovița).

Tabel 5. Numărul de beneficiari acoperiți de un singur asistent medical comunitar sau mediator sanitar

Județ	Număr de beneficiari acoperiți de un singur asistent medical comunitar	Număr de beneficiari acoperiți de un singur mediator sanitar
Arad	494	1411
Bacău	463	date nedisponibile
Bihor	1699	2406
Bistrița-Năsăud	799	1865
Constanța	325	472
Dâmbovița	550	3143
Harghita	785	1779
Ialomița	534	4804
Sibiu	1327	2757

Importanța asistențelor medicali comunitari este esențială în contextul unui număr semnificativ de localități din România în care nu există niciun medic de familie<sup>5</sup> și a unor județe unde nivelul de acoperire al dispensarelor de pneumoftiziologie raportat la incidența globală a TBC este sub medie.

O altă vulnerabilitate a rețelei de asistență medicală comunitară este prezența foarte redusă a centrelor comunitare integrate, a căror înființare și funcționare a fost legiferată încă din anul 2017 și depinde integral de autoritățile executive ale administrației publice locale. Conform unei informări a Ministerului Sănătății din iunie 2019, șapte centre comunitare pilot au fost înființate și sunt finanțate majoritar prin Programul de Cooperare Elvețiano-Român. Totodată, Ministerul Sănătății anunța înființarea a 139 de centre similare în viitorul apropiat, fără a se preciza un termen limită exact, centre finanțate prin fonduri europene structurale pentru care apelul de finanțare a fost publicat în decembrie 2019.

Concluzia cercetării calitative realizate pentru acest raport este că funcționalitatea centrelor comunitare integrate este foarte limitată în România.

În practică, Direcțiile de Sănătate Publică sunt cele care au cea mai strânsă colaborare cu AMC, fapt care reflectă prevederea legală prin care coordonarea tehnică a AMC se realizează de către DSP-uri. DSP-urile județene sunt responsabile și de determinarea priorităților și planurilor anuale în domeniu, cât și de organizarea programelor de instruire pentru personalul din rețeaua de asistență comunitară. Centralizarea acestei coordonări este localizată la Ministerul Sănătății, prin intermediul Unității de Incluziune Socială.

Colaborarea AMC cu medicii de familie este ocazională și datorită unor vicii ale circuitelor sistemice decizionale și de coordonare (Figura 4).

Dezvoltarea și asigurarea de servicii de asistență medicală comunitară este responsabilitatea autorităților administrației publice locale, dar legea introduce o mențiune importantă: această responsabilitate se exercită „în limitele resurselor umane și financiare existente” (conform OUG 18/2017).

Responsabilitatea finanțării rețelei de asistență medicală comunitară revine atât Ministerului Sănătății, care asigură transferuri de la bugetul de stat către autoritățile locale special pentru rețeaua de asistență comunitară, cât și autorităților locale care pot finanța serviciile de asistență medicală comunitară din bugetele locale.

Datele publice privind bugetele alocate pentru finanțarea asistenței medicale comunitare prin transferuri de la Ministerul Sănătății către autoritățile locale sunt limitate. În 2018 aceste date sunt explicit menționate doar pentru 20 de județe, iar în 2019 doar pentru 10 județe. Pe baza acestor date disponibile, în 2018 au fost alocați cel puțin 40.631.077 lei pentru finanțarea asistenței medicale comunitare, iar în 2019 cel puțin 30.147.026 lei. De remarcat variații mari de la un județ la altul, cu alocări de până la de 20 de ori mai mari în județele cel mai bine finanțate (Gorj și Tulcea) față de județele cele mai slab finanțate (Timiș și Satu-Mare).

Pe baza datelor publice disponibile, este imposibil de estimat ce proporție din aceste sume ajung să susțină managementul bolnavului cu tuberculoză, dar în prezent nu există stimulente financiare

---

<sup>5</sup> Societatea Națională de Medicină de Familie <https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1juDr1V2HfHRkGuDhcLOsnh-SyBh69RBx&hl=ro&ll=47.0872487462237%2C25.13470493447153&z=6>

speciale acordate AMC sau mediatorilor sanitari pentru identificarea sau managementul cazurilor de tuberculoză. În legea care stabilește salariile personalului medical din asistența comunitară (Legea 153/2017) nu sunt menționate specific ca funcții AMC sau mediatorii sanitari, AMC fiind asimilați asistenților medicali.

Funcționarea furnizorilor privați de asistență medicală comunitară este permisă în cadrul legal actual, dar nu a putut fi identificat niciun astfel de actor privat.

Principalul act legislativ care reglementează funcționarea rețelei de asistență medicală comunitară a fost publicat în 2017, dar normele metodologice de implementare au intrat în vigoare cu doi ani întârziere, abia în iunie 2019. Astfel de întârzieri și depășiri ale termenelor limită determinate legal nu sunt neobișnuite, chiar autoritățile centrale și locale nerespectând aceste termene legale (Tabel 6). Impactul poate fi unul serios. De exemplu, în lipsa unei metodologii prin care să poată fi sancționate autoritățile locale care nu respectă prevederile legale privind funcționarea asistenței medicale comunitare, practic litera legii rămâne moartă.

Tabel 6. Acțiunile prevăzute legal și stadiul îndeplinirii lor conform datelor publice disponibile în martie 2020

Acțiune prevăzută legal	Protocol cadru de colaborare cu medicii de familie	Standarde de cost și calitate pentru AMC	Curriculum de formare unitară a AMC	Metodologia privind aplicarea sancțiunilor în cazul nerespectării legislației AMC	Publicarea normelor pentru furnizorii privați de AMC
Termen stabilit legal	Octombrie 2019	Iunie 2020	Iunie 2020	Septembrie 2019	August 2019
Stadiu	<b>Depășit</b>	<b>În derulare</b>	<b>În derulare</b>	<b>Depășit</b>	<b>Depășit</b>

## Implicarea medicinei primare (medicii de familie)

### Rolul oficial al medicinei primare în îngrijirea TB

Medicii de familie ar trebui să dețină un rol important în circuitul îngrijirii pacientului cu tuberculoză, conform cadrului legal existent în prezent în România. În atribuțiile lor intră identificarea și trimiterea suspecților TB către diagnostic, identificarea contactilor bolnavilor TB și asigurarea finalizării cu succes a tratamentului anti-tuberculos.

Medicii de familie sunt implicați în diferite etape ale circuitului de îngrijire a pacientului cu tuberculoză în fiecare dintre cele 3 modele prezentate mai sus. Conform PN-TB, medicul de familie ar trebui să joace un rol în etapa de detecție și de administrare a tratamentului sub directă observație. În Proiectul-Pilot, la cele două arii menționate anterior este adăugată cea a monitorizării evoluției și a răspunsului la tratament. În modelul propus de Biroul Regional European al Organizației Mondiale a Sănătății, medicina primară primește un rol în etapa de diagnostic clinic.

În plus, medicii de familie au un rol semnificativ de coordonare a personalului din rețeaua de asistență medicală comunitară (conform normelor OUG 18/2017), care au datoria inclusiv de a le raporta acestora activitatea în teritoriu.

## Probleme identificate și vulnerabilități

Din perspectiva stimulentei financiare, în prezent în Contractul Cadru al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CoCa) este prevăzută plata a 40 de puncte pe lună pentru administrarea tratamentului sub directă observație pacienților cu tuberculoză, dar cu condiția realizării schemei complete de tratament și doar pentru bolnavii asigurați care se regăsesc pe lista pacienților medicului respectiv. Pentru detectarea activă a unui nou caz de tuberculoză, CoCa prevede acordarea a 5,5 puncte pentru o consultație. Astfel, la nivelul valorii maxime acordate în 2019 pentru un punct/serviciu conform CoCa (valoarea din trimestrul 2 din 2019 de 3,74 lei), un medic de familie este recompensat cu maximum 149,6 lei lunar pentru administrarea tratamentului sub directă observație unui pacient cu tuberculoză și 20,57 lei pentru consultația în care a fost descoperit activ un caz nou de tuberculoză. Pentru comparație, valoarea stimulentei financiare pentru detectarea și confirmarea unui caz oncologic de către medicul de familie este de trei ori mai mare decât în cazul tuberculozei.

Conform propunerilor din Proiectul-Pilot, implicarea medicului de familie în circuitul de îngrijire TB este stimulată printr-o relaxare birocratică: biletul de trimitere a pacientului suspect de TBC la dispensarul de pneumoftiziologie nu mai este obligatoriu să fie completat de medicul de familie, dar totuși recomandarea este menținută. Stimulente financiare nu sunt menționate.

Concluzia cercetării calitative realizate pentru acest raport este că implicarea practică a medicinei primare în circuitul de îngrijiri TB este una parțială, efectuată pe baza bunelor relații de colaborare profesională între indivizi, nu ca efect al unor stimulente sistemice. Această constatare se menține atât pentru etapa de detecție, cât și pentru cea de administrare a tratamentului sub directă observație.

În lipsa introducerii unor stimulente financiare sau de altă natură dedicate medicilor de familie, este greu de crezut că va apărea o intensificare spontană a implicării reale a medicinei primare în circuitul de îngrijiri TB. Simpla menționare a acestui rol în diferitele modele propuse sau în vigoare, fără crearea acestui cadru concret și pragmatic, nu este suficientă.

## Dispensarele de Pneumoftiziologie

### Rolul oficial al dispensarelor în îngrijirea TB

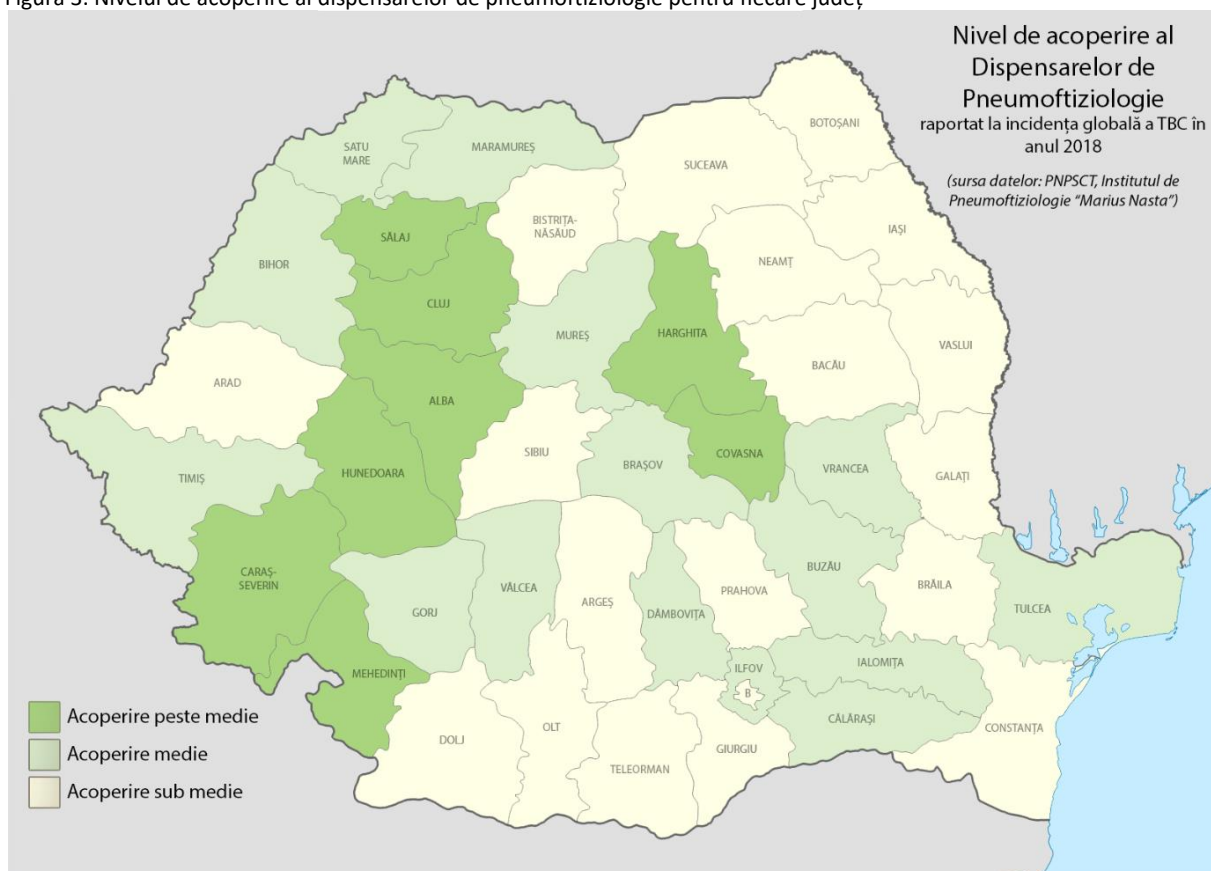
Dispensarele de Pneumoftiziologie (DPF) sunt principala entitate responsabilă de aplicarea și monitorizarea programului național de tuberculoză în teritoriul deservit și principala unitate medicală care oferă servicii TB în regim ambulatoriu. La acest nivel, pacientul ar trebui să fie diagnosticat, investigat și se decide dacă va fi trimis spre internare sau nu. DPF reprezintă și principalul loc unde sunt oferite servicii medicale conform modelului propus de Proiectul-Pilot.

## Probleme identificate și vulnerabilități

În România există 176 dispensare de pneumoftiziologie, cu o medie de 4 dispensare pe județ. Raportat la incidența globală a TBC pentru fiecare județ, se remarcă o variație semnificativă a nivelului de acoperire al DPF în funcție de județe. Se observă că județele din sud-vestul și estul României au o acoperire mai redusă (Figura 3), ceea ce indică către o vulnerabilitate mai mare a

acestor județe în succesul implementării reformei îngrijirilor din sistemul ambulatoriu pentru pacienții cu tuberculoză și nevoia unei prioritizări a investițiilor în asistența medicală comunitară.

Figura 3. Nivelul de acoperire al dispensarelor de pneumoftiziologie pentru fiecare județ



Dat fiind rolul esențial jucat de DPF în reforma îngrijirilor în sistemul ambulatoriu pentru pacienții cu tuberculoză și implicarea acestora, conform atât Proiectului-Pilot cât și modelului OMS, în toate segmentele circuitului de îngrijire TB, dotarea materială și umană suficientă a tuturor DPF devine o condiție importantă pentru succesul acestei reforme.

Din cercetarea calitativă derulată pentru acest raport a rezultat că dotările tehnice variază considerabil între dispensarele de pneumoftiziologie. Dintre cele 176 DPF, doar 17% pot efectua teste rapide pentru identificarea tuberculozei în formele cu microscopie negativă.

Testele moleculare rapide reprezintă un pas esențial în protocolul de diagnosticare conform Proiectului-Pilot, efectuarea acestora fiind o condiție importantă pentru inițierea tratamentului în ambulatoriu. Astfel, inițierea tratamentului antituberculos în ambulatoriu poate fi considerabil întârziată afectând succesul regimului terapeutic și scalarea modelului propus în Proiectul-Pilot la nivelul întregii țări.

Dotarea redusă a dispensarelor de pneumoftiziologie din localitățile mici și din județele sărace este o caracteristică frecvent menționată de practicienii consultați în timpul acestei cercetări.

# Bariere în implementarea și scalarea îngrijirilor medicale în ambulatoriu pentru bolnavii cu tuberculoză

- ✚ **Întârzierea dezvoltării rețelei de asistență medicală comunitară în România cauzată de lipsa de interes a autorităților centrale și locale pentru domeniu.**

Deși rolul asistenței medicale comunitare în circuitul de îngrijire a pacienților cu TB este menționat în trei documente legislative importante din România, dar și în modelul propus de Organizația Mondială a Sănătății, implementarea acestui rol în practică este întârziat de numeroși factori.

1. Normele metodologice care permit implementarea asistenței medicale comunitare au fost publicate cu doi ani **întârziere** față de termenul prevăzut legal. Un număr important de alte termene stabilite legal nu sunt respectate de autoritățile centrale, printre acestea numărându-se de exemplu protocolul-cadru de colaborare între asistenții medicali comunitari și medicii de familie, pentru a cărui elaborare responsabilitii instituționali sunt Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate.
2. Aceași lipsă de interes se manifestă și la nivelul agențiilor descentralizate de la nivel local. Jumătate din direcțiile de sănătate publică județene nu au publicat niciun fel de date referitoare la rețeaua de asistență medicală comunitară, deși este obligația lor legală să o facă. Acolo unde **datele** sunt publicate, calitatea lor este, în multe cazuri, scăzută.
3. Numărul de asistenți medicali comunitari și mediatori sanitari este **subdimensionat** față de nevoi. În 6 din cele 9 județe analizate, asistenții medicali comunitari trebuie să acopere un număr de beneficiari mai mare decât cel prevăzut legal.

*“Primăria ne strânge cu ușa să ne ducem la meciuri să facem asistență medicală pe gratis. Primarul zice: păi cum să mai plătesc pe alții când eu am aici asistente plătite la primărie?”*

*Asistent Medical Comunitar*

---

4. Deși din punct de vedere legal responsabilitatea asigurării de asistență medicală comunitară revine autorităților publice locale, această responsabilitate este una diluată tot prin prevederile legale care menționează că obligația autorităților locale există doar în “limita resurselor umane și financiare disponibile”. Asistenții medicali comunitari încheie contracte de muncă încadrate în aparatul de specialitate al primarului sau în centrele comunitare integrate organizate de administrația publică locală. Cum existența acestor centre comunitare este excepțională, primăria din localitate este principalul factor de decizie care poate influența pozitiv sau negativ funcționalitatea rețelei de asistență comunitară în

localitatea respectivă. Autoritățile locale **nu pot fi sancționate** pentru nerespectarea legii privind asistența medicală comunitară deoarece metodologia privind aplicarea acestor sancțiuni încă nu a fost publicată.

*“Noi suntem cazați în sala de ședințe, de unde suntem mutați absolut peste tot în primărie, chiar și în mașină, ca să facem loc pentru ședințe. Pe vremuri aveam o trusă medicală, acum nici măcar naveta nu ne mai e decontată.”*

*Asistent Medical Comunitar*

---

5. Implicarea asistentului medical comunitar în circuitul îngrijirii pacienților cu TB nu beneficiază de **stimulente financiare** sau de altă natură. O concluzie a cercetării calitative realizate pentru acest raport a fost dotarea foarte redusă a AMC cu echipament de bază necesar desfășurării activității.

*“Suntem pleaba sistemului. Suntem prea puțini pentru atât de multe probleme.”*

*Asistent Medical Comunitar*

---

6. **Colaborarea** asistenților medicali comunitari cu medicii de familie și cu medicii din dispensarele de pneumoftiziologie este restrânsă și stimulată mai curând de relații interpersonale, decât de stimulente sistemice. Această situație influențează negativ administrarea tratamentului anti-tuberculos sub directă observație la domiciliu. Deși din punct de vedere legal relația dintre medicina primară și rețeaua de asistență comunitară ar trebui să fie una foarte strânsă, în teren AMC interacționează mai frecvent cu personalul din cadrul direcțiilor de sănătate publică județene, personal care nu este parte a circuitului de îngrijiri a pacientului cu tuberculoză.

Putem concluziona că așezarea asistentului medical comunitar în arhitectura administrației publice este una vagă: contractat și cu mijloace de lucru dependente de Primărie, plătit din fonduri venite de la Ministerul Sănătății, coordonat tehnic de către Direcțiile de Sănătate Publică județene și cu activitate în teren sub îndrumarea medicului de familie, asistentul medical comunitar este al tuturor și al nimănu.

#### **Implicarea insuficientă a medicinei primare în dezvoltarea rețelei de asistență în ambulatoriu pentru pacienții cu tuberculoză**

Medicii de familie sunt incluși ca verigă importantă în mai multe segmente din circuitul de îngrijire al pacienților cu tuberculoză în toate modelele de reformă a sistemului de îngrijire în ambulatoriu, inclusiv în România. Cu toate acestea, una dintre concluziile solide ale cercetării calitative realizate

pentru acest raport a fost implicarea **parțială** a medicinei primare în îngrijirea în ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză.

„Problemele în colaborarea cu medicii de familie” sunt menționate și la capitolul Riscuri din Proiectul-Pilot, soluția propusă fiind cea de instructaj pentru medicii de familie în cadrul unor conferințe sau prin trimiterea unei scrisori metodologice despre trecerea la modelul de îngrijire TB centrat pe pacient în ambulatoriu.

Rolul medicinei primare în acest circuit este clar și corect definit. Însă lipsesc stimulentele financiare sau de altă natură prin care acest rol să devină realitate. Identificarea activă a unui pacient oncologic, confirmată ulterior prin diagnosticul medicului specialist, este recompensată financiar de 3 ori mai mult decât identificarea unui pacient cu tuberculoză.

Este un exemplu clasic de situație în care litera legii riscă să rămână moartă în absența unui cadru care să favorizeze implementarea sa prin stimulentele adecvate.

#### **Dotarea tehnică neuniformă a dispensarelor de pneumoftiziologie de pe teritoriul României**

În România, media dispensarelor de pneumoftiziologie este de 4 în fiecare județ, cu județe precum Brăila, Bistrița, Botoșani sau Sibiu aflate la extrema minimă de două dispensare, și județul Hunedoara la extrema maximă de șapte dispensare. Privite astfel, cifrele par să dea impresia unei acoperiri satisfăcătoare. În realitate însă, există o variație semnificativă a nivelului de acoperire al DPF în funcție de județe raportat la incidența globală a TBC pentru fiecare județ, precum și o variație considerabilă între dotările și capacitățile tehnice ale acestor dispensare.

Evaluarea acoperirii reale a DPF la nivelul fiecărui județ este importantă deoarece există situații în care pacienții trebuie să se deplaseze pe **distanțe mari** până la cel mai apropiat DPF, situație particulară pentru care trebuie prevăzut un circuit special în care rolul AMC și al medicinei primare să fie central în tratamentul ambulator. Această situație particulară nu este considerată în propunerile actuale de reformă a asistenței ambulatorii pentru pacienții cu tuberculoză.

Dotarea redusă a DPF este o barieră importantă în scalarea la nivel național a Proiectului-Pilot, deținerea de mijloace tehnice care să permită efectuarea de teste rapide de diagnostic fiind o componentă importantă a modelului propus prin Proiectul-Pilot. Una dintre concluziile solide ale cercetării calitative efectuate pentru acest raport este această dotare tehnică redusă în peste jumătate dintre dispensarele de pneumoftiziologie din țară.

## Recomandări

Date fiind caracteristicile specifice României (descrise în paginile anterioare), ingredientul esențial în succesul scalării la nivel național a modelului de îngrijire în sistem ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză din România este implicarea actorilor din comunitatea locală în asigurarea serviciilor pentru pacienți. Acești actori locali pot fi asistenții medicali comunitari, medicii de familie și organizațiile societății civile care derulează activități la nivel local.

### **1. Prioritizarea investițiilor în județele vulnerabile pentru a asigura sustenabilitatea scalării la nivel național a modelului de îngrijire în ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză și monitorizarea activă și periodică a indicatorilor relevanți**

Cei trei actori care pot și trebuie să joace un rol important în oferirea serviciilor medicale în ambulatoriu pentru pacienții cu tuberculoză sunt: dispensarele de pneumoftiziologie, medicina primară și asistența medicală comunitară. Proiectul-Pilot se derulează în trei sectoare ale municipiului București, zone intens urbanizate și cu o afluență economică net superioară celorlalte zone din țară. În același timp, pot fi identificate regiuni sau județe unde implementarea serviciilor medicale în ambulatoriu pentru pacienții cu tuberculoză va fi mai problematică deoarece fiecare dintre cei trei actori mai devreme menționați sunt vulnerabilizați.

Prin urmare, în contextul unor resurse financiare și umane limitate, este recomandabilă din punct de vedere al asistenței ambulatorii acordate pacienților cu tuberculoză, prioritizarea acelor județe unde sunt întrunite simultan următoarele condiții:

1. Acoperirea dispensarelor de pneumoftiziologie raportată la incidența TBC este sub medie.
2. Gradul de încărcare al asistenților medicali comunitari depășește norma prevăzută legal.
3. Existența în județ a cel puțin 10 localități fără medic de familie.

Pentru operaționalizarea unei astfel de strategii de priorizare specifică politicilor de sănătate, este necesară o colectare și disponibilitate a datelor solidă și, în limita resurselor existente, automatizată la toate nivelurile circuitului de îngrijiri. În continuare sunt prezentate pe scurt trei studii de caz care exemplifică posibila operaționalizare a acestei strategii de priorizare, alături de dificultățile inerente.

## Studiu de caz

Pe baza datelor publice disponibile în prezent, județul Sibiu a fost identificat ca fiind aflat într-o situație de vulnerabilitate deoarece toate cele 3 condiții sunt întrunite:

- Acoperirea dispensarelor de pneumoftiziologie raportată la incidența TBC este sub medie.
- Gradul de încărcare al asistenților medicali comunitari depășește de peste două ori norma prevăzută legal.
- Există un număr de 10 localități fără medic de familie.

Prin urmare, implementarea serviciilor medicale oferite în ambulatoriu pentru pacienții cu tuberculoză în județul Sibiu și scalarea acestora pentru a oferi acces echitabil tuturor pacienților din județ va fi mai dificilă decât în alte regiuni ale țării. Intervențiile de sprijin financiar și logistic ar trebui prioritizate pentru județe cu profil similar unde se dorește reformarea serviciilor medicale în ambulatoriu pentru pacienții cu tuberculoză.

În cazul altor județe, precum județul Tulcea, nu se poate realiza o analiză încrucișată similară din cauza absenței datelor publice necesare. Dintre cele 14 localități fără medic de familie, 12 au un asistent medical comunitar sau un mediator sanitar, dar nu se poate estima numărul de beneficiari acoperiți de un asistent medical comunitar.

Un alt caz particular este județul Bihor unde localitățile fără medic de familie sunt cazuri excepționale, iar acoperirea dispensarelor de pneumoftiziologie este una medie, dar există o supra-încărcare considerabilă a asistenților medicali comunitari, cu depășiri de 3 ori mai mari decât norma permisă legal. În județe cu un astfel de profil, implicarea medicilor de familie este o condiție importantă a succesului unei reforme a serviciilor medicale în ambulator pentru pacienții cu tuberculoză.

Dezvoltarea neuniformă între județe a rețelelor de asistență medicală comunitară, de medicină primară și a serviciilor ambulatorii specifice TB, impune implementarea proiectelor de reformă a sistemului ambulatoriu adaptată la punctele tari și punctele slabe ale fiecărui județ în parte. O astfel de abordare susținută pe baza unor analize încrucișate similare celei descrise mai sus, va crește succesul reformei serviciilor de sănătate în ambulatoriu destinate pacienților cu tuberculoză.

Evaluarea periodică și independentă a dimensiunilor sistemice prezentate mai sus (Tabel 1), și a unor indicatori specifici și necesari pentru funcționarea circuitului de îngrijire în ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză, este necesară. Nu poți îmbunătăți ceea ce nu este monitorizat și măsurat, iar astfel de acțiuni transparente de monitorizare pot contribui la succesul scalării la nivel național a proiectelor-pilot de îngrijire a pacienților cu TB în ambulatoriu și a îmbunătățirii acestora.

În lipsa unor metode de prioritizare și a dezvoltării unui sistem de monitorizare activă a indicatorilor relevanți, există o posibilitate crescută ca scalarea la nivel național a Proiectului-Pilot să producă mai multă inechitate decât beneficii pentru pacienții cu tuberculoză din România.

## 2. Modificarea stimulentele financiare acordate medicilor de familie implicați în circuitul îngrijirii ambulatorii pentru pacienții cu TBC

**Acțiune recomandată:** Creșterea numărului de puncte acordat pentru administrarea tratamentului direct observat (DOT) pentru bolnavul TB de către medicul de familie, precum și a numărului de puncte acordat detectării active a unui caz nou de tuberculoză.

### **Argumente:**

DOT face parte din pachetul de servicii de bază în asistența medicală primară, în timp ce detectarea activă a unui caz nou de TB de către medicul de familie este inclus în pachetul minimal de servicii medicale la care au acces și cetățenii fără asigurare medicală.

Conform Contractului-Cadru în vigoare, se acordă medicului de familie 40 de puncte / lună / asigurat cu condiția realizării schemei complete de tratament. Conform recomandărilor în vigoare, putem estima necesitatea prezentării pacientului cu TB de 20 de ori pe lună la cabinetul medicului de familie, rezultând un total de 2 puncte pentru fiecare administrare directă sub observație.

Spre comparație, pentru fiecare consultație periodică de evaluare a adultului asimptomatic sau pentru consultații periodice lunare de îngrijire generală a asiguraților cu boli cronice se acordă 5,5 puncte/consultație. Administrarea tratamentului direct observat nu este inclus printre serviciile oferite la domiciliu care beneficiază de o valoare mai mare.

În pachetul minimal de servicii medicale se prevede acordarea a 5,5 puncte pentru maximum o consultație per caz TB nou descoperit activ de medicul de familie. Spre comparație, în cadrul aceluiași pachet minimal se acordă 15 puncte pentru constatarea decesului la domiciliu cu sau fără eliberare de certificat constatator sau 15 puncte pentru fiecare caz oncologic suspionat de medicul de familie și confirmat de medicul specialist.

În prezent, stimularea financiară a activității medicilor de familie în îngrijirea bolnavilor cu TBC în regim ambulatoriu nu are un nivel suficient de ridicat. Concluzia că îngrijirea în ambulatoriu a bolnavilor cu TBC nu este o prioritate reală în sistemul medical românesc, în ciuda declarațiilor oficiale sau a diferitelor prevederi legale, este întărită de comparația nivelului de stimulare financiară cu alte patologii la fel de grave sau cu manevre medicale care nu reprezintă priorități de sănătate publică.

**Legea asupra căreia trebuie operate modificări:** Normele metodologice de aplicare a Contractului-Cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

### 3. Deblocarea furnizării de servicii de asistență medicală comunitară de către cabinetele de medicină de familie și de alți furnizori privați

**Ațiune recomandată:** Publicarea procedurilor de autorizare și contractare de servicii de asistență medicală comunitară pentru cabinetele de medicină de familie și alți furnizori privați. Armonizarea prevederilor legale pentru a permite finanțarea cabinetelor de medicină de familie care furnizează servicii de asistență medicală comunitară.

**Argumente:**

Cabinetele de medicină de familie se pot organiza ca furnizori de asistență medicală comunitară. Similar, operatorii privați acreditați și autorizați pot furniza asistență medicală comunitară.

Aceste opțiuni sunt însă blocate în prezent deoarece nu a fost publicat nici modelul autorizației de funcționare pentru operatorii privați, nici modelul contractului de furnizare de servicii de asistență medicală comunitară. Conform termenelor prevăzute în lege, acestea ar fi trebuit publicate încă din august 2019. Practic, această întârziere duce la blocarea procedurilor de autorizare, acreditare și contractare.

Pentru a oferi servicii de medicină comunitară, cabinetele de medicină de familie se pot organiza ca furnizori privați de asistență medicală comunitară și trebuie să încheie contracte cu autoritățile teritoriale de sănătate publică (conform Legii 95/2006). În același timp, furnizorii privați de asistență medicală comunitară pot fi finanțați prin transferuri de la bugetul de stat către bugetele locale (conform Legii 180/2017). Cele două prevederi trebuie armonizate pentru a permite finanțarea cabinetelor de medicină de familie pentru serviciile de asistență medicală comunitară.

**Legea asupra căreia trebuie operate modificări:** Respectarea de către Ministerul Sănătății a termenelor prevăzute în Normele Metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară, articolul 38 și articolul 41.

Armonizarea articolului 13 din Legea 180/2017 cu articolul 85, litera e din legea 95/2006.

### 4. Refacerea modelului de responsabilități în administrarea tratamentului antituberculos sub directă observare

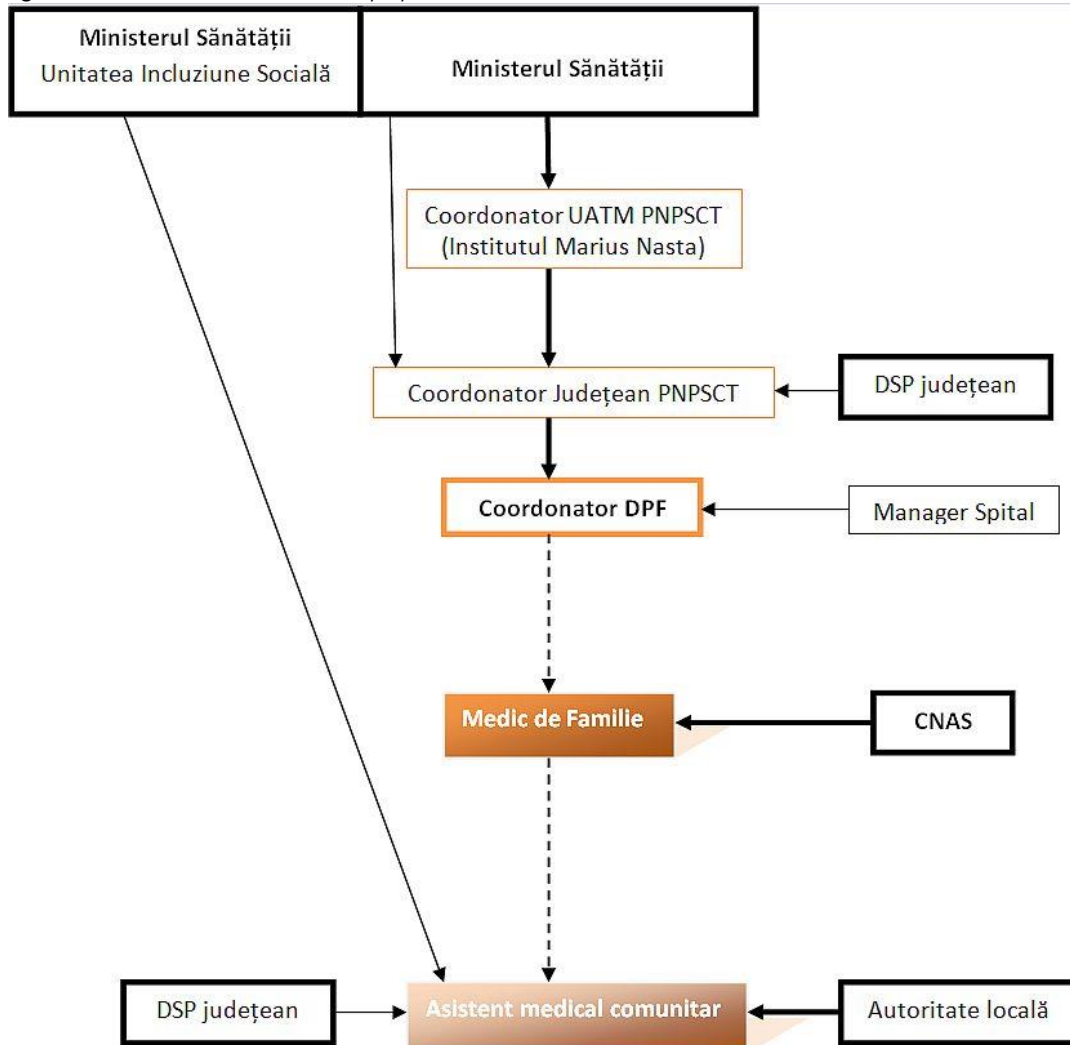
**Ațiune recomandată:** Refacerea circuitul decizional și de responsabilități în administrarea tratamentului sub directă observare deoarece modalitatea în care funcționează în prezent duce intrinsec la defecte de funcționare.

**Argumente:**

Administrarea tratamentului sub directă observare poate fi realizată în dispensarul de pneumoftiziologie (DPF) și, dacă aceasta nu este posibil, în cabinetul medicului de familie sau la domiciliu. Există numeroase categorii profesionale care pot realiza DOT, dar există o discontinuitate majoră între segmentul cu atribuții de execuție și cel cu atribuții de management și control al implementării îngrijirii în ambulatoriu pentru pacienții cu tuberculoză (Figura 4).

Pentru situațiile în care pacientul nu se poate deplasa zilnic la DPF pentru administrarea tratamentului sub directă observare, medicul de familie sau asistentul medical comunitar devin nodurile esențiale pentru funcționalitatea tratamentului în ambulatoriu. Există însă o nealiniere majoră între sistemul de responsabilități și cel de monitorizare în special la nivelul medicinei primare.

Figura 4. Schema sistemului de execuție și control în DOT



Liniile întrerupte reprezintă o relație de colaborare, fără subordonare și instrumente de modulare a implicării.

Liniile continue îngroșate reprezintă relații de subordonare cu existența unor instrumente de modulare.

Liniile continue subțiri reprezintă relații de subordonare fără existența unor instrumente de modulare a implicării.

UATM-PNPSCT: Unitatea de Asistență Tehnică a Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei

DSP: Direcția de Sănătate Publică

DPF: Dispensar de Pneumoftiziologie

Deși furnizorii de asistență medicală primară au obligația legală să efectueze tratamentul bolnavilor sub directă observație, actorul care are în atribuții supervizarea și îndeplinirea acestei obligații – coordonatorul tehnic al DPF – nu are instrumente prin care să poată modula implicarea medicilor de familie. Singurul actor instituțional care are astfel de instrumente este Casa Județeană de Asigurări de Sănătate, dar această instituție nu are atribuții în sistemul de îngrijiri al bolnavilor cu tuberculoză, logica sub care funcționează fiind serviciul medical efectuat => serviciul medical plătit.

Această fractură se transmite și la nivelul asistentului medical comunitar care, în domeniul TB, lucrează sub coordonarea și supervizarea medicului de familie, dar se subordonează legal autorității locale în cadrul căreia este contractat (de exemplu primăria) și tehnic DSP județean.

De altfel, modalitatea prin care furnizorii de asistență medicală primară pot fi sancționați este prin intermediul Codului Penal, articolul 352 care face referire la nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infecto-contagioase, dacă a avut ca urmare răspândirea unei asemenea boli. Considerăm însă că acesta este un instrument total inadecvat pentru modularea implicării furnizorilor de asistență medicală primară în administrarea tratamentului sub directă observație.

În privința asistențelor medicali comunitari, aceștia pot fi sancționați sau stimulați de către autoritățile locale și DSP județene, dar nu de medicul de familie și nici de coordonatorul tehnic al DPF, actorii la curent în mod real cu nivelul de implicare al AMC în administrarea tratamentului sub directă observație.

**Legea asupra căreia trebuie operate modificări:** Precizarea de sancțiuni și stimulente pentru îndeplinirea obligațiilor prevăzute în Legea 302 din 2018 la aliniatul 4 din articolul 20 și la articolul 26. Pentru acestea, este nevoie de aprobarea și publicarea unor norme metodologice la Legea 302/2018.

## 5. Îmbunătățirea dotărilor tehnice de la nivelul Dispensarelor de Pneumoftiziologie și al rețelei de asistență medicală comunitară

**Acțiunea recomandată:** Actualizarea și extinderea Planului Centralizat al necesarului de echipamente și consumabile pentru rețeaua laboratoarelor TB. Derularea unei operațiuni de monitorizare la nivel național a respectării standardelor minime de dotare a asistențelor medicali comunitari.

### **Argumente:**

Posibilitatea efectuării investigațiilor paraclinice și imagistice reprezintă o verigă esențială în diagnosticarea pacientului cu tuberculoză și, conform Proiectului-Pilot, și în decizia de inițiere a tratamentului în ambulatoriu unde este necesară posibilitatea efectuării de teste genetice. Una dintre concluziile cercetării calitative efectuate pentru acest raport este dotarea tehnică insuficientă a dispensarelor de pneumoftiziologie din teritoriu, respectiv a laboratoarelor TB.

Din punct de vedere legal, din cele 40-45 laboratoare TB prevăzute să funcționeze până la finalul anului 2020 (2 naționale, 8 regionale și 30-35 de nivel II) este prevăzută dotarea cu sisteme genetice tip Line Probe Assay la cele 10 laboratoare naționale și regionale și cu sisteme genetice pentru epidemiologie moleculară doar la cele 2 laboratoare naționale. Pe de altă parte, chituri pentru platforma GeneXpert sunt prevăzute a fi disponibile în toate cele 40-45 de laboratoare.

Practic, scalarea la nivel național a modelului prezentat în Proiectul-Pilot este imposibilă în absența asigurării consumabilelor necesare pentru testările efectuate pe platforma GeneXpert sau pentru platforme de genetică moleculară de alt tip la nivelul tuturor DPF-urilor. Este necesară realizarea unei

analize de cost-beneficiu pentru a explora oportunitatea dotării cu sisteme de diagnostic rapid cel puțin în fiecare județ din țară.

Așteptarea ca pacienții să se deplaseze pe distanțe uneori mari până în punctele unde astfel de dotări sunt disponibile este nerealistă și reprezintă o barieră în calea accesului la cel mai bun diagnostic și tratament.

Una dintre concluziile cercetării calitative efectuate pentru acest raport este dotarea tehnică insuficientă a asistenților medicali comunitari. Direcțiile de Sănătate Publică județene trebuie să se asigure că standardele minime de dotare pentru trusa medicală și pentru echipamente nemedicale sunt respectate de către primăriile care au încadrate asistenți medicali comunitari.

**Legea asupra căreia trebuie operate modificări:** Actualizarea și extinderea Planului Centralizat al necesarului de echipamente și consumabile pentru rețeaua laboratoarelor de TB (publicat în Monitorul Oficial 88 bis din 30.01.2018), împreună cu alocările bugetare corespunzătoare.

## 6. Raportarea corectă și de calitate a datelor referitoare la activitatea rețelei de asistență medicală comunitară

**Acțiunea recomandată:** Respectarea prevederii legale de publicare anuală a Raportului cu privire la asistența medicală comunitară, responsabil de această publicare fiind Unitatea de Incluziune Socială din cadrul Ministerului Sănătății. Sancționarea conducerii DSP județene care nu respectă obligațiile legale de raportare a datelor despre asistența medicală comunitară.

### **Argumente:**

Datele referitoare la activitatea de asistență medicală comunitară se raportează lunar online în aplicația amcmsr.gov.ro, iar coordonatorii județeni de asistență medicală comunitară din cadrul DSP județene monitorizează și evaluează această activitate.

Una dintre concluziile solide ale cercetării efectuate pentru acest raport este că jumătate din DSP județene nu fac publice rezultatele acestor monitorizări, iar acolo unde aceasta se întâmplă calitatea datelor raportate este adesea scăzută, neuniformă între diferitele DSP și nearmonizată cu terminologia recomandată în cadrul Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei.

Asistenții medicali comunitari raportează date cu privire la adult sau vârstnic cu TB sau copil suspect și copil aflat în tratament pentru TB. Acest mod imprecis și sumar de raportare nu precizează dacă AMC monitorizează un caz nou, o recidivă, un retratament pentru eșec sau unul pentru abandon. Astfel de informații influențează deciziile de politici de sănătate cu privire la rețeaua de asistență medicală comunitară și nevoile acesteia.

**Legea asupra căreia trebuie operate modificări:** Respectarea termenelor legale prevăzute în OUG 18/2017 și în normele metodologice de aplicare.

## 7. Întărirea capacității de inspecție și sancționare reală a autorităților locale care nu respectă legislația din domeniul asistenței medicale comunitare

**Acțiune recomandată:** În prezent, măsurile adoptate împotriva autorităților locale care nu-și respectă obligațiile legate de asistența medicală comunitară sancționează mai degrabă beneficiarii și asistenții comunitari, decât persoanele aflate în poziții de răspundere de la nivelul autorităților locale. Este necesară modificarea tipului de sancțiuni prevăzute în lege.

### **Argumente:**

Controlul privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară se face de către Unitatea de Incluziune Socială a Ministerului Sănătății și prin Direcțiile de Sănătate Publică județene. Compartimentul de specialitate în domeniul asistenței medicale comunitare din cadrul DSP județene trebuie să verifice activitatea de asistență medicală comunitară și felul în care se desfășoară aceasta prin vizite lunare.

Una dintre concluziile desprinse în urma cercetării calitative realizate pentru acest raport este influența negativă exercitată de unele autorități locale care solicită asistenților medicali comunitari să-și depășească atribuțiile sau să aloce timp preferențial unor activități neincluse în atribuțiile lor legale. Deoarece aceste autorități locale (primării sau consilii locale) sunt principalul factor care influențează activitatea de asistență medicală comunitară, monitorizarea, evaluarea și controlul periodic al modalității în care aceste autorități locale își îndeplinesc obligațiile legale sunt un pas esențial în reformarea sistemului.

În cazul nerespectării acestor obligații, sancțiunile legale maxime prevăzute sunt de stopare a finanțării dedicate asistenței medicale comunitare în teritoriul administrat de autoritatea locală respectivă. Dar aceste sancțiuni lovesc cu adevărat chiar în asistenții medicali comunitari, care își vor pierde serviciul, și în beneficiarii asistenței comunitare. Acest tip de sancțiuni nu fac altceva decât să creeze un cerc vicios de abuz din partea autorității locale și lipsă de reacție din partea persoanelor abuzate.

Mai mult, termenul legal de publicare a metodologiei privind aplicarea sancțiunilor în cazul nerespectării legislației din domeniul asistenței medicale comunitare a fost depășit.

### **Legea asupra căreia trebuie operate modificări:**

Articolul 43 din Normele metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară. Respectarea termenelor legale prevăzute în OUG 18/2017 și în normele metodologice de aplicare privind publicarea metodologiei privind aplicarea sancțiunilor.

Pentru a concluziona: scalarea la nivel național a modelului de îngrijiri în ambulatoriu pentru pacienții cu TB ar putea aduce îmbunătățiri consistente tratamentului și calității vieții pacienților. În ultimii doi ani s-a avansat semnificativ spre atingerea acestui obiectiv, demararea Proiectului-Pilot fiind unul dintre cei mai semnificativi pași. Este nevoie însă de mai multe eforturi pentru a asigura sustenabilitatea pe termen lung, cu precădere în domeniul asistenței medicale comunitare.

## Anexa metodologică

În contextul acestui raport de monitorizare, reforma îngrijirilor în sistem ambulatoriu pentru pacienții cu tuberculoză din România este analizată în raport cu modelul de îngrijire TB centrată pe persoană, așa cum este propus în documentul publicat de Biroul Regional European al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), în 2017: „A people-centred model of tuberculosis care. A blueprint for Eastern European and Central Asian countries”. Definiția oferită de documentul OMS a determinat cadrul de analiză al acestui raport de monitorizare: „un model de îngrijiri centrat pe persoană este concentrat și organizat în jurul nevoilor de sănătate și așteptărilor oamenilor și comunităților, mai degrabă decât în jurul pacienților și bolilor”.

Setul de elemente care compun infrastructura ideală de servicii conform modelului OMS a fost folosit pentru analiza comparativă a sistemului de îngrijire TB în vigoare în prezent în România și a sistemului propus de Proiectul-Pilot privind modelul de îngrijire în sistem ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză din România, așa cum este el descris în Metodologia de implementare publicată în 10 aprilie 2020 în Monitorul Oficial, partea I nr. 304bis.

Obiectivul principal al raportului este de a evalua și monitoriza în ce măsură componentele din modelul OMS sunt prezente și folosite în România în prezent. Obiectivele secundare ale raportului sunt de a identifica serviciile adresate pacienților cu TB în comunitate și identificarea barierelor și a soluțiilor pentru asigurarea și întărirea serviciilor comunitare de sănătate prin care să se poată asigura scalarea cu succes la nivel național pe termen mediu și lung a modelului propus de Proiectul-Pilot privind modelul de îngrijire în sistem ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză din România.

În acest scop, focusul acestui raport este pe cele trei componente ale continuumului de îngrijiri TB care sunt proxime „nevoilor de sănătate și așteptărilor oamenilor și comunităților”: asistența medicală comunitară, medicina primară și dispensarele de pneumoftiziologie. Dat fiind obiectivul de evaluare și monitorizare al raportului, a fost dezvoltată o matrice simplă care include 9 dimensiuni identificate pe baza componentele de infrastructură menționate în modelul OMS, care au fost adaptate la contextul sistemului medical românesc. Această matrice va fi folosită pentru activitățile de monitorizare derulate și în perioada ulterioară publicării acestui raport și în care va fi evaluată evoluția reformei la un interval de timp prestabilit.

Datele și concluziile prezentate în acest raport de monitorizare au la bază o metodologie mixtă de analiză cantitativă și calitativă. La aceasta s-a adăugat o analiză legislativă specifică domeniului.

Pentru evaluarea rețelei de asistență medicală comunitară au fost extrase date cantitative, acolo unde acestea au fost disponibile, din rapoartele de activitate ale direcțiilor județene de sănătate publică din perioada 2017 – 2020 și din rapoartele de activitate ale Ministerului Sănătății din perioada 2017-2019.

Pentru determinarea nivelului de acoperire al dispensarelor de pneumoftiziologie raportat la incidența globală a TB în anul 2018, numărul de dispensare extras din documentele oficiale PNPST a fost împărțit la numărul de cazuri din județul respectiv. Distribuția valorilor obținute pentru toate județele a fost analizată rezultând o distribuție normală. Fiecare județ a fost încadrat într-una din cele 3 categorii folosind numărul de dispensare / cazuri comparat cu media și deviația standard,

astfel: acoperire sub medie, acoperire medie și acoperire peste medie. Numărul de cazuri active de TB a fost obținută prin înmulțirea incidenței (sursa: “Actualizarea datelor privind endemia tuberculozei în România la 31 mai 2019”, Institutul de Pneumoftiziologie Marius Nasta) cu produsul raportului dintre populația județului respectiv la o sută de mii.

Pentru componenta legislativă care stă la baza acestui raport au fost analizate Legea Sănătății 95/2016 cu actualizările în vigoare, Legea 302/2018, OUG 18 din 27.02.2017 împreună cu normele metodologice de aplicare publicate în 23 mai 2019, Hotărârea nr. 459 din 5 mai 2010, Contractul Cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019 împreună cu Normele metodologice din 27 martie 2018 de aplicare a Hotărârii Guvernului 140/2018, Strategia Națională de Control al Tuberculozei în România 2015-2020, Programul Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei (PNPSCT), Analiza de situație ocazionată de celebrarea Zilei Mondiale de Luptă Împotriva Tuberculozei publicată de Institutul Național de Sănătate Publică pe 24 martie 2018.

Pentru componenta calitativă care stă la baza acestui raport au fost analizate: documentul Organizației Mondiale a Sănătății publicat în 2017, „A people-centred model of tuberculosis care. A blueprint for eastern European and central Asian countries”, Metodologia de implementare a derulării proiectului pilot privind modelul de îngrijire în sistem ambulatoriu a pacienților cu tuberculoză din România, publicat în aprilie 2020, și Metodologia de implementare a Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control a Tuberculozei, publicat în septembrie 2015. Au fost realizate mai multe interviuri semistructurate folosind metoda ‘snowball sampling’ până la obținerea saturației în privința categoriilor investigate. Astfel, au fost interviewate un număr de unsprezece persoane, dintre care cinci asistenți medicali comunitari, trei medici de familie și trei medici specialiști în pneumologie cu practică în dispensare de pneumoftiziologie. Dat fiind caracterul de monitorizare al raportului, pentru a maximiza veridicitatea informațiilor obținute în cadrul cercetării calitative a fost garantată confidențialitatea identității persoanelor interviewate.

Toate datele cantitative folosite pentru acest raport sunt date extrase din documente publice. Este alegerea cercetătorilor să nu apeleze la posibilitatea folosirii legii 544/2001 privind liberul acces la informații de interes public întrucât raportarea corectă și riguroasă a datelor este în sine un indicator al funcționalității și transparenței sistemului analizat.



Romanian  
Angel Appeal