

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
“CAROL DAVILA”, BUCUREȘTI
ȘCOALA DOCTORALĂ
MEDICINĂ SOCIALĂ**

***IMPACTUL MODIFICĂRILOR LEGISLATIVE ȘI ORGANIZATORICE
DIN SISTEMUL SANITAR ASUPRA CALITĂȚII SERVICIILOR DE
SĂNĂTATE DIN PERSPECTIVA FORMĂRII ȘI INSTRUIRII
RESURSEI UMANE***

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

**Conducător de doctorat:
PROF. UNIV. DR. ARMEAN PETRU**

**Student-doctorand:
PÂRVU (BEU) SIMONA**

2020

Cuprins

Listă cu lucrările științifice publicate	Error! Bookmark not defined.
Listă cu lucrările științifice publicate în cadrul cercetărilor doctorale	Error! Bookmark not defined.
Listă abrevieri și simboluri	Error! Bookmark not defined.
Introducere	Error! Bookmark not defined.
I. PARTEA GENERALĂ	Error! Bookmark not defined.
Capitolul 1. Caracteristici generale ale sistemului de sănătate și ale legislației sanitare	Error! Bookmark not defined.
1.1. Scurt istoric al legislației privind sănătatea publică în România	Error! Bookmark not defined.
1.2 Organizarea instituțiilor sanitare	Error! Bookmark not defined.
1.3 Organizarea sistemului sanitar românesc	Error! Bookmark not defined.
Capitolul 2. Reglementări privind profesia de medic și formarea profesională..	Error! Bookmark not defined.
2.1. Indicatorii de sănătate în Uniunea Europeană	Error! Bookmark not defined.
2.2. Formarea profesională în Europa	Error! Bookmark not defined.
2.3. Coordonarea sistemelor de sănătate	Error! Bookmark not defined.
II. CONTRIBUȚII PERSONALE	Error! Bookmark not defined.
Capitolul 3. Analiză critică a reglementărilor actuale privind organizarea serviciilor de sănătate și a formării profesionale a resurselor umane	Error! Bookmark not defined.
3.1 Ipoteze de cercetare	Error! Bookmark not defined.
3.2. Scop și obiective	Error! Bookmark not defined.
3.3. Metodologia cercetării. Material și metode	Error! Bookmark not defined.
3.4 Rezultate și discuții	Error! Bookmark not defined.
3.4.1 Situația resursei umane din sănătate în România	Error! Bookmark not defined.
3.4.2 Organizarea serviciilor publice de sănătate	Error! Bookmark not defined.
3.4.3 Particularități privind medicina preventivă	Error! Bookmark not defined.
3.4.4 Analiza legislației și organizarea sistemelor de sănătate în Uniunea Europeană	Error! Bookmark not defined.
3.5. Concluzii parțiale	Error! Bookmark not defined.

Capitolul 4. Analiza percepției studenților facultăților de medicină din România cu privire la impactul modificărilor legislative asupra calității serviciilor medicale Error! Bookmark not defined.

4.1. Ipoteze de cercetare..... **Error! Bookmark not defined.**

4.2. Scop și obiective **Error! Bookmark not defined.**

4.3. Metodologia cercetării. Material și metode **Error! Bookmark not defined.**

4.3.1. Stabilirea eșantionului reprezentativ pentru populația studiat .**Error! Bookmark not defined.**

4.3.2. Construirea și validarea unui chestionar care să investigheze atât cunoștințele studenților, privind legislația sanitară, cât și modul de informare privind acest subiect
Error! Bookmark not defined.

4.4. Rezultate și discuții..... **Error! Bookmark not defined.**

4.5 Concluzii parțiale **Error! Bookmark not defined.**

Capitolul 5. Analiza impactului modificărilor legislative asupra sănătății publice în context epidemiologic Error! Bookmark not defined.

5.1. Scop și obiective **Error! Bookmark not defined.**

5.2. Metodologia cercetării. Material și metode **Error! Bookmark not defined.**

5.3. Rezultate și discuții..... **Error! Bookmark not defined.**

5.3.1 Situația epidemiologică actuală din România **Error! Bookmark not defined.**

5.3.2 Analiza impactului modificărilor legislative asupra situației epidemiologice generată de infecția cu COVID-19..... **Error! Bookmark not defined.**

5.4 Concluzii parțiale **Error! Bookmark not defined.**

6. Concluzii și contribuții personale..... Error! Bookmark not defined.

7. Limitele cercetării și perspectiva de cercetare..... Error! Bookmark not defined.

Bibliografie..... Error! Bookmark not defined.

Anexe.....138

Introducere

Organizația Mondială a Sănătății definește calitatea sistemului de sănătate ca fiind nivelul atingerii scopurilor intrinseci ale sistemului de sănătate pentru îmbunătățirea sănătății și capacității de răspuns la așteptările generale ale populației^[1]. Totodată, OMS a stabilit clar responsabilitatea guvernelor față de propriile sisteme sanitare pe care le coordonează și a promovat conceptul de administrare, ceea ce presupune asumarea unui rol mult mai activ în promovarea sănătății. În al doilea rând, a oferit un cadru conceptual util, care să evidențieze obiectivele sistemelor sanitare. În al treilea rând, a pus accentul pe necesitatea elucidării impactului pe care, indiscutabil, sistemele sanitare îl au asupra sănătății.

Principalele condiții pe care trebuie să le îndeplinească un sistem de sănătate performant se referă la: *acoperirea generală; accesibilitate promptă; relevanța față de nevoi; echitatea; posibilitatea de alegere; eficacitatea; eficiența înaltă; accesibilitatea socială largă; responsabilitatea statului față de sănătatea publică*^[2].

Pentru a putea îndeplini aceste condiții, sistemul românesc de sănătate se află într-un proces continuu de reformă, de aproximativ 20 de ani. Măsurile luate în această perioadă, mai mult sau mai puțin controversate și acceptate de actorii sociali implicați, de mai mare sau mai mică amploare, angrenând întregul sistem sau doar componente ale lui, au produs schimbări semnificative în sistem. Toată perioada a fost marcată de instabilitate politică (patrusprezece schimbări de guvern) și instituțională (peste douăzeci de miniștri ai sănătății în perioada 1990–2010). Resursa umană din sistem (cu precădere cei aflați în poziții cheie pentru a realiza schimbările reformei) s-a dovedit a nu fi întotdeauna cea mai calificată, lipsindu-i adesea abilitățile manageriale pentru a implementa schimbări.

Lucrarea se va structura în două părți care cuprind date actuale în acest domeniu și contribuțiile personale. Primele capitole, destinate părții generale, cuprind o sinteză a situației actuale privind:

- Aspecte generale privind elaborarea și implementarea legislației sanitare precum și

organizarea instituțiilor din sistemul sanitar.

- Modalitatea de stabilire a necesarului pentru asigurarea resursei umane în instituțiile din sistemul sanitar
- Asigurarea calității serviciilor de sănătate

Partea de cercetări personale începe cu un capitol care precizează cadrul problemei, ipoteza de lucru și obiectivele lucrării și cuprinde:

- Analiză critică a legislației relevante,
- Analiza retrospectiva a datelor statistice și indicatorilor,
- Analiza calitativa a datelor colectate pe baza unui chestionar administrat studenților facultăților de medicină din România cu privire la impactul modificărilor legislative asupra calității serviciilor medicale și impactul acestor schimbări asupra alegerii specializării medicale
- Analiza situației epidemiologice în țara noastră cauzată de infecția cu COVID19 precum și a modificărilor legislative subsecvente pandemiei

Este de așteptat ca, între statistica resurselor umane alocate în instituțiile de sănătate, a indicatorilor din programele naționale de sănătate și a celor care măsoară starea de sănătate a populației să existe anumite corelații, în strânsă legătură cu perioadele în care au avut loc modificări legislative și organizatorice din cadrul sistemului sanitar.

Astfel, concluziile pe care această lucrare le releva ar putea constitui o bază pentru identificarea posibilelor măsuri de corectare a erorilor de reglementare și pentru stabilirea unui set de indicatori practici care să contribuie la definirea priorităților în politicile de sănătate și precum și la ameliorarea performanței sistemului medical.

I. PARTEA GENERALĂ

Capitolul 1. Caracteristici generale ale sistemului de sănătate și ale legislației sanitare

Capacitatea sistemelor de sănătate de a furniza servicii de sănătate și de a răspunde cererii continue de asistență depinde și de existența unei forțe de muncă flexibile și dotate cu competențele necesare. Sistemele sanitare care sprijină niveluri ridicate de educație, formare inițială și investiții coerente în dezvoltarea profesională continuă sunt mai bine echipate pentru a aduce soluții inovatoare și integrate la principalele probleme cu care se

confruntă UE ^[3].

THE DRIVING FORCES INFLUENCING FUTURE SKILLS AND COMPETENCES

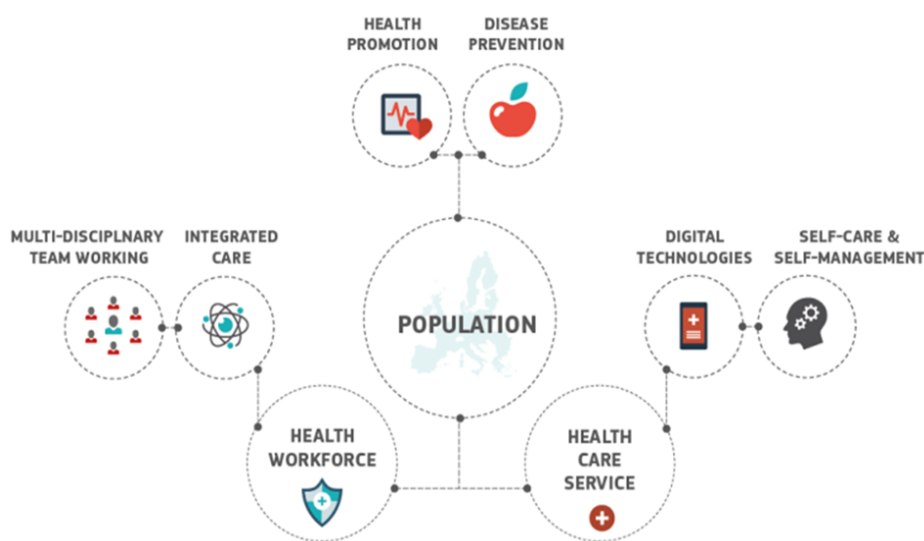


Fig. 1.1. Forțele determinante cu potențial impact asupra competențelor și abilităților personalului medical (https://ec.europa.eu/health/workforce/overview_ro)

1.3 Organizarea sistemului sanitar românesc

Instituțiile fundamentale ale sistemului public de sănătate din România sunt: Ministerul Sănătății, Casa Națională a Asigurărilor de Sănătate; Colegiul Medicilor din România; rețeaua publică de servicii (spitale, policlinici, laboratoare, dispensare, farmacii ș.a.). Roluri decisive în finanțarea și organizarea ofertei de servicii medicale au și: Ministerul Finanțelor Publice; administrația locală (consiliile locale și consiliile județene); Ministerul Muncii și Solidarității Sociale.

Capitolul 2. Reglementări privind profesia de medic și formarea profesională

În România, în conformitate cu prevederile legale, asistența medicală și activitățile conexe acesteia se desfășoară atât prin instituții cu capital de stat, cât și prin cele cu capital privat. Asistența medicală este definită de art. 3 lit. (a) din Directiva 2011/24/UE ^[4], ca fiind serviciile de sănătate furnizate pacienților de către cadrele medicale pentru evaluarea, menținerea sau refacerea stării lor de sănătate, inclusiv prescrierea, eliberarea și furnizarea de medicamente și dispozitive medicale.

II. CONTRIBUȚII PERSONALE

Capitolul 3. Analiză critică a reglementărilor actuale privind organizarea serviciilor de sănătate și a formării profesionale a resurselor umane

3.1 Ipoteze de cercetare

Ipotezele de cercetare care au stat la baza analizei reglementărilor actuale privind organizarea serviciilor de sănătate și a formării profesionale a resurselor umane sunt:

1. Dezechilibre numerice în resursele umane din sistemul sanitar, la nivelul diferitelor regiuni geografice. Presumpții: dacă într-o regiune geografică alocarea cu resurse umane nu este una calificată sau este deficitară, atunci ea se asociază cu o stare de sanatate mai precară.

2. Politicile de sănătate publică nu corespund nevoilor de sănătate și nu sunt susținute cu dovezi, iar rezultatele implementării modificărilor legislative și organizatorice nu sunt evaluate, pentru a măsura impactul asupra calității și performanței serviciilor de sănătate. Presumpții: reformele în sănătate și politicile sanitare nu sunt bazate pe dovezi; managementul deficitar al informațiilor în sănătate, în principal colectarea inadecvată de date, determină incapacitatea de a documenta deciziile privind arii prioritare de intervenție. Modificările legislative repetate s-au bazat pe idei oarecum diferite asupra reformei, fără să existe o viziune globală coerentă.

3.2. Scop și obiective

Obiectivul lucrării este de a analiza efectul schimbărilor legislative legate de organizarea și funcționarea instituțiilor din cadrul sistemului de sănătate asupra calității serviciilor oferite de acesta cetățenilor.

Scopul acestei lucrări este de a identifica principalele strategii de îmbunătățire a managementului organizatoric al instituțiilor din sistemul sanitar, precum și al managementului resurselor umane, având ca obiectiv final creșterea calității serviciilor.

În cadrul cercetării, vor fi analizate, pe o perioadă de 10 ani, modificările legislative care au survenit în organizarea și funcționarea unităților de sănătate publică de la nivel local și central, impactul acestora asupra resursei umane specializate, precum și

asupra asigurării calității serviciilor de sănătate.

3.3 Metodologia cercetării. Material și metode

Ținând cont de complexitatea informațiilor care trebuie obținute și analizate, de contextul evaluării modului de implementare a politicilor publice care vizează sănătatea și alocarea resurselor umane în sistemul serviciilor de sănătate, metodologia de cercetare vizează o sinteză a datelor cunoscute pentru perioada 2005 – 2016, combinând mai multe tehnici de investigare: documentare, analiză statistică, studiu calitativ și cantitativ.

Metode și tehnici de cercetare

1. Analiza critica a legislației relevante

- Analiza actelor normative emise privind organizarea și funcționarea autorităților de sănătate publică locale și centrale în perioada 2006 – 2016,
- Analiza comparativă a legislației și alocării resurselor umane din sistemele altor state din cadrul Uniunii Europene și România.

2. Analiza retrospectiva a datelor statistice și indicatorilor

- Analiza datelor statistice oficiale, disponibile la nivel național și pe regiuni de dezvoltare pentru indicatori, care măsoară starea de sănătate și resursele umane alocate,
- Analiza indicatorilor din cadrul programelor naționale de sănătate.

3.4 Rezultate și discuții

3.4.1 Situația resursei umane din sănătate în România

Analizând situația resursei umane, putem constata că deși în perioada 1989-2017 numărul de medici a crescut de la 18,1 la 29,9 medici la 10.000 de locuitori, în comparație cu situația la nivel european, numărul de medici și asistenți medicali este relativ scăzut comparativ cu mediile UE: 2,8 doctori per 1.000 de locuitori, comparativ cu 3,5 în UE, și 6,4 asistenți medicali per 1.000 de locuitori vs. 8,4 în UE ^[5]. Acest lucru se întâmplă în ciuda numărului constant în creștere de absolvenți de studii de asistent medical și a eforturilor de creștere a numărului de absolvenți de medicină, după declinul înregistrat din 2010 până în 2013. Doi factori care contribuie la aceste numere mici sunt ratele mari ale lucrătorilor în domeniul sănătății care au emigrat în ultimul deceniu (și, în special, după aderarea la UE, în 2007) și scăderea salariilor în sectorul public ca răspuns la criza

economică, care a dus la părăsirea sectorului de activitate.

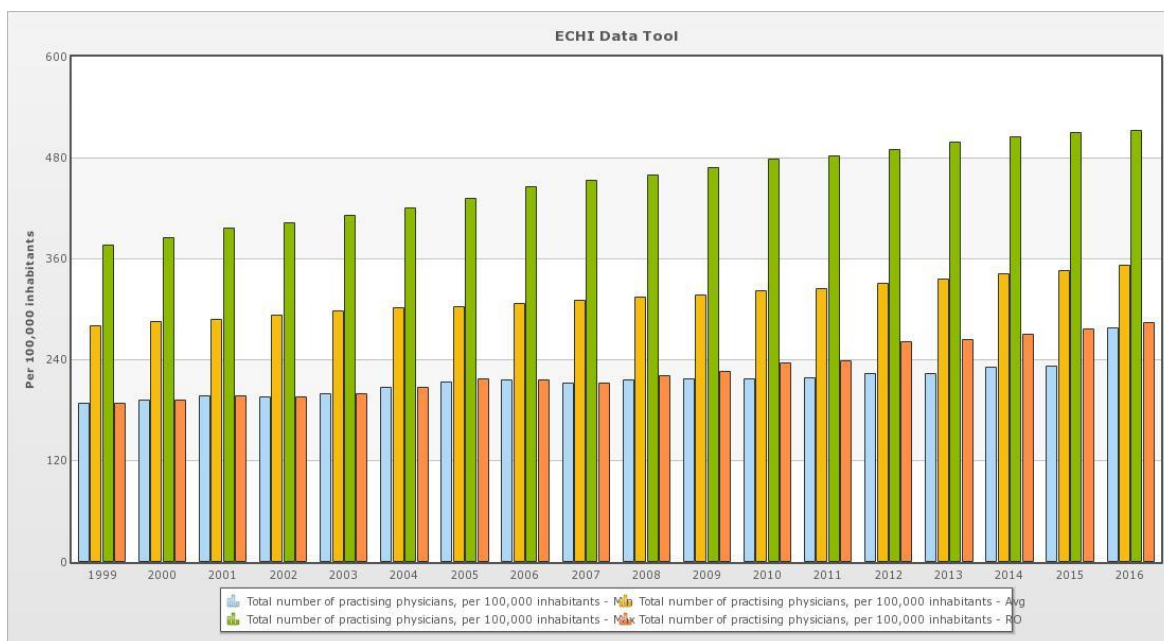


Fig. 3.3. Comparații între numărul de medici la 100.000 de locuitori din România și Uniunea Europeană (minim, maxim, medie) după European Core Health Indicators (ECHI) [6]

Mortalitatea evitabilă prin asistență medicală scoate la iveală eficiența unui sistem sanitar. Programele de screening nu au funcționat adecvat. Chiar dacă au scăzut în ultimii ani, în special, în rândul persoanelor sub 65 de ani, România a avut întotdeauna printre cele mai mari niveluri de mortalitate cauzată de cancer de col uterin, din întreaga UE. Acest lucru a fost atribuit unei lipse de depistare sistematică a bolilor și gradului slab de acoperire cu specialiști. Spre exemplu, în 2014, 27 % dintre femeile cu vârsta între 20-69 de ani au raportat că au făcut testul de depistare a cancerului de col uterin în ultimii trei ani (EHIS)⁷. Calitatea slabă a practicilor de depistare a bolilor joacă, de asemenea, un rol important (IARC, 2017).

Accesul la serviciile de sănătate reprezintă un drept garantat prin Constituția României, astfel populația trebuie să aibă acces la personal medical competent. Pentru aceasta, planificarea resurselor umane în sănătate trebuie să țină cont atât de nevoile comunității cât și de cererile înregistrate la nivelul sistemului de sănătate, pentru a se evita dezechilibrele între mediul rural și urban și între localitățile urbane din același județ. Deși România investește în formarea și perfecționarea personalului medical, prin lipsa unor mecanisme solide de planificare a necesarului, atât din punct de vedere al specializării cât și al distribuției geografice, investiția făcută de statul român nu se traduce într-un nivel mai

bun al serviciilor medicale primite de pacienți.

România se află în mijlocul unei crize a personalului medical, generată de factori multipli: migrarea masivă a personalului medical (medici, asistenți medicali, moașe, medici dentiști, farmaciști), dezechilibre în distribuția personalului medical. Deși există un număr semnificativ de posturi vacante în sistemul public de sănătate, acestea nu sunt ocupate, din motive cum ar fi: dotarea precară cu echipamente medicale a unităților sanitare sau lipsa oportunităților de dezvoltare profesională și personală. Toate acestea conduc la limitarea accesului populației la servicii medicale de calitate.

3.4.3 Particularități privind medicina preventivă

Structurată, inițial, în jurul ideii de prevenire a bolilor transmisibile, în special, de control epidemic, asistența medicală preventivă a reprezentat o componentă de bază a sistemului de sănătate. Neimplicarea activă a decidenților și a structurilor cu atribuții privind resursele umane și salarizare, pentru remedierea problemelor amintite, ar putea avea drept consecință neîndeplinirea obiectivelor și responsabilităților, în condiții de maximă eficiență, eficacitate și funcționalitate, din partea inspecției sanitare stat, ceea ce se va reflecta în neidentificarea și neaplicarea măsurilor de diminuare sau eliminare a factorilor de risc cu impact asupra stării de sănătate a populației.

3.5 Concluzii parțiale

1. În spațiul românesc, primele acte normative, care au vizat sectorul sanitar au apărut în Transilvania, în 1755, și un secol mai târziu, în Țara Românească și apoi în Moldova, reglementările fiind în permanență adaptate la organizarea țărilor române, de la principat, la vechiul regat până la republică;
2. Modelul de finanțare actuală a sistemului sanitar în România este un model cu un pronunțat caracter social, orientat prevalent spre modelul de tip Bismarck
3. Procesul de reformă al sistemului de sănătate din România a început în 1990, s-a accelerat în 2005 și a culminat în anul 2010, cu relansarea procesului de reformă, prin descentralizarea responsabilității managementului spitalelor de nivel inferior (360 din cele 432 spitale publice);
4. Chiar dacă politica guvernului stabilită pe parcursul ultimului deceniu a fost aceea de a reduce recursul la servicii spitalicești și sporirea utilizării medicilor de familie

- și a serviciilor ambulatorii, s-au înregistrat progrese nesemnificative până în prezent, în ceea ce privește punerea în practică a acestei schimbări;
5. Cheltuielile pentru sănătate, pe cap de locuitor, în valoare de 814 euro în 2015, sunt cele mai scăzute din UE și reprezintă mai puțin de o treime din media UE, deși ponderea cheltuielilor pentru sănătate din PIB au crescut semnificativ, de la 2,9% în 1990, până la 4 procente în 2017.
 6. Din anul 1989, numărul de medici a crescut treptat, de la 18,1 medici la 10.000 de locuitori, până la 29,9 medici la 10.000 locuitori, în 2017;
 7. Structurată, inițial, în jurul ideii de apărare antiepidemică, asistența medicală preventivă a reprezentat o componentă importantă a sistemului de sănătate.
 8. Parte a unui sistem subfinațat, medicina preventivă este afectată în plus și de dese schimbări legislative, datorate reorganizării sistemului pe verticală;
 9. Resursa umană insuficientă, recunoscută și de autorități în repetate rânduri, cu specialități deficitare epidemiologia și igiena, este resimțită, în principal, în ponderea mare pe care factorii de risc prevenibili o reprezintă în indicatori ai stării de sănătate, precum DALY și YLD
 10. Inerția managementului sistemului de sănătate publică și lipsa unor măsuri eficiente privind medicina preventivă a dus la lipsa de specialiști din una sau mai multe specialități ale medicinei preventive, în structurile din subordinea ministerului, în 26 de județe.
 11. Sistemele de sănătate din alte state europene studiate, precum Germania, Austria, Suedia pun în centrul politicilor activitățile de prevenire, iar programele de sănătate publică ce vizează prevenția au alocate procente importante din bugetul alocat sănătății.

Capitolul 4. Analiza percepției studenților facultăților de medicină din România cu privire la impactul modificărilor legislative asupra calității serviciilor medicale

4.1 Ipoteze de cercetare

Sistemul de sănătate din România a fost supus, după anul 1989, unor schimbări majore, care au făcut trecerea de la un sistem centralizat și finanțat, exclusiv, din venituri

de la bugetul de stat, către un sistem decentralizat, finanțat preponderent prin contribuții de asigurări [8].

Politicile de sănătate publică nu corespund nevoilor de sănătate și nu sunt susținute cu dovezi, iar rezultatele implementării modificărilor legislative și organizatorice nu sunt evaluate, pentru a măsura impactul asupra calității și performanței serviciilor de sănătate. Astfel, modificările legislative repetate s-au bazat pe viziuni oarecum diferite asupra reformei, fără să existe o viziune globală coerentă^[9].

4.2 Scop și obiective

Studiul de față își propune să investigheze percepția studenților înmatriculați în universitățile din România la specialitatea medicină cu privire la impactul modificărilor legislative asupra calității serviciilor medicale dar și asupra modului în care percep dezvoltarea carierei personale, în contextul acestor schimbări.

Obiective

1. Stabilirea eșantionului reprezentativ pentru populația studiată, respectiv studenți înmatriculați în anii I-VI la facultățile de medicină
2. Construirea și validarea unui chestionar care să investigheze atât cunoștințele studenților privind legislația sanitară, cât și modul de informare privind acest subiect.
3. Interpretarea rezultatelor obținute
4. Formularea de concluzii și recomandări

4.3 Metodologia cercetării. Material și metode

Populația țintă este reprezentată de studenții facultăților de medicină. Eșantionul a fost calculat în baza informațiilor afișate pe site-urile oficiale, privind numărul de studenți înmatriculați la programele medicină, din 5 universități. Chestionarul a fost distribuit online, cu ajutorul cadrelor didactice din facultățile de medicină și completat voluntar prin intermediul aplicației Google-Form. Având în vedere faptul că răspunsul este voluntar, cu selecție aleatorie, eșantionul este unul de conveniență.

Etapele parcurse în derularea cercetării au fost:

- Dezvoltarea chestionarului de opinie, cu scopul sondării de percepție a studenților asupra

impactului modificărilor legislative asupra calității serviciilor medicale, precum și opțiunile pentru alegerea specialității, la finalizarea studiilor;

- Stabilirea eșantionului. Caracterizarea loturilor, în funcție de vârstă, sex, specialități, vechime în muncă, nivelul de pregătire;
- Culegerea datelor folosind chestionarul și realizarea unei baze de date cu răspunsurile;
- Prelucrarea statistică a datelor, prin introducerea lor într-un program informatic de analiză (Excel și EpiInfo);
- Analiza datelor și prezentarea rezultatelor studiului;
- Realizarea raportului final, cu concluzii și recomandări.
- Combinarea rezultatelor obținute în urma analizei retrospective a datelor statistice și indicatorilor și a celor rezultate în urma aplicării chestionarului, în scopul obținerii unor concluzii legate de efectul implementării unor măsuri legislative, asupra asigurării resurselor umane în sănătate și a calității serviciilor medicale.
- Utilizarea diverselor metode de analiză, cum ar fi analize SWOT, agregarea datelor privind analiza în profil geografic, realizarea unor analize de tendință în timp, realizarea unor corelații între diferite variabile și indicatori (utilizând metode specifice, de exemplu, teste de semnificație statistică, teste de corelație, analizele de variație, etc)

Pentru atingerea obiectivelor propuse, au fost folosite aplicațiile OpenEpi, Version 3, open source calculator—SSPropor, pentru calculul eșantionului iar platforma Google-Forum pentru construirea și difuzarea chestionarului.

4.3.1. Stabilirea eșantionului reprezentativ pentru populația studiat

Din informațiile afișate pe site-ul oficial al facultăților de medicină din București, Craiova, Tg. Mureș, Sibiu și Arad, în cei 6 ani ai programului, sunt înmatriculați, în total, 14029 studenți. Eșantionul este reprezentativ pentru studenții înmatriculați pe locurile de la buget și cu taxă din oferta educațională a celor 5 centre universitare (publice și private),

4.3.2. Construirea și validarea unui chestionar care să investigheze atât cunoștințele studenților, privind legislația sanitară, cât și modul de informare privind acest subiect

Dezvoltarea chestionarului de opinie a avut scopul sondării de percepție a

studenților asupra impactului modificărilor legislative privind calitatea serviciilor medicale, precum și opțiunile pentru alegerea specialității, la finalizarea studiilor. Pentru investigarea cunoștințelor și opiniilor studenților, a fost construit un chestionar cu 23 de itemi, care investighează atât date referitoare la gen, vârstă, an de studiu, surse de informare privind legislația sanitară, opinia privind impactul modificărilor legislative asupra carierei și sistemului sanitar, precum și opinia privind problemele sistemului sanitar și perspectivele privind profesarea. Unii itemi sunt reprezentați de întrebări deschise dar sunt și întrebări cu răspuns alternativ da/nu. Măsurarea cunoștințelor privind legislația este efectuată cu ajutorul Scalei Likert, subiecții fiind chemați să specifice nivelul de acord/dezacord față de afirmațiile conținute în chestionar, prin utilizarea a cinci valori. Pentru modul de elaborare a legislației, respondenții sunt rugați să aleagă dintr-o listă presatbilită.

Chestionarul a fost aplicat, inițial, unui grup de 30 de persoane, iar peste 3 săptămâni a fost aplicat aceluiași grup, în vederea validării lui.

După validare, în anul universitar 2017 -2018, chestionarul a fost trimis on-line folosind platforma Google-Form, către studenți din mai multe centre universitare din țară. Au răspuns în total 920 de persoane, studenți la medicină din centrele universitare București, Craiova, Cluj, Tg Mureș, Sibiu și Arad.

4.4. Rezultate și discuții

Din interpretarea datelor, au rezultat următoarele caracteristici socio-demografice pentru eșantionul extras: 87,0% dintre subiecți au vârste sub 25 de ani și 65,8% sunt de gen feminin și sunt înmatriculați în anii IV-VI. Majoritatea cu domiciliu în centrul universitar în care studiază 54,3%

Din prezentarea grafică a rezultatelor privind structura studenților pe grupe majore de vârstă, putem observa ca 87,00% au vârsta sub 25 de ani, iar 13,00% peste 25 de ani, structură care respectă repartiția generală pe grupe de vârstă a studenților facultăților de medicină.

Fig. 4.3. Structura studenților în funcție de domiciliul stabil

Analizând structura studenților în funcție de domiciliul stabil putem observa mobilitatea relativă a studenților, 54,3% din ei domiciliază în centrul universitar în care studiază, iar 45,7% în altă localitate. De asemenea, este de remarcat procentul redus, de doar 10,9%, pentru studenții care domiciliază în mediul rural.

În ceea ce privește repartizarea respondenților pe an de studiu, au ales să răspundă, preponderent, studenți din ciclul superior, respectiv din anii IV –VI, fapt explicabil prin interesul pentru opțiunile profesionale și pentru cadrul legislativ în care urmează să profeseze.

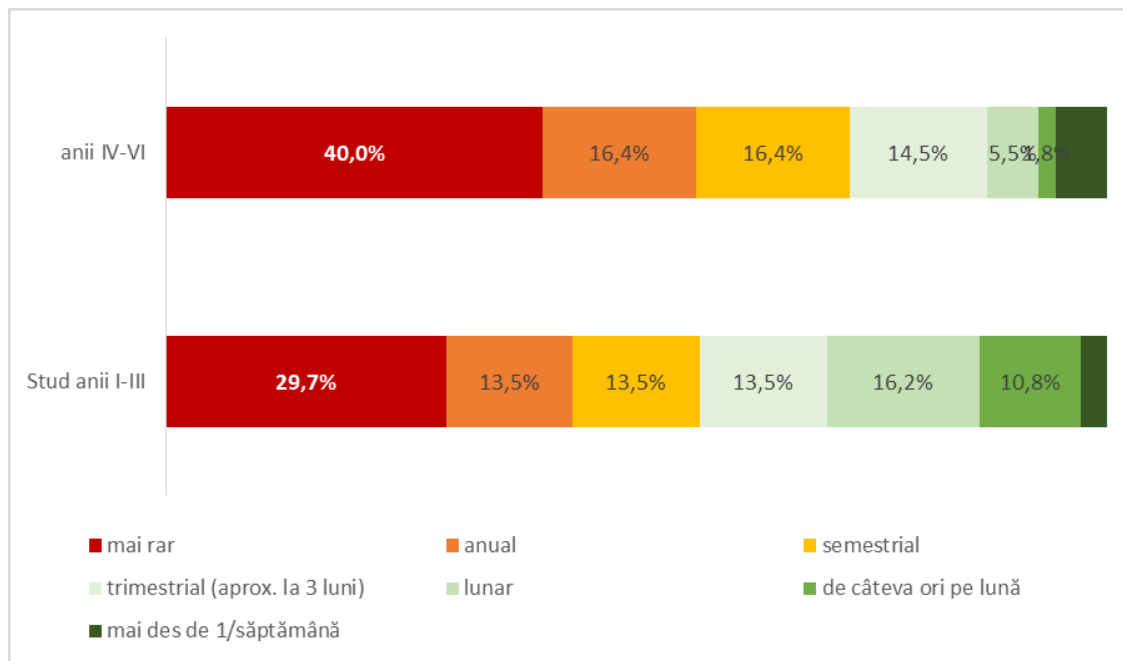


Fig. 4.5. Frecvența informării privind modificările legislative

Analizând frecvența cu care se informează studenții, privind modificările legislative, putem observa că studenții în anii mai mari tind să se informeze mai rar. 56.4 % din studenții aflați în anii IV-VI se informează anual sau mai rar în timp ce mai mult de jumătate din studenții din anii primari (I-III) se informează cu o frecvență mai mare, cel târziu semestrial. Această inversare a interesului poate deriva, tocmai, din dese schimbări legislative, studenții din anii terminali considerând că se vor conforma la cerințele legislative de la momentul în care vor profesa, cele actuale putând fi schimbate.

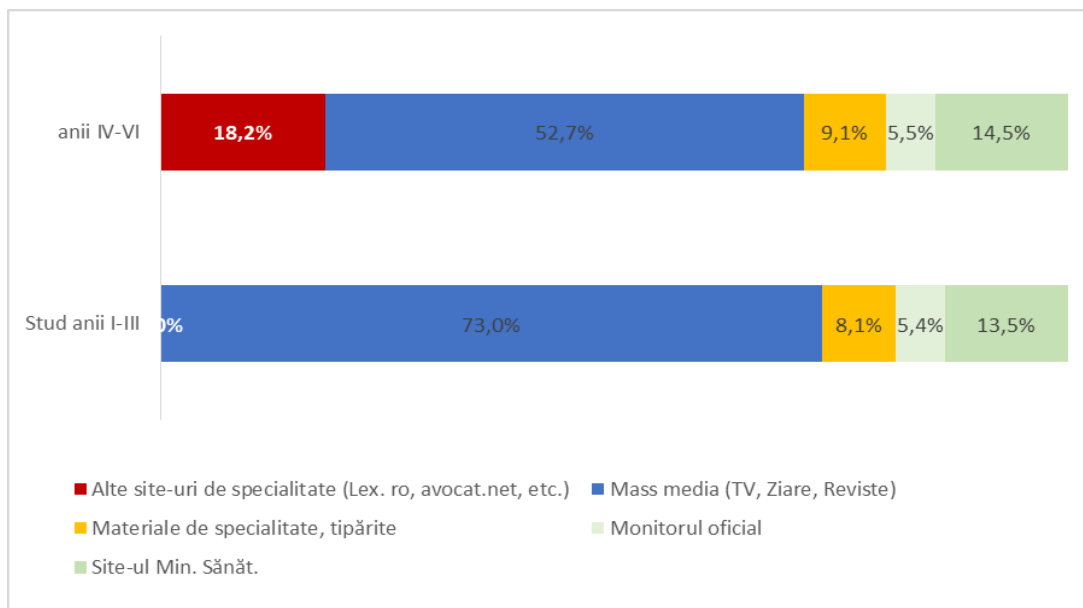


Fig. 4.6. Sursele de informare

Sursa cea mai importantă de informare este mass-media (TV, ziare/reviste). Aceasta este accesată de peste jumătate din studenți. În cazul studenților din anii IV-VI, a doua sursă de informare, ca frecvență, este dată de site-urile de specialitate, precum avocat.net sau lex.ro. Site-ul Ministerului Sănătății este ultima varianta de informare, ca frecvență.

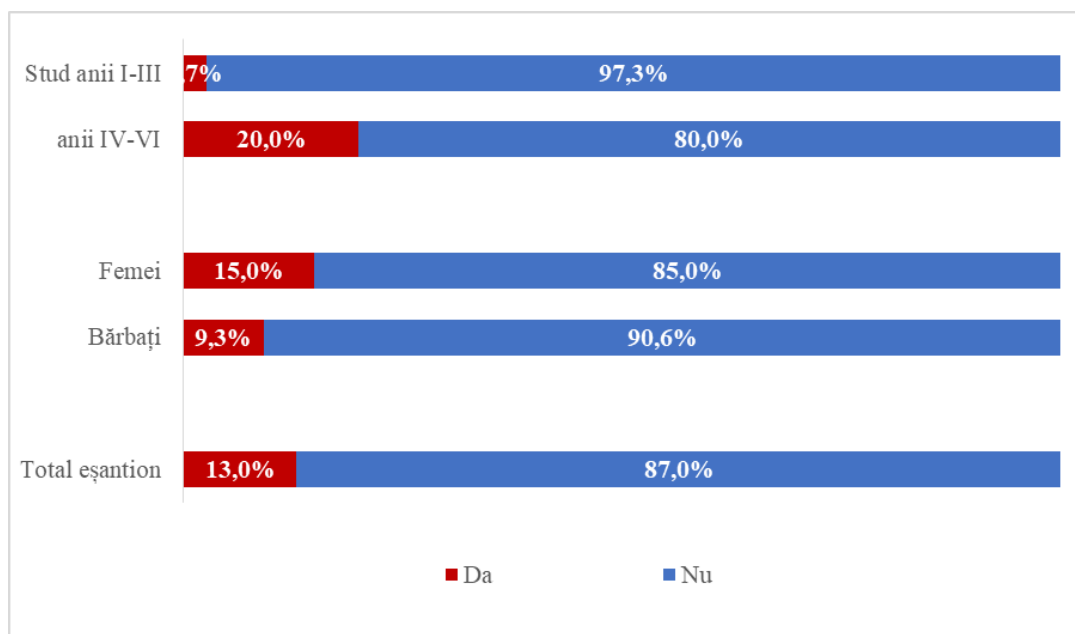


Fig. 4.7. Participarea la cursuri de legislație, per total și pe segmente de studenți

În general, o pondere mai mare de participare la cursuri se întâlnește la studenții din anii mai mari (20%) și mai mult în rândul studentelor (15.0%) decât în rândul studenților (9.3%).

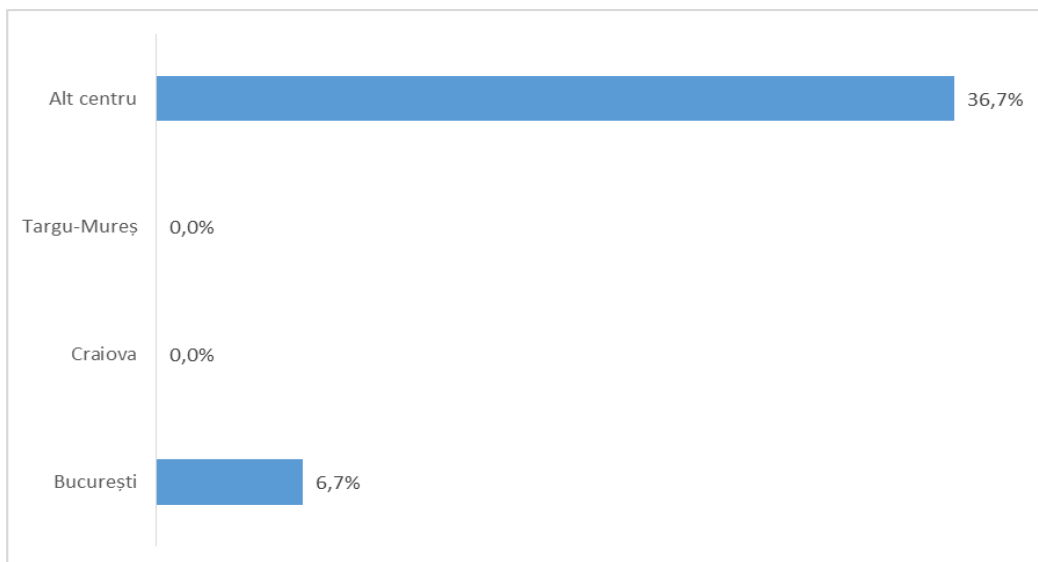


Fig. 4.8. Participarea la cursuri de legislație pe centre universitare

Studentii din Târgu-Mureș și Craiova, participanți la acest studiu, nu au participat la cursuri de legislație, iar ponderea studenților bucureșteni este foarte mică.

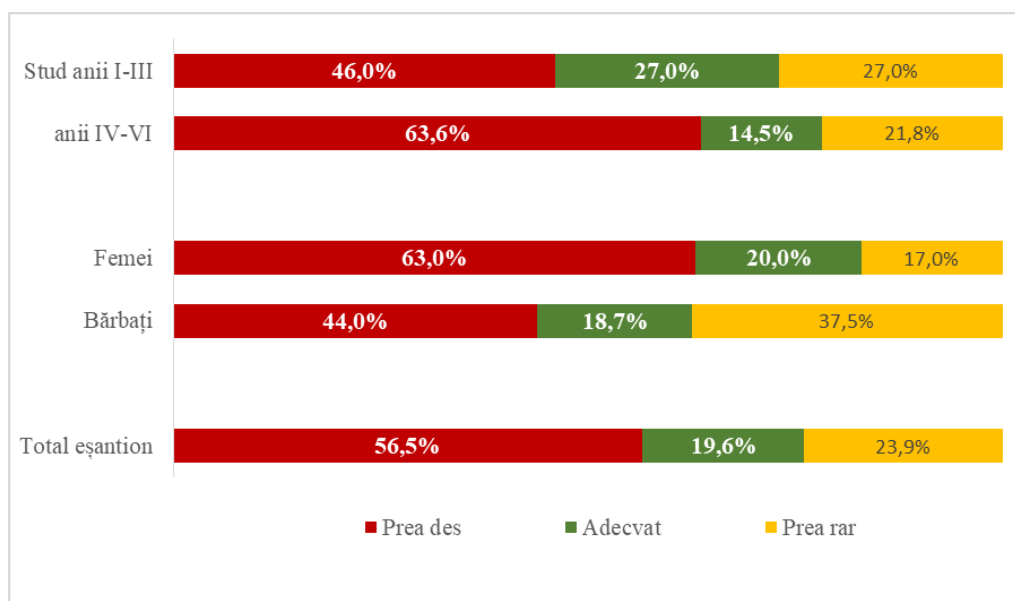


Fig. 4.9. Opinia privind frecvența modificărilor legislative

Opinia generală este că legislația se modifică prea des. Ponderea studentelor care cred acest lucru este de 63%. Aceeași opinie este împărtășită de numai 44% din studenții bărbați.

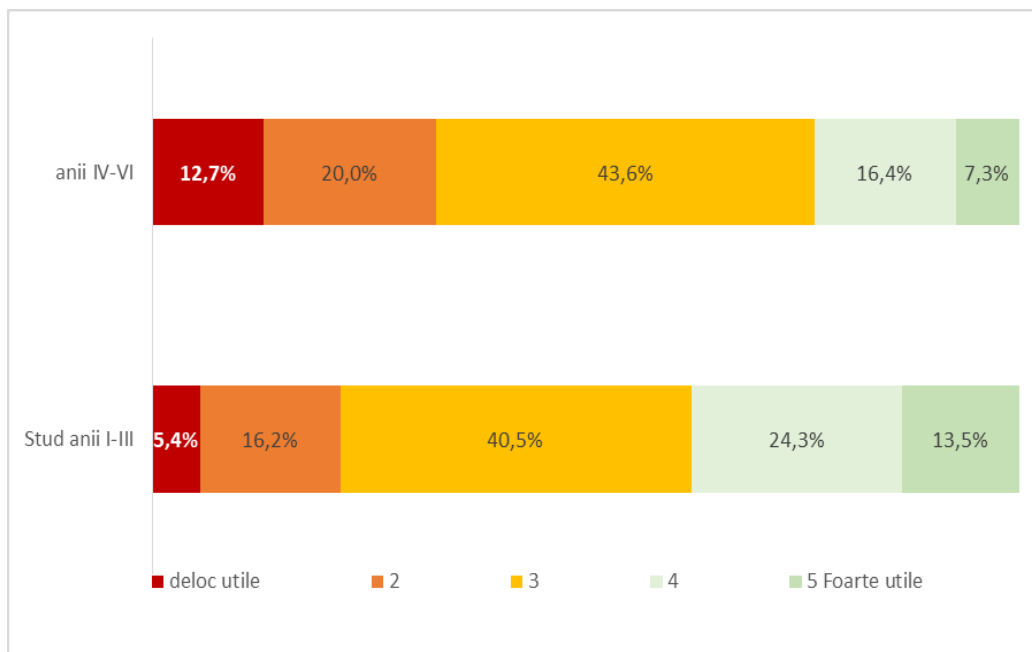


Fig. 4.10. Utilitatea modificărilor legislative

Studentii au, mai degrabă, o opinie neutră sau negativă. Mai puțin de un sfert dintre studenții din anii IV-VI consideră modificările utile și aproximativ 37% din studenții din anii I-III consideră că modificările sunt utile sau foarte utile.

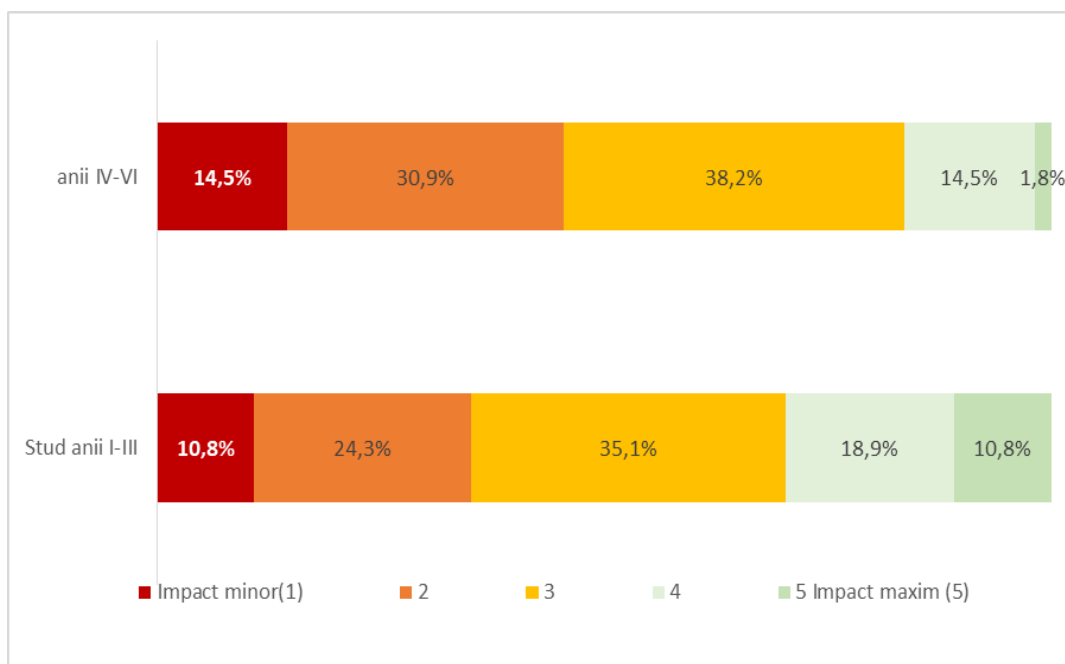


Fig. 4.11. Percepția studenților privind impactul modificărilor legislative

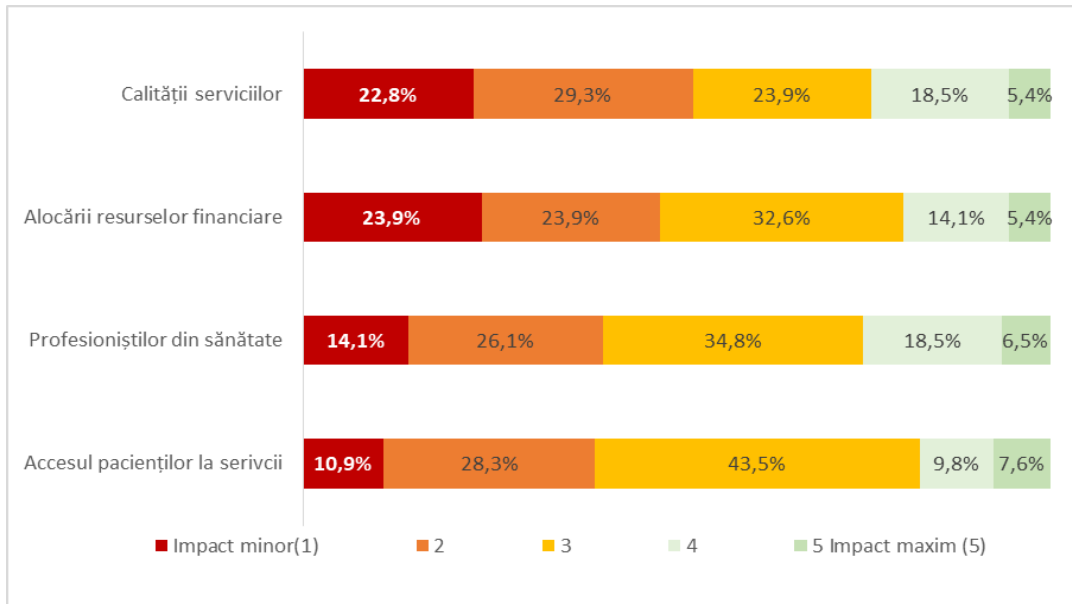


Fig. 4.12. Percepția studenților privind impactul modificărilor legislative asupra serviciilor de sănătate

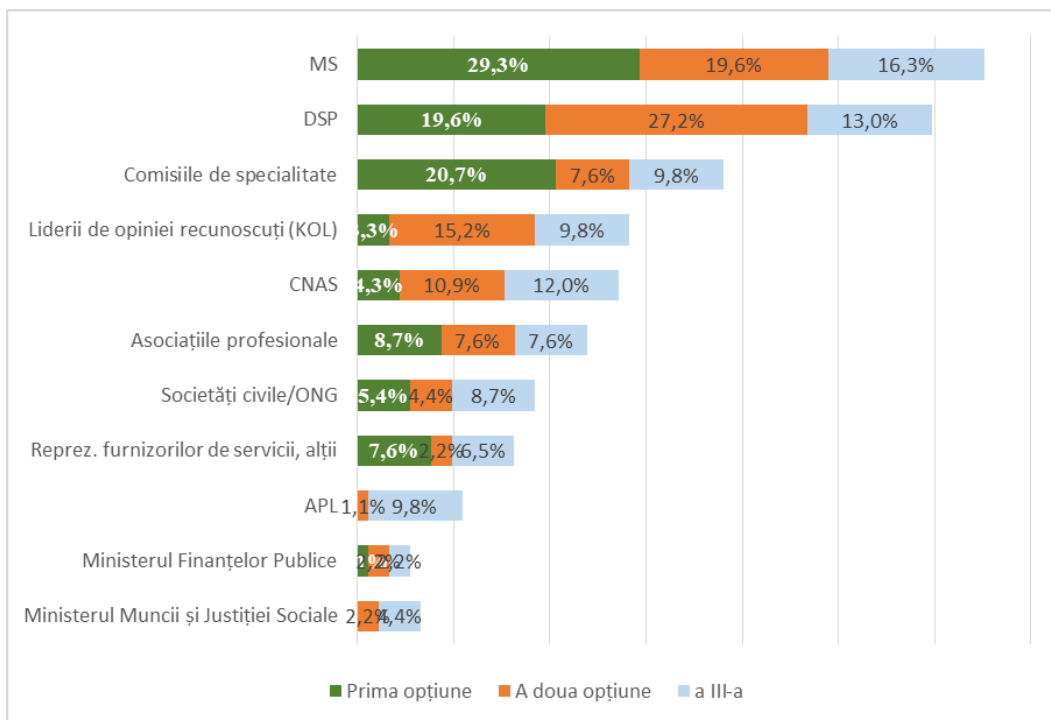


Fig. 4.13. Principalii stakeholderi care trebuie consultați

MS, DSP și comisiile de specialitate formează top 3 stakeholderi atât din perspectiva primei opțiuni cât și per total, atunci când se intenționează modificarea legislației în domeniul sănătății.

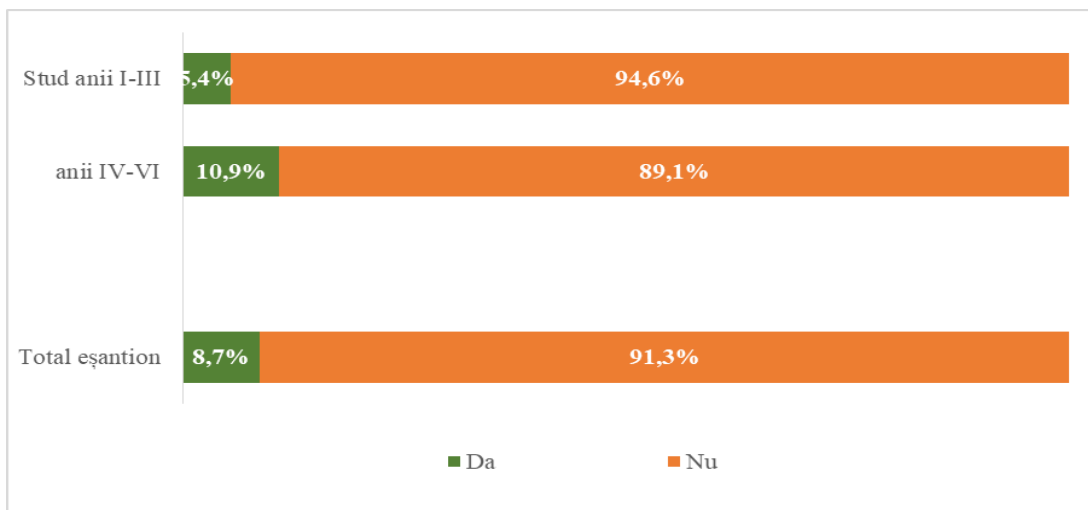


Fig. 4.14. Cunoașterea procedurii de consultare a proiectelor de acte normative

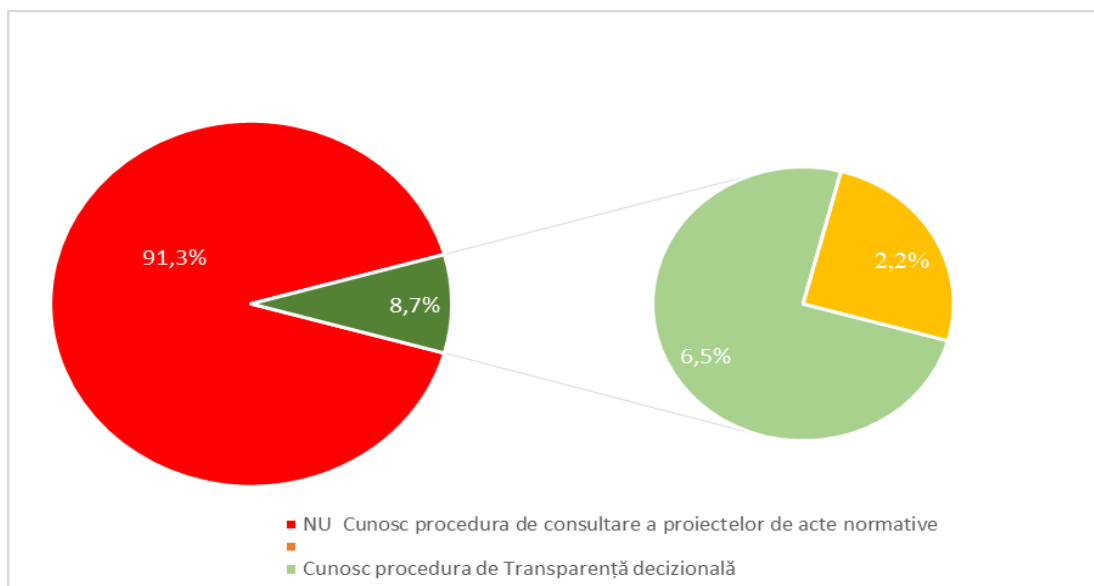


Fig. 4.15. Cunoașterea procedurii de consultare a proiectelor de acte normative/transparență decizională

Toți cei care cunosc procedura de transparență decizională o consideră foarte oportună.

Bariere în practicarea meseriei:

- 1) lipsa locurilor de muncă,
- 2) acces limitat la tehnologie;
- 3) venitul mic
- 4) șanse mici de promovare

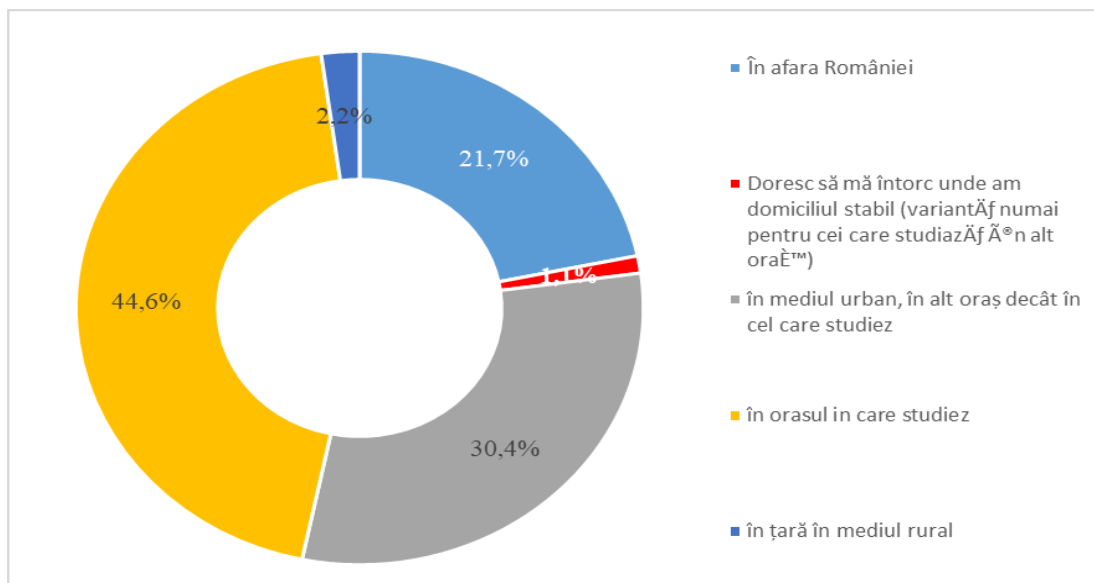


Fig. 4.16. Intenția de practicare a meseriei

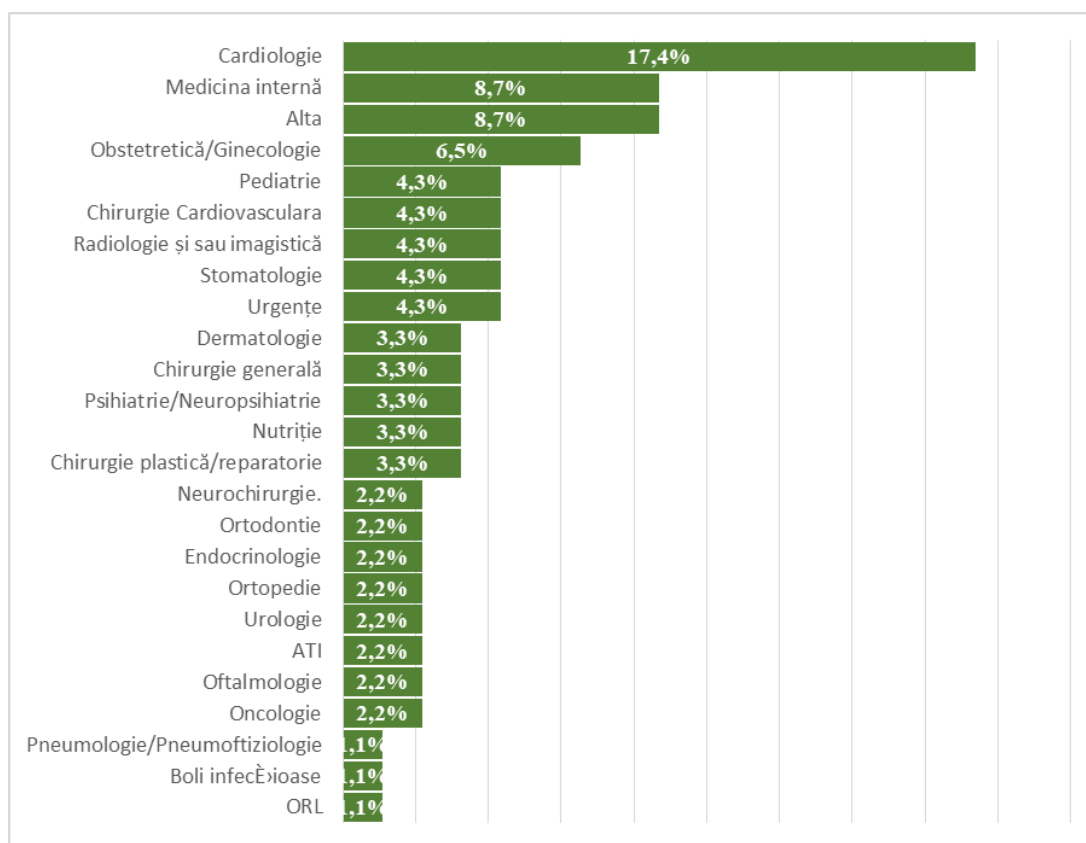


Fig. 4.17. Specialitatea (prima specialitate) dorită pentru pregătire/practicare

4.5 Concluzii parțiale

1. Majoritatea studenților consideră că în spitalele din România, nu se asigură un mediu de lucru performant și motivant, dotările necorespunzătoare cu echipamente medicale

reprezentând un factor important care contribuie la creșterea de migrație pentru medici. Un alt motiv de nemulțumire, indicat de studenți, este subfinanțarea sistemului de sănătate, care afectează atât pacienții cât și personalul medical. Studenții consideră că, prin colectarea contribuțiilor la sănătate, de către ministerul finanțelor, nu se asigură o alocare suficientă a fondurilor către sistemul sanitar românesc.

2. Diferența de percepție, privind respectul resimțit, se poate explica prin cumularea mai multor factori precum propria experiență a medicilor rezidenți sau situații prin care alte persoane cunoscute au trecut, dar și prin modul lipsit de neutralitate în care massmedia promovează imaginea medicilor în România.

3. Se poate observa o concentrare a medicilor de diverse specialități în zone în care funcționează instituții de învățământ medical superior, iar o măsură de corecție a deficitului major de medici specialiști în celalalte zone poate fi luată prin dirijarea rezidenților în anii de finalizare a pregătirii, sub coordonarea medicilor primari din teritoriu, în unitățile sanitare deficitare.

4. Atât la nivel național cât și la nivel european, se înregistrează o reală criză (tot mai acută) de medici, în diverse specialități, care să asigure asistența medicală

5. Studiul nostru a arătat un nivel crescut al interesului studenților din anii I-III – 53,2% privind modificările legislative, în timp ce 40,0% dintre studenții din anii IV-VI se informează mai rar decât anual. Opinia generală este că legislația se modifică prea des. Ponderea studentelor care cred acest lucru este de 63%. Aceași opinie este împărtășită de numai 44% din studenții bărbați.

6. Peste 73,0% din studenții din anii I-III și 52,7% din studenții din anii IV-VI folosesc ca sursă de informare mass media (televiziunea sau presa scrisă).

7. În cazul studenților din anii IV-VI, a doua sursă de informare ca frecvență este dată de site-urile de specialitate precum avocat.net sau lex.ro. Site-ul Ministerului Sănătății este ultima varianta de informare, ca frecvență, pentru toți studenții.

8. Deși în centrele universitare din Craiova și Tg. Mureș niciun student nu a participat la cursuri de legislație, iar un procent modest, 6,7%, din studenții facultății de medicină din București au participat la asemenea cursuri, 36,7% dintre studenții din Sibiu și Arad au urmat cursuri de legislație.

9. În ceea ce privește utilitatea schimbărilor legislative, studenții au, mai degrabă, o opinie neutră sau negativă. Mai puțin de un sfert dintre studenții din anii IV-VI consideră modificările utile și aproximativ 37% din studenții din anii I-III consideră că modificările sunt utile sau foarte utile.

10. Se impune introducerea în curricula studenților la medicină, mai ales în anii terminali, a unor cursuri privind legislația sanitară, reglementările legale în cazurile de malpraxis, cât și cu privire la drepturile și responsabilitățile medicului în România.

Capitolul 5. Analiza impactului modificărilor legislative asupra sănătății publice în context epidemiologic

5.1 Scop și obiective

Scopul acestui studiu este de a stabili în ce măsură actele normative în domeniul sanitar, cu aplicabilitate la nivelul tuturor unităților sanitare și al întregii populații, determină modificări în comportamentul comunitar și individual, precum și la nivelul organizării sistemului de sănătate, pentru a putea controla, epidemiologic, situația, în cazul unei boli transmisibile.

Obiectivele cercetării. În studiul de față, ne propunem să analizăm din punct de vedere al situației epidemiologice actuale dinamica actelor normative din sectorul sanitar, începând de la nivelul de ordine de ministru până la hotărâri de guvern, ordonanțe ale guvernului și legi, care au influențat activitate de combatere a evoluției epidemiei de SARS-COV2 în țara noastră, în anul 2020.

5.2. Metodologia cercetării. Material și metode.

Am efectuat o analiză critică a actelor normative emise de Ministerul Sănătății sau de Guvern, în contextul pandemiei de SARS-COV2, cu scopul de a controla și preveni răspândirea infecției la un nivel care să nu poată fi controlat de autorități și de sistemul de stat. Am evaluat schimbările de comportament al populației, în perioada stării de urgență și a stării de alertă, produse atât de prevederile legale nou apărute, cât și de emoțiile individuale, generate de posibilitatea infectării cu SARS-COV2.

5.3. Rezultate și discuții

Pe parcursul primelor cinci luni de evoluție a infecțiilor cu virus SARS-CoV-2, virus care nu a afectat în trecut populația umană, au fost observate și consemnate câteva caracteristici generale ale acestui fenomen:

- transmitere prin contact apropiat și obiecte contaminate
- rata de contagiozitate, în absența oricăror măsuri de control, între 2.5 - 3
- perioada de incubație între 2 - 14 zile
- nu a fost dezvoltat un medicament antiviral eficient pentru infecție
- nu a fost dezvoltat un vaccin pentru imunizarea populației

Transmiterea aerogenă a făcut posibilă infectarea populațiilor de pe întreg globul, fiind dificil de controlat, rapid și eficient (în comparație cu agenți patogeni transmiși prin apă, aliment, sânge etc.).

Rata de contagiozitate, mai ridicată decât a altor agenți patogeni, cuplată cu transmiterea aerogenă, duce la infectarea rapidă a populației expuse, în absența unor măsuri de control, având posibilitatea de a genera focare extinse, comunitare și de a suprasolicita sau depăși sistemele sanitare.

Intervalul larg al perioadei de incubație, face ca observarea eficienței implementării unor măsuri de limitare și control al infecțiilor, precum și efectul unor măsuri de relaxare, să fie aparent, abia după 14 - 21 de zile de la implementare.

Imposibilitatea dezvoltării într-un timp foarte scurt a unor antivirale eficiente pentru tratarea bolnavilor sau a unui vaccin pentru imunizare, împotriva unui virus nou descoperit, face ca principalele mijloace de răspuns, pentru limitarea și controlul îmbolnăvirilor, să fie măsuri non-medicale.

La data de 14 iulie, pe baza numărului de cazuri confirmate în România și pe baza unor studii publicate de alte State, referitoare la populația estimată a fi infectată, se poate concluziona că, în continuare, peste 95% din populația României nu prezintă imunitate față de acest virus și este, în continuare, susceptibilă pentru infectare.

Caracteristicile observate ale virusului, precum și procentul de populație susceptibilă de infectare duc la unele concluzii preliminare referitoare la posibila evoluție

și la nevoia de implementare a unor măsuri non-medicale de prevenire și control necesare.

În urma deciziilor de relaxare, etapa I de la 15 mai, etapa II de la 1 iunie, etapa III de la 15 iunie, au rămas în vigoare doar restricțiile de deplasare cu avionul spre și dinspre unele state, restricții pentru activități în restaurante, în spații închise, restricții pentru organizarea de evenimente în spații închise și restricții pentru derularea de evenimente cu peste 500 de participanți în spații deschise. Reluarea accelerată a tuturor celorlalte activități (în condițiile în care nu se poate verifica în mod realist respectarea condițiilor de funcționare și comportament al populației), cuplată cu posibilitatea de mișcare neîngrădită a persoanelor dintr-un județ în altul, relaxarea efectivă a populației în privința pandemiei, cât și un trend susținut de informații fake-news și de negare atât a seriozității pandemiei, cât și a necesității măsurilor luate, pot duce inevitabil la menținerea unui trend puternic ascendent al infecțiilor.

Analiza distribuției cazurilor noi de Covid-19, la nivel județean, relevă comportamente diferite, din punct de vedere al infectării cu SARS-CoV2. Astfel, există județe care au avut un număr mai mare de cazuri la începutul perioadei analizate, număr care a scăzut în timp (ex. Arad), există județe cu valori constante, pe toată perioada analizată (ex. municipiul București), și județe cu tendințe oscilante (ex. Bihor), și nu în ultimul rând, există județe care nu au avut cazuri sau au avut un număr foarte mic de cazuri la începutul epidemiei și care au început să înregistreze o creștere a numărului de cazuri ulterior introducerii măsurilor de relaxare (ex. Brăila).

5.3.2 Analiza impactului modificărilor legislative asupra situației epidemiologice generată de infecția cu COVID 19

Pentru gestionarea situației epidemiologice, au fost activate Comitetul Național pentru Situații Speciale de Urgență, parte a sistemului național de management al situațiilor de urgență și Grupul de suport tehnico-științific privind gestionarea bolilor înalt contagioase pe teritoriul României – organism de suport tehnic. Sistemul Național de Management al Situațiilor de Urgență a fost înființat în 2004 prin Ordonanța de urgență nr. 21^[10]. Departamentul pentru situații de urgență funcționează ca structură operațională, fără personalitate juridică, în cadrul Ministerului Afacerilor Interne și are atribuții de coordonare la nivel național a activităților de prevenire și gestionare a situațiilor de urgență. Documentele tehnice adoptate la nivelul grupului de suport tehnico-științific sunt

înanitate spre aprobare Comitetului Național pentru Situații Speciale de Urgență (CNSSU), organism abilitat să ia decizii în astfel de situații. Din punct de vedere legislativ pentru gestionarea "situației Covid" au fost emise hotărâri de guvern, ordonanțe militare, ordine ale comandantului acțiunii. Pe perioada pandemiei, au fost atacate la Curtea Constituțională atât actele normative emise pentru gestionarea situației cât și acte normative anterioare, care reglementau la modul general măsurile de combatere a bolilor infecțioase.

La data de 3 iunie 2020, Avocatul Poporului a sesizat CCR o excepție de neconstituționalitate referitoare la mai multe articole din Legea nr. 55/2020 privind unele măsuri pentru prevenirea și combaterea efectelor pandemiei de COVID-19, potrivit unui comunicat al instituției. Sesizarea a avut în vedere excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 25 alin.(2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și ale art. 8 alin.(1) din Ordonanța de Urgență a Guvernului nr.11/2020 privind stocurile de urgență medicală, precum și unele măsuri aferente instituirii carantinei. Excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor Legii nr. 55/2020 a vizat prevederile următoare (precizate cu titlu limitativ) din Legea nr. 55/2020: Art. 4 alin. (3) și (4): "când starea de alertă se instituie pe cel puțin jumătate din unitățile administrativ teritoriale de pe teritoriul țării, măsura se supune încuviințării Parlamentului. Parlamentul se pronunță în ședință comună a Camerei Deputaților și Senatului, în termen de 5 zile de la data solicitării de încuviințare. Dacă Parlamentul respinge solicitarea de încuviințare, starea de alertă încetează de îndată. Parlamentul poate încuviința măsura adoptată de Guvern integral sau cu modificări".

În urma deliberărilor, Curtea Constituțională, cu unanimitate de voturi, a admis excepția de neconstituționalitate și a constatat că anumite dispoziții din Legea nr. 55/2020 privind unele măsuri pentru prevenirea și combaterea efectelor pandemiei de COVID-19 sunt neconstituționale.

Raționamentul Curții Constituționale este subsumat astfel:

- Parlamentul a cumulat funcțiile legislativă și executivă, cu consecința încălcării principiul separației și echilibrului puterilor în stat, consacrat de art.1 alin.(4) din Constituție;
- S-a denaturat regimul juridic al hotărârilor de Guvern, ca acte de executare a legii, cu consecința încălcării art.108 din Constituție;

- S-a creat un regim juridic confuz al hotărârilor de Guvern, de natură să ridice problema exceptării acestora de la controlul judecătoresc, cu consecința încălcării prevederilor art. 21, art. 52 și art. 126 din Constituție, care consacră accesul liber la justiție, dreptul persoanei vătămate de o autoritate publică și garantarea controlului judecătoresc al actelor administrative ale autorităților publice, pe calea contenciosului administrativ, cu excepția celor care privesc raporturile cu Parlamentul, precum și a actelor de comandament cu caracter militar.

Excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 25 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și ale art. 8 alin.(1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 11/2020 privind stocurile de urgență medicală, precum și unele măsuri aferente instituirii carantinei, a vizat următoarele prevederi legale: art. 25 alin. (2) din Legea nr. 95/2006: "Măsurile privind prevenirea și gestionarea situațiilor de urgență generate de epidemii, precum și bolile transmisibile pentru care declararea, tratamentul sau internarea sunt obligatorii se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății;

În cazul epidemiilor/pandemiilor sau situațiilor de urgență de sănătate publică internaționale declarate de Organizația Mondială a Sănătății, dacă exista un risc iminent pentru sănătatea publică, cu respectarea Regulamentului sanitar internațional (2005), la propunerea Grupului tehnic de experți ai Ministerului Sănătății, ministrul sănătății instituie carantina pentru persoanele care intră pe teritoriul României din zonele afectate, ca măsură de prevenire și limitare a îmbolnăvirilor".

Pe perioada suspendării unora dintre măsurile impuse pe baza unor acte normative emise la nivelul Guvernului și al Ministerului Sănătății, pentru limitarea efectelor pandemiei, perioada în care măsurile au avut caracter de recomandare, numărul de cazuri identificate a crescut peste numărul estimat. Astfel, în ultima parte a perioadei analizate (3/06-15/06), se observă o creștere sensibilă a numărului de cazuri noi, a cazurilor severe din secțiile de ATI și a ratei medii de pozitivitate calculată ca medie mobilă, de la valori de 1.7% la valori de 2.8%. Tot în această perioadă, a fost înregistrat, din nou un raport subunitar între numărul de pacienți vindecați și numărul de pacienți confirmați, după aproximativ o lună de valori supraunitare. Această tendință crescătoare ar putea fi explicată prin dinamica relaxărilor sectoriale din ultima perioadă și a gradului diminuat de respectare a măsurilor de distanțare fizică impuse.

Continuarea introducerii unor măsuri suplimentare de relaxare, nerespectarea măsurilor de prevenție și a distanțării sociale, interacțiunea prelungită cu grupuri mari și diverse de persoane, impactul sezonității și perioada de timp până la apariția unui vaccin sau a unui medicament eficace vor influența major probabilitatea de apariție a valurilor secundare.

5.4 Concluzii parțiale

În urma analizei datelor statistice, privind evoluția epidemiei de COVID 19 în țara noastră și a modificărilor legislative impuse de aceasta, putem emite următoarele concluzii parțiale:

1. Măsurile aplicate de autorități în perioada 15.03.-15.05.2020 s-au dovedit a fi eficiente, în reducerea impactului epidemiei Covid19 în România. Ritmul de creștere accelerată a numărului nou de cazuri, înregistrat zilnic, până la începutul lunii aprilie a fost înlocuit de o tendință de evoluție ușor descrescătoare a numărului nou de cazuri zilnice, care s-a menținut până la mijlocul lunii mai, evitând vârfurile de incidență mult mai înalte, înregistrate în țări precum Italia, Spania, Franța, etc. în ciuda numărului mare de cetățeni întorși în România, din aceste țări, după izbucnirea epidemiei (incidența maximă pe ultimele 14 zile ale perioadei la 100.000 locuitori a fost de 58 în România, față de 217,5 în Spania, 124 în Italia, 110,7 în Marea Britanie, 86,3 în Germania și 86,1 în Franța).
2. După 15.05 tendința evoluției numărului de persoane confirmate zilnic s-a modificat, trecând de la ușor descrescătoare la puternic crescătoare, consecința probabilă a relaxării măsurilor de control al răspândirii virusului.
3. După 10.07 rata creșterii numărului persoanelor confirmate s-a accelerat mult în contextul vidului legislativ privind izolarea și carantina, cauzat de admiterea cererilor de control constituțional.
4. Capacitatea de răspuns a serviciilor de sănătate nu a fost depășită, deși tendința numărului de pacienți Covid19 internați în ATI a fost una crescătoare.
5. Având în vedere tendința puternic crescătoare a evoluției numărului de persoane confirmate pozitiv, mai ales după 15.06, când cazurile înregistrate au depășit și s-au menținut peste valoarea de 1000 cazuri/zi, a fost necesară o actualizare și analiză a evoluției epidemiei mai frecventă și extinsă la nivelul zonelor fierbinți, pentru a identifica

precoce tendințele de accelerare a trendurilor și a se decide dacă se impune introducerea de măsuri preventive suplimentare, punctuale, la nivel local.

6. Măsurile de control al epidemiei, aplicate în județele care au înregistrat cele mai ridicate incidențe în perioada 1.04-15.05, cum au fost Suceava, Mureș, Arad și Hunedoara, au avut rezultate bune, înregistrându-se o scădere importantă a incidenței după 20.05, mai ales în Mureș, Arad și Hunedoara. În aceste trei județe, incidența s-a menținut după 1.06 la valori semnificativ mai mici decât media țării. Există însă și județe în care măsurile de control al epidemiei au fost mai puțin eficace: Argeș, Brașov, Dâmbovița, Galați, Buzău, Prahova, Vrancea, București și Brăila, în care incidența cazurilor noi a înregistrat o tendință puternic crescătoare, după 1.06.

6. Concluzii și recomandări

1. În ultimii 20 ani, sistemul sanitar din România nu a beneficiat de un management unitar, cu toate că toți actorii politici consideră domeniul sănătății, cel puțin la nivel declarativ, drept o prioritate.

2. Procesul de reformă al sistemului de sănătate din România a început în 1990, însă progresele realizate au fost ne semnificative în încercarea de a reduce povara de la nivelul serviciilor spitalicești prin creșterea utilizării medicilor de familie și a serviciilor în ambulatorii. Pe de altă parte, atât la nivel național cât și la nivel european, se înregistrează o reală criză de medici, în diverse specialități, care să asigure asistența medicală corespunzătoare.

3. Analiza critică a reglementărilor actuale privind organizarea serviciilor de sănătate și a formării profesionale a resurselor umane a relevat un sistem sanitar afectat de schimbările politice frecvente, în sensul:

- absenței unui cadru strategic stabil;
- lipsei unei legislații coerente, predictibile și sustenabile;
- reorganizării structurilor și instituțiilor din domeniu, prea des și imprevizibil;
- lipsei unei prognoze privind necesarul resursei umane din domeniul sanitar, pe specialități;
- inadecvării sistemelor IT care asigură gestionarea resurselor umane (incomplete și

depășite);

- subfinanțării constante.

4. Procesul de reformă prin descentralizarea responsabilității managementului spitalelor de nivel inferior, cu măsuri de corectare a erorilor legislative și stabilirea unui set de indicatori care să contribuie la definirea priorităților în politicile de sănătate și pentru ameliorarea performanței sistemului medical, trebuie să continue iar direcțiile de acțiune ar trebui să urmărească:

- elaborarea unui cadru legal stabil privind organizarea instituțiilor de sănătate, implicate în domeniul prevenției, revizuirea programelor naționale de sănătate;
- elaborarea unei noi legi a sănătății;
- salarizarea adecvată și valorizarea profesională a personalului medical;
- finanțarea adecvată a activităților derulate, pentru rezolvarea problemelor de sănătate în modul cel mai rapid, echitabil și eficient economic,
- eficientizarea și depolitizarea managementului structurilor de specialitate, precum și a instituțiilor cu responsabilități în asistența medicală preventivă;
- identificarea exactă a numărului de medici rezidenți momentan, dar și în dinamică, astfel încât prognozele referitoare la gradul de acoperire cu specialiști să stea la baza scoaterii la concursul național de rezidențiat a numărului de posturi, pentru fiecare specialitate.
- formarea continuă, realizată prin programe de pregătire continuă organizate de unități care să țină cont de nevoile reale ale personalului, adaptate nivelului posturilor, categoriei și nivelului de specializare a funcțiilor beneficiarilor; gradul de nouitate și utilitate ale majorității informațiilor/temelor teoretice prezentate să fie corelat cu informația de nivel internațional, în domeniul respectiv.
- dezvoltarea în carieră bazată pe obligativitatea parcurgerii unor etape ierarhice de nivel inferior și mediu anterior numirii pe funcții de conducere de nivel superior.

5. Evaluarea percepției studenților înmatriculați în universitățile din România la specializarea medicină este una preponderent neutră și negativă, cu privire la impactul modificărilor legislative asupra calității serviciilor medicale a pus în evidență aceleași

concluzii. Există un nivel crescut de interes pentru informarea asupra cadrului legal din domeniul sanitar însă cu aprecierea că modificările frecvente de legislație nu vin neapărat în sprijinul activității medicale. Sursa principală de informare rămâne mass media (televiziunea sau presa scrisă) pentru majoritatea respondenților, urmată ca frecvență de site-urile de specialitate, site-ul Ministerului Sănătății fiind ultima varianta de informare, pentru toți studenții.

6. Un număr modest de studenți a participat la cursuri de legislație, dar majoritatea consideră necesar introducerea în curricula universitară, la medicină, mai ales în anii terminali, a unor cursuri privind legislația sanitară, reglementări în cazurile de malpraxis, cât și drepturile și responsabilitățile medicului în România, ținând cont de faptul că studenții în anii mai mari tind să se informeze mai rar. Lipsa de informare a studenților cu privire la încadrarea medicilor din România în statutul de funcționari publici poate avea un impact negativ asupra percepției, asupra drepturilor și îndatoririlor specifice, în cursul exercitării viitoarei profesii.

7. Mijloacele de motivare și recompensare ale personalului lipsesc sau sunt ineficiente, predictibilitatea evoluției în carieră fiind redusă, din cauza lipsei unor instrumente care să permită personalului o planificare realistă a etapelor profesionale din carieră. Majoritatea studenților consideră că subfinanțarea sistemului de sănătate, care afectează atât pacienții cât și personalul medical, precum și lipsa asigurării un mediu de lucru performant și motivant în spitalele din România, alături de dotările necorespunzătoare cu echipamente medicale, reprezintă factori importanți, care contribuie la creșterea migrației medicilor, spre alte state.

8. Demersul de consiliere și orientare profesională pentru studenții mediciști este recomandat, pentru a veni în întâmpinarea nevoilor de explorare, clarificare și alegere a viitorului profesional, proces în care pot fi implicate cadre didactice, consilieri profesionali, medici specialiști, medici rezidenți, chiar și studenți din anii terminali.

9. Impactul inconsecvenței și al vidului cadrului legislativ în domeniul carantinei și izolării persoanelor infectate au dus la creșterii accelerată a numărului persoanelor confirmate după 10 iulie 2020. Cu toate acestea, capacitatea de răspuns a serviciilor de sănătate nu a fost depășită, deși, tendința numărului de pacienți Covid19 internați în ATI a fost una crescătoare.

14. Măsurile de control al epidemiei aplicate sub coordonarea INSP au dovedit valoarea și profesionalismul specialiștilor din domeniul medicinei preventive, precum și a celor din DSP-urile din teritoriu, în ciuda numărului insuficient sau chiar lipsa acestora din multe județe.

15. Actuala provocare la adresa securității României a demonstrat necesitatea creșterii capacității de reacție a sistemului de sănătate publică prin dezvoltarea sistemului de prevenție.

Recomandări

Se impune urgentarea de către Ministerul Sănătății, UMF și CMR a elaborării programelor de formare profesională în specialitățile de medicină preventive deficitare, epidemiologie, igienă, sănătate publică și medicina muncii.

De asemenea, recomandăm elaborarea unei strategii de dezvoltare a unei rețele de laboratoare acreditate, în toate domeniile de interes, prin asigurarea de infrastructura corespunzătoare, dotarea acestora cu echipamente și atragere de resursă umană specializată.

În consecință, ca urmare a atribuțiilor și responsabilităților care le revin, factorii decizionali, sunt datori să elaboreze programele și planurile de acțiune cu precizarea clară a obiectivelor, activităților, termenelor și responsabililor implicați.

Pornind de la problemele constatate, care țin de sfera legislativă și procedurală, dar și din problemele de resursă umană, incapacitate managerială, insuficienta educație sanitară a populației este necesară stabilirea unor direcții clare de acțiune care să țină seama de resursele umane, materiale și financiare de care dispune la acest moment sistemul sanitar.

7. Limitele cercetării și perspectiva de cercetare

Chiar dacă lucrarea de față contribuie la documentarea și clarificarea unor aspecte referitoare la impactul modificărilor legislative și organizatorice din sistemul sanitar asupra calității serviciilor de sănătate, din perspectiva formării și instruirii resursei umane, cercetarea noastră are o serie limite, care, coroborate însă cu rezultatele obținute, furnizează noi direcții de cercetare viitoare.

În primul rând, datorită naturii dinamice și temporale a legislației, în general și a legislației sanitare secundare în particular, utilizarea unui studiu asupra unor subdomenii ale sistemului sanitar, ca alternativă la studiul transversal adoptat în această lucrare, ar permite validarea rezultatelor obținute în cadrul cercetării de față.

În al doilea rând, în studiul impactului modificărilor legislative și organizatorice din sistemul sanitar asupra calității serviciilor de sănătate, o altă limitare rezultă din faptul că acest impact este unul plurifactorial. Asupra resursei umane din sistemul sanitar românesc în perioada studiată, au acționat atât factorii legislativi, dar și cei socio-economici, astfel încât criza resursei umane din sistemul sanitar poate fi coroborată, până la un punct, cu nivelul de salarizare sau cu aspectele privind recunoașterea socială a profesiilor din domeniul sanitar; dar așa cum am arătat, criza această nu afectează doar România, ci și alte state din Uniunea Europeană.

În al treilea rând, la modelarea resursei umane care activează în sistemul sanitar românesc a contribuit, după aderarea României la Uniunea Europeană, și posibilitatea profesării într-un alt stat, în condiții de remunerare net superioare. Nu sunt de neglijat și alte beneficii, cum ar fi sistem sanitar consolidat, în privința asigurărilor de sănătate și sociale sau unități sanitare dotate cu aparatură adecvată.

În acest context, considerăm că se impune investigarea posibilității modelării necesarului de resurse umane pe regiuni, cu ajutorul unor variabile, care să țină cont atât de numărul de locuitori, de piramida vârstelor, de morbiditatea specifică, de specificul geografic al regiunii, dar și de rețeaua primară și secundară (existentă) de asistență medicală.

Concluziile desprinse în urma cercetării, cu limitele identificate, dar și direcțiile propuse, pot fi un punct de pornire, atât pentru tineri cercetători, care doresc să aprofundeze tema cercetată, studiind și încercând să aducă noi concluzii în ceea ce privește unele aspecte legislative, cât și pentru înalți decidenți, care pot utiliza rezultatele obținute pentru fundamentarea unor politici de sănătate publică și strategii care să corespundă nevoilor reale ale societății românești din secolul XXI și în același timp, să poată fi adaptate în timp real unor provocări/situații de urgență epidemiologică, inclusiv pandemii.

Bibliografie

¹ WHO 2007 „Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action” (PDF)

² World Health Organization. WHO Press, Geneva, 2010, Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies.

³ https://ec.europa.eu/health/workforce/overview_ro

⁴ Directiva 2011/24/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere

⁵ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Romania: Profilul Sănătății în 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285392-ro>

⁶ https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_ro

⁷ https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_page&lang=en

⁸ Panait C., Supply vs. demand of health services in the actual demographic context of the actual demographic context of the actual demographic context of Romania, Management in health XV/4/2011; pp. 11-18

⁹ Ministerul sănătății, Sănătate pentru prosperitate 2014, <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2016/10/Anexa-1-Strategia-Nationala-de-Sanatate-2014-2020.pdf>

¹⁰ Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 21/2004 privind Sistemul Național de Management al Situațiilor de Urgență