



UNIVERSITATEA
BABEȘ-BOLYAI



Departamentul de
Sănătate Publică
Universitatea Babeș-Bolyai



Centrele de permanență, alternativă la serviciile medicale de urgență spitalicești ?

**Dr. Mihai NEGREA, Ioana BLAGA,
Diana NEMEȘ, Dr. Marius-Ionuț UNGUREANU**

*Departamentul de Sănătate Publică, Facultatea de Științe Politice, Administrative
și ale Comunicării, Universitatea Babeș-Bolyai Cluj-Napoca*



1. Serviciile de medicină primară în afara orelor de program în Europa

Conform unui studiu publicat în 2020 [1], aproape toate țările din spațiul european (SEE + UK) oferă servicii permanente de medicină primară în diverse forme de organizare.

Cabinet individual al medicului de familie	<i>Medicul de familie are grijă de proprii săi pacienți 24 de ore pe zi, 7 zile pe săptămână.</i>
Grupuri de rotație	<i>Grupuri mici de medici de familie, alcătuite din aproximativ 4-15 membri care lucrează în aceeași regiune. Fiecare medic de familie are o tură de serviciu în afara programului obișnuit, pentru populația de pacienți a tuturor membrilor grupului de rotație.</i>
Cooperative medicale	<i>Organizații de mari dimensiuni, alcătuite din aproximativ 15 până la peste 250 de medici de familie. Medicii de familie se succed în serviciu în afara programului obișnuit, pentru populația de pacienți a tuturor medicilor participanți. Cooperativele medicale pot fi susținute de asistente medicale, personal de management, șoferi, etc.</i>
Departamente de urgență	<i>Medicul de familie nu are un rol în îngrijirea pacienților în afara programului obișnuit; în schimb, departamentul de urgență al spitalelor se ocupă de îngrijirea primară a pacienților în afara programului obișnuit.</i>
Îngrijire primară integrată în spitale	<i>Medicii de familie lucrează în cadrul departamentului de urgență al spitalelor în afara programului obișnuit.</i>
Servicii externalizate	<i>Societăți comerciale de plasare forță de muncă angajează medici de familie pentru a prelua atribuțiile medicilor de familie punctual.</i>
Servicii de triaj telefonic și sfaturi	<i>Pacienții pot contacta un profesionist cu pregătire medicală la un număr de telefon național/regional. Acest profesionist oferă sfaturi sau îndrumă pacientul către profesionistul cel mai potrivit. Dacă triajul telefonic este implementat într-un alt model organizațional (de exemplu, cooperativa medicală), această categorie nu se aplică.</i>
Centre de îngrijire primară	<i>Centre în care pacienții pot merge fără programare prealabilă pentru tratarea de leziuni sau afecțiuni minore. Personalul medical din astfel de centre operează sub supravegherea unui medic de familie.</i>
Centre pentru leziuni minore sau Centre fără programare	<i>Centre în care pacienții pot merge fără programare prealabilă pentru tratarea de leziuni sau afecțiuni minore și pot solicita informații medicale și sfaturi de la un asistent medical calificat.</i>

Tabel 1. Tipuri de servicii de permanență în Europa [1]

Cele mai populare sunt centrele medicale de permanență cooperative, clinicile de pacienți cu afecțiuni acute deservite de medici de medicină primară și centrele de permanență rotative.

Primele două forme sunt preferate deoarece, spre deosebire de cele rotative, pot fi extinse în funcție de necesitățile pacienților dintr-o anumită zonă și pot beneficia de mai mulți specialiști simultan, funcționând asemenea spitalelor. Un exemplu relevant de structurare a serviciilor medicale este cel întâlnit în Țările de Jos, care, având o populație similară cu cea a României, au fost clasificate timp de 10 ani ca fiind unul dintre cele mai bune sisteme de sănătate din Europa, conform Euro Health Consumer Index [2]. Țările de Jos dispun de 160 de centre medicale de medicină primară pentru pacienții cu afecțiuni acute, care funcționează 24 de ore pe zi, 7 zile pe săptămână, inclusiv în zilele de sărbătoare legală, oferind inclusiv servicii chirurgicale și de spitalizare peste noapte. Practic, aceste centre acoperă toate nevoile urgente de bază ale întregii populații, astfel încât pacienții să se adreseze spitalelor doar în cazurile care necesită o înaltă calificare sau specializare.

O schimbare către dezvoltarea îngrijirilor medicale de urgență și reorganizarea îngrijirilor primare în afara orelor de program are loc în multe țări europene în scopul de a reduce presiunea asupra serviciilor de îngrijire de urgență organizate în departamente de urgență cu costuri ridicate. Deși această schimbare nu poate aborda factorii legați de cerere, care depind foarte mult de schimbările în tendințele sănătății populației, cum ar fi îmbătrânirea populației, prevalența crescută a afecțiunilor cronice și optimizările tehnologiilor medicale, ea are potențialul de a îmbunătăți eficiența și calitatea îngrijirii [3].

În cazul României, asistența medicală primară este adesea subestimată, subutilizată și nu beneficiază de rolul central necesar în coordonarea serviciilor de sănătate, ceea ce generează presiuni semnificative asupra nivelurilor secundare și terțiare [4]. Aceste consecințe se datorează inconsecvenței accesului la resurse, a finanțării și a politicilor de formare pentru asistența medicală primară, care generează un model fragmentat de îngrijire medicală și amplifică inegalitățile între zonele urbane și rurale în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate [4].

2. Organizarea centrelor de permanență în România

În expunerea de motive a legii privind înființarea centrelor de permanență [5], se subliniază importanța îmbunătățirii stării de sănătate a populației ca parte a strategiei Guvernului României cuprinsă în programul de guvernare 2001-2004. Conform acesteia, îngrijirea sănătății trebuie să fie un bun social și colectiv pentru toți cetățenii României, garantându-se accesul liber și echilibrat la serviciile de sănătate.

Traumatismele majore și urgențele medicale constituie adesea doar o parte din sarcina de lucru a serviciilor de medicină de urgență, deoarece acestea trebuie să se ocupe și de mulți pacienți care suferă de afecțiuni care ar fi mai bine tratate în cadrul îngrijirilor primare. Acest lucru a reînnoit accentul pus pe îngrijirile de urgență ca servicii de medicină primară și ca modalitate de reducere a cererii pentru serviciile de îngrijire de urgență organizate ca departamente de urgență [6].

Pentru realizarea obiectivului strategic de a avea o Românie cu o populație mai sănătoasă, cu o morbiditate scăzută și mai puține decese premature, este necesară reducerea discrepanțelor dintre nevoile de îngrijire ale populației, pe de o parte, și structurile și orientarea serviciilor de sănătate existente, pe de altă parte. Sistemul sanitar actual este caracterizat de suprasolicitarea anumitor servicii, de ineficiența altora și de o orientare excesivă către serviciile spitalicești, în detrimentul celor ambulatorii și comunitare.

În strategia de sănătate 2023-2030, varianta 23.08.2023, se menționează în planul de acțiuni realizarea unei colaborări strânse între structurile de primiri urgențe și medicina primară prin înființarea de centre de permanență în aceste structuri sau în imediată proximitate, fiind menționate atât la obiectivul strategic "OS 4.2. Redefinirea Rolului și îmbunătățirea performanței asistenței medicale primare", cât și la "OS 4.7. Creșterea performanței și eficientizarea sistemului de asistență medicală de urgență" [7].

Principalele deficiențe identificate de către legiuitori la momentul adoptării legislației inițiale au fost:

1. programul medicului de familie nu asigură continuitatea asistenței medicale primare 24 de ore pe zi, inclusiv în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale.
2. se exercită o presiune nejustificată asupra camerelor de gardă din spitalele, având efecte negative asupra calității actului medical și costurilor (internări și transporturi nejustificate, servicii medicale ce pot fi oferite în ambulatoriu).
3. indicatorii privind starea de sănătate a populației nu sunt corespunzători.
4. unele drumuri județene și comunale se află în stare necorespunzătoare, îngreunând accesul la asistența medicală.
5. populația întâmpină dificultăți în a accesa anumite servicii medicale de suport (certIFICATE medicale, certificate de deces etc.).
6. durata relativ mare a timpului de intervenție în cazurile de urgență pentru serviciile de ambulanță, datorată distanțelor mari și condițiilor meteorologice dificile în anumite perioade ale anului.
7. reglementarea actualului sistem de asistență medicală între urgență prespitalicească și unitățile cu paturi.
8. calitatea scăzută a actului medical în asistența medicală primară, cauzată de dotarea insuficientă cu aparatură specifică.
9. comunicarea precară între medicina primară, de urgență și cea spitalicească.

Centrele de permanență ar trebui să fie parte integrantă a sistemului național de sănătate și au fost înființate în special pentru a asigura asistența medicală primară continuă. Centrele de permanență reprezintă forme de organizare fără personalitate juridică, funcționând pe baza unei convenții în cabinetele medicilor de familie sau în asocieri ale cabinetelor medicilor de familie, în afara programului obișnuit de lucru, în intervalul orar 15:00-08:00. În cazul în care cabinetul sau medicul are contract în același interval pentru desfășurarea activității pentru pacienții înscriși pe lista proprie, activitatea cabinetului medical individual este suspendată în relație cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate. În zilele libere și în sărbători legale, garda începe la ora 8:00 și durează 24 de ore.

Cu toate acestea, din proiectul de lege inițial și modificările ulterioare ale reglementărilor activității centrelor de permanență lipsesc două elemente esențiale pentru serviciile medicale moderne: serviciile centrate pe pacient (mai ales pe satisfacția pacienților) și asigurarea calității serviciilor medicale. De altfel, activitatea centrelor de permanență nu se află în evidența Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate (ANMCS), neexistând standarde pentru această activitate.

O listă minimă de indicatori care trebuie raportați lunar și o procedură de monitorizare a fost introdusă în mai 2023 [8]:

- a) numărul de persoane care s-au prezentat în centrul de permanență, adulți/copii;

- b) numărul de persoane care s-au prezentat în centrul de permanență pentru o afecțiune care nu a reprezentat o urgență medicală, adulți/copii;
- c) numărul de persoane pentru care s-a asigurat consultație, adulți/copii;
- d) numărul de persoane pentru care s-a asigurat tratament, adulți/copii;
- e) numărul de persoane pentru care s-a solicitat echipaj de urgență/ambulanță, adulți/copii;
- f) numărul de scrisori medicale emise pentru adulți/copii.

Trimestrial de asemenea autoritățile locale raportează 4 indicatori cantitativi [8]:

- a) numărul de centre de permanență care funcționează în sedii asigurate de către consiliile locale;
- b) cheltuieli efectuate pentru asigurarea utilităților;
- c) cheltuieli efectuate pentru asigurarea personalului auxiliar și a pazei cabinetelor medicale care participă la constituirea centrelor de permanență, indiferent de forma de organizare și sediu;
- d) cheltuielile cu plata personalului medical care își desfășoară activitatea în cadrul centrelor de permanență și a celor generate de dotarea trusei de urgență pentru centrele de permanență finanțate.

Din punct de vedere al organizării, centrele de permanență pot fi fixe sau mobile și funcționează în regim de gardă. De asemenea, acestea pot oferi îngrijiri medicale la domiciliu dacă dispun de o autospecială pentru activitatea desfășurată în afara cabinetului, însă nu avem informații dacă există astfel de autospeciale în uzul centrelor de permanență.

Deși există de aproape 20 de ani, rolul lor nu este clar definit în sistemul medical de urgență și/sau permanență, astfel că activitatea centrelor de permanență nu este integrată cu restul serviciilor de urgență: UPU/CPU și camerele de gardă ale spitalelor. Din acest motiv majoritatea cazurilor în afara programului normal de lucru se adresează acestora deși de multe ori ar putea fi mai eficient rezolvate ca servicii de medicină primară (De exemplu: administrarea de medicamente pentru afecțiuni cronice, eliberarea de rețete pentru afecțiuni cronice, proceduri pentru afecțiuni cronice).

2.1 Înființarea, funcționarea și desființarea centrelor de permanență

În general, în Europa, înființarea și funcționarea centrelor de permanență sunt în strictă dependență de modul de organizare al sistemelor de sănătate, chiar dacă principial sunt similare ca scop și obiective [6] și se acordă servicii medicale de calitate, atunci când e nevoie, la un nivel satisfăcător, cu promptitudine, optimizând costurile. Însă aceste scopuri și obiective nu pot fi atinse fără o coordonare coerentă a tuturor serviciilor de urgență, de cele mai multe ori neexistând o delimitare clară a serviciilor oferite și a rolului acestora în sistemul de sănătate.

În România, procedura de înființare a centrelor de permanență este următoarea:

1. identificarea nevoii: centrele de permanență sunt înființate în zone izolate, greu accesibile sau în localități în care autoritățile sanitare consideră necesară asigurarea continuității asistenței medicale primare. Lista zonelor și criteriilor pentru înființarea centrelor de permanență în fiecare județ este întocmită de Direcțiile de sănătate publică și este aprobată prin ordin de către ministrul sănătății, cu acordul consiliilor locale.

2. criteriile de înființare: în mediul rural, se înființează un centru pentru o populație de minim 5.000 de locuitori, cu excepția localităților izolate. În mediul urban, se înființează un centru în localitățile cu o populație mai mică de 25.000 de locuitori și un centru pentru fiecare 25.000 de locuitori în localitățile cu o populație mai mare de 25.000 de locuitori. Pentru fiecare grup de 10 localități deservite de centrele de permanență, se înființează și o substație SMURD.
3. evoluția numărului de centre: numărul de centre de permanență funcționale a crescut în ultimii 20 de ani, atât în mediul rural, cât și în mediul urban.

Pentru desființarea centrelor de permanență se iau în considerare următoarele aspecte:

1. dizolvarea convenției: centrul de permanență poate fi desființat în situația în care convenția în baza căreia funcționează este dizolvată.
2. anularea sau retragerea autorizației sanitare: centrul de permanență poate fi desființat în cazul în care autorizația sa de funcționare este anulată sau retrasă din motive precum abateri de la normele de funcționare.
3. scăderea populației: dacă populația deservită de un centru de permanență scade sub pragurile prevăzute pentru criteriile de înființare, acesta poate fi desființat.
4. adresabilitate scăzută: centrul de permanență poate fi desființat dacă are o adresabilitate scăzută, adică numărul de persoane care solicită serviciile sale este foarte mic (sub 300 de persoane pe lună în mediul urban și sub 150 de persoane pe lună în mediul rural, media anuală).
5. lipsa personalului necesar: dacă centrul de permanență nu are suficienți medici și asistente medicale pentru a asigura permanența, acesta poate fi desființat.

Managementul centrelor de permanență implică următoarele aspecte/atribuții:

1. medic coordonator: Direcția de sănătate publică numește un medic coordonator dintre cei asociați centrelor de permanență.
2. atribuții ale consiliilor locale: consiliile locale au atribuții în asigurarea spațiilor necesare desfășurării activității centrelor de permanență, asigurarea personalului auxiliar, dotarea minimă necesară funcționării centrelor și furnizarea utilităților necesare.
3. atribuții ale Direcțiilor de sănătate publică: Direcțiile de sănătate publică au atribuții precum arondarea teritorială a localităților la centrele de permanență, controlul organizării și desfășurării activității, precum și avizarea programării lunare a medicilor participanți.



Figura 1. Înființarea centrelor de permanență

4. Circuitul datelor: datele înregistrate de medici și asistenți medicali din centrele de permanență sunt înscrise în registre fizice, ulterior transmise către CNAS în SIUI (Sistemul Informatic Unic Integrat) și apoi către DSP Județeană/a Municipiului București. Direcțiile de Sănătate Publică colectează și monitorizează indicatori de activitate pentru a justifica necesitatea centrelor de permanență în diferite localități.

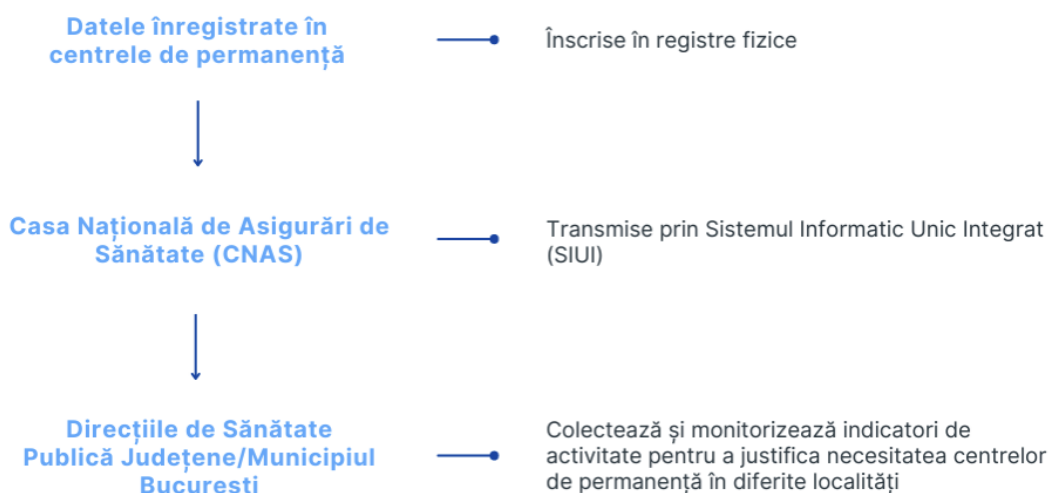


Figura 2. Circuitul informațional al centrelor de permanență

Validarea activității centrelor de permanență implică următoarele aspecte:

1. Casele Județene de Asigurări de Sănătate fac verificări pentru a evita suprapunerea activității medicilor de familie între cabinet și centrul de permanență.
2. Casele Județene de Asigurări de Sănătate acceptă plata facturilor calculate pe baza tarifului pe oră pentru medici și asistentele medicale în regim de gardă.
3. Direcțiile de Sănătate Publică verifică respectarea programului de lucru.
4. Direcțiile de Sănătate Publică colectează și monitorizează indicatori de activitate care să justifice necesitatea centrelor de permanență în diferite localități, cum ar fi realizarea numărului minim de consulturi.



Figura 3. Coordonarea și finanțarea activității centrelor de permanență

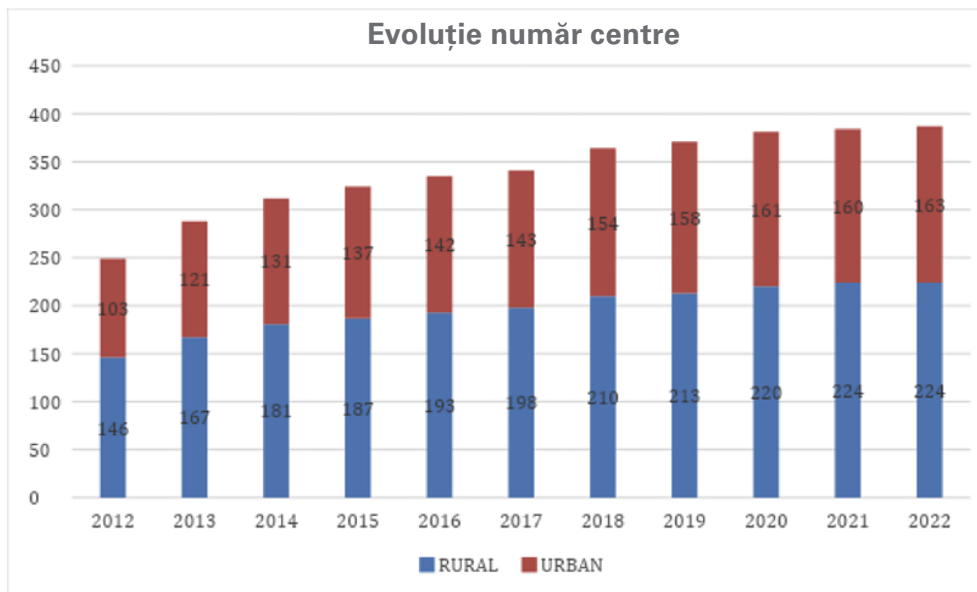


Figura 4. Evoluția numărului de centre de permanență în România. Sursa: Casa Națională de Asigurări de Sănătate

2.2. Finanțare

Din punct de vedere al veniturilor, centrele de permanență pot obține fonduri de la următoarele surse:

1. Autorități centrale: centrele de permanență pot primi finanțare de la Casa de Asigurări de Sănătate și din bugetul Ministerului Sănătății.
2. Consiliul local: bugetul local poate contribui la susținerea financiară a centrelor de permanență.

Din veniturile proprii ale bugetelor locale, pot fi suportate cheltuieli precum:

1. personalul: salariile și cheltuielile legate de personalul angajat în centrele de permanență.
2. trusele de urgență: cheltuielile pentru asigurarea truselor de urgență cu medicamente și materiale sanitare necesare acordării asistenței medicale.
3. achiziții: cumpărarea de aparatură și mobilier medical necesare desfășurării activității medicale de urgență.

Casele de Asigurări de Sănătate încheie contracte separate pentru activitatea centrelor de permanență și asigură sumele necesare pentru serviciile medicale din bugetul Ministerului Sănătății, în cadrul capitolului 66.01 "Sănătate". Tariful/oră decontat pentru medicii care asigură permanența în centrele de permanență este de 40 lei în spațiile puse la dispoziție de consiliile locale și 44 lei/oră în cazul medicilor care asigură permanența în spațiile proprii, în care funcționează și cabinetele medicilor de familie. Pentru cei care funcționează în spațiile proprii sau cele puse la dispoziție în cadrul convenției, tariful/oră este majorat cu 50%, ajungând la 60 lei. Tariful pentru asistenții medicali care participă la constituirea echipelor din cadrul centrelor de permanență variază între 22 și 22,5 lei.

2.3. Activitate

Beneficiarii centrelor de permanență sunt definiți în felul următor: orice persoană care solicită serviciile medicale, indiferent de calitatea de asigurat sau neasigurat al acestora. Medicii care își desfășoară activitatea în regim de gardă în centre de permanență pot iniția tratamente, elibera rețete și scrisori medicale de trimitere la alți specialiști, sau, în situația în care cazurile sunt complexe, pot fi trimise la unitatea de primiri urgențe cea mai apropiată prin Serviciul de Ambulanță Județean.

În anul 2022, s-au efectuat plăți în valoare de 206.383.547 lei pentru funcționarea centrelor de permanență. Numărul total de centre de permanență în acest an a fost de 383, conform informațiilor Ministerului Sănătății. Astfel, suma medie necesară pentru susținerea activității unui centru este de 538.860 lei/centru.

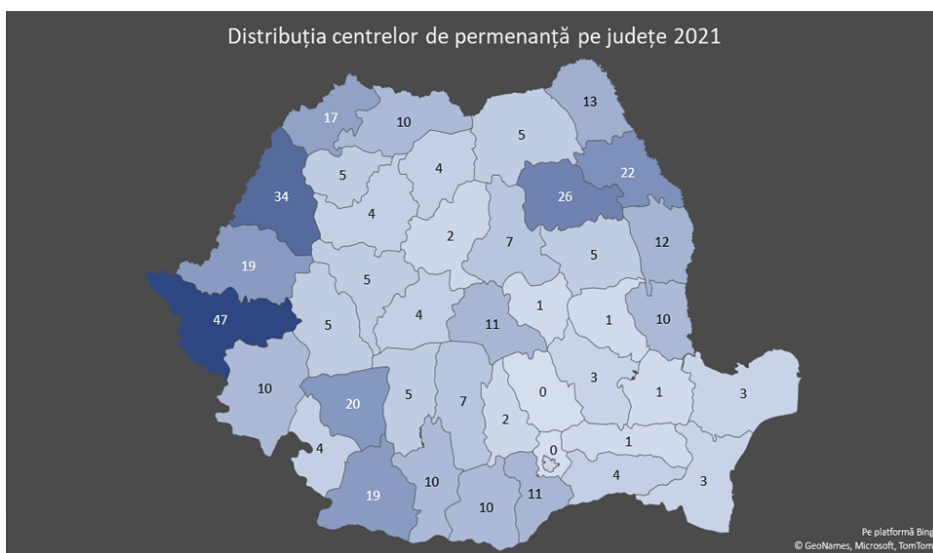


Figura 5. Numărul centrelor de permanență pe județe. Sursa: Ministerul Sănătății

Din cele 384 de centre funcționale în cursul anului 2021, 224 au funcționat în mediul rural, iar 160 au acordat asistență medicală în mediul urban. Este important de menționat că județele Prahova și Ilfov nu aveau niciun centru de permanență.

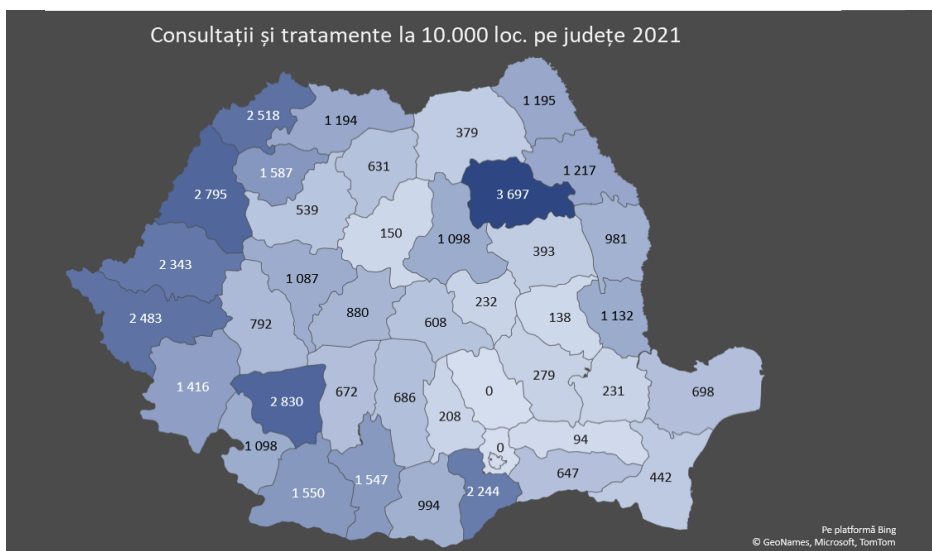


Figura 6. Numărul de consultații raportat la 10 mii de locuitori pe județe. Sursa: Ministerul Sănătății

Deși ca număr sunt comparabile cu numărul tuturor celorlalte forme de organizare a medicinei de urgență de pe lângă spitale, nu există niciun fel de promovare a acestora ca servicii disponibile. Centrele de permanență nu sunt promovate de autoritățile locale și nici de Direcțiile de Sănătate Publică, existența lor fiind probabil necunoscută la nivelul populației.

În ceea ce privește serviciile medicale oferite în centrele de permanență și accesibile copiilor:

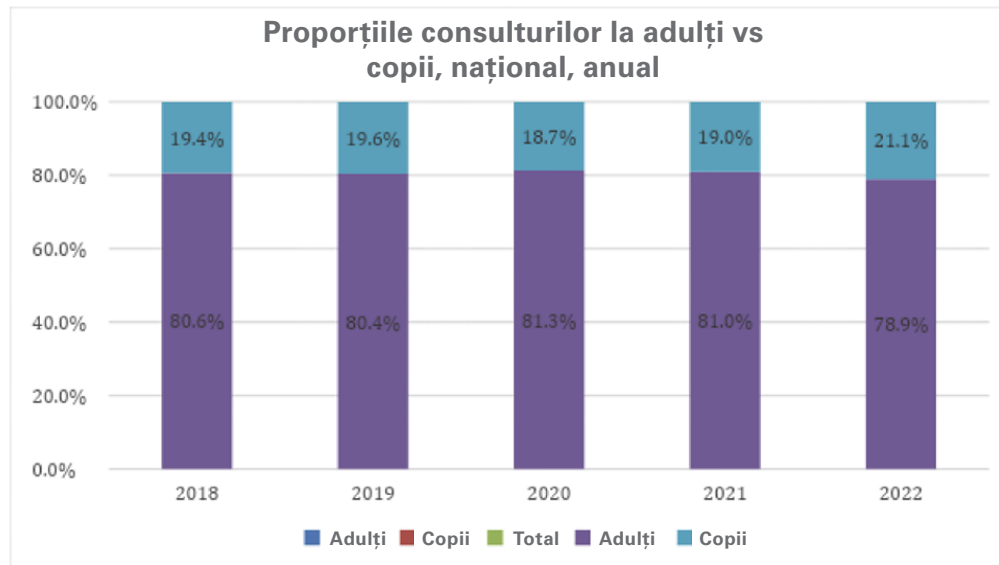


Figura 7. Proporția consulturilor la adulți vs copii din totalul consulturilor la nivel național, în centrele de permanență, pe ani. Sursa: Ministerul Sănătății

În medie, în perioada analizată (2018-2022) procentul consultațiilor pentru copii în centrele de permanență este de 19,5. În anumite județe (Harghita, Sălaj) procentul consultațiilor pentru copii depășește 45-50% din totalul consultațiilor oferite anual. De asemenea, în municipiul București cele două centre active oferă 49% din servicii copiilor și adolescenților.

La nivelul țării există un deficit major de servicii medicale pediatrice în foarte multe județe mai ales în ceea ce privește permanența, fapt ce poate explica adresabilitatea crescută a centrelor de permanență pentru copii. Mai mult decât atât, un aspect important de menționat aici este faptul că în România, studiile și datele existente evidențiază o scădere în utilizarea serviciilor antenatale, atât în ceea ce privește numărul femeilor care își monitorizează sarcina, cât și în ceea ce privește realizarea investigațiilor necesare [9]. Această tendință descrescătoare devine mai accentuată în rândul populației defavorizate și în mediul rural, unde accesul la serviciile de sănătate și educația în domeniul sănătății sunt limitate [9].

Specialitățile care consultă copii și adolescenți în mod regulat în afara pediatriilor sunt medicii din serviciile de urgență și medicii de familie, însă din cauza specificului patologiei copiilor, cea mai mare experiență o au medicii de familie. Cel mai probabil acolo unde s-a transmis informal că există servicii de urgență cu medici de familie, a crescut adresabilitatea.

De asemenea, un pilon important în vederea îngrijirii tinerilor îl reprezintă școlile, deoarece acestea joacă un rol activ în promovarea stării de bine a acestora și oferă o oportunitate unică de a implementa

conexiune rapidă, contor debit/ventil debit cu capacitatea de cel puțin 15 litri/minut; balon de ventilație pentru adulți și copii, cu măști de diferite mărimi și rezervor suplimentar pentru oxigen; pensă McGill de diferite mărimi.

3. aparatură pentru monitorizare și evaluare: glucometru, stetoscop, tensiometru manual, lampă pentru examinarea pupilelor, ciocan de reflexe, termometru, cântar pentru sugari și adulți, taliometru, pelvimetru, apăsător de limbă, deschizător de gură, canule rectale, uretrale, vaginale, trusă completă de mică chirurgie, masă ginecologică, valve ginecologice și pense de col, seringă Guyon pentru spălături auriculare, atele Kramer, sterilizator.
4. materiale și dispozitive auxiliare: materiale pentru curățenie și dezinfecție, materiale necesare colectării și neutralizării deșeurilor periculoase, stingător de incendiu.

2.5. Resurse umane:

Un centru de permanență funcționează cu un număr de 5-7 medici de familie și 5-7 asistenți medicali. Ideal ar fi ca un centru de permanență să aibă o echipă formată din 7 medici și 7 asistenți medicali. Cu toate acestea, în cazuri excepționale în care nu există suficienți specialiști pentru formarea echipei, se poate semna o convenție cu cel puțin 2 medici specialiști în medicină de familie, la care se pot alătura medici rezidenți în medicină de familie din anul III.

3. Discuții/Concluzii

3.1 Deficiențe și puncte de îmbunătățit

După 18 ani de la reglementarea centrelor de permanență, se constată că, deși motivele înființării acestora erau valide, puține dintre problemele identificate au fost rezolvate în mod eficient prin intermediul acestor centre. Chiar dacă numărul centrelor de permanență a crescut considerabil, activitatea acestora rămâne redusă în majoritatea județelor, având un număr scăzut de consultații per centru.

Este important de menționat că în niciun județ nu există o medie de 1 consultație pe oră, chiar și luând în considerare activitatea de gardă desfășurată în intervalul 14.00-08.00. Acest lucru indică o eficiență redusă în organizarea și desfășurarea activității centrelor de permanență.

Accesibilitatea centrelor de permanență poate fi îmbunătățită prin următoarele măsuri:

1. introducerea unor noi reguli pentru funcționarea și finanțarea acestor centre, care să asigure că ele sunt justificate și accesate de pacienți
2. extinderea serviciilor medicale oferite în cadrul centrului de permanență și a dotării minime obligatorii, pentru a crește calitatea și diversitatea asistenței medicale.
3. înființarea de centre de permanență cu prioritate în localitățile rurale izolate, greu accesibile, unde nu există alte servicii medicale pentru populația din zonă

Lipsa datelor concrete privind activitatea centrelor de permanență nu permite o evaluare precisă a gradului de utilizare în diferite perioade (de exemplu - în timpul săptămânii, pe durata weekendului și/sau pe durata sărbătorilor legale). Prin urmare, propunerea de extindere a serviciilor în centrele de permanență și dotarea corespunzătoare a acestora poate contribui la uniformizarea și îmbunătățirea accesibilității serviciilor de sănătate, inclusiv în diferite momente ale săptămânii sau în timpul sărbătorilor legale.

Este necesară definirea clară a activităților de medicină primară în centrele de permanență și dezvoltarea unor protocoale specifice pentru categorii de diagnostic sau condiții medicale comune, care pot optimiza furnizarea de servicii medicale și care pot asigura un tratament mai eficient.

Dezvoltarea unor indicatori mai complecși de eficiență și monitorizarea constantă a activității centrelor de permanență pot asigura adaptarea serviciilor la nevoile reale ale populației.

Implementarea serviciilor de triaj telefonic și consultanță telefonică poate facilita accesul rapid al pacienților la asistența medicală, eliminând necesitatea deplasării fizice către centrele de permanență sau unitățile medicale de urgență. Consultațiile telefonice contribuie la reducerea aglomerației în centrele medicale, optimizând utilizarea resurselor.

Analiza financiară a centrelor de permanență ar trebui să se concentreze nu doar pe costurile operaționale, ci și pe impactul asupra sănătății publice. Dezvoltarea unui sistem de analiză calitativă poate oferi informații valoroase cu privire la eficiența, calitatea și siguranța serviciilor medicale, justificând astfel alocarea resurselor financiare.

De asemenea, ar trebui definite activitățile de medicină primară pe care centrele de permanență le pot oferi. Acestea să fie în corelare cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, ca orice alt serviciu de medicină primară, astfel încât acestea să ofere: rețete compensate, bilete de trimitere către paraclinic sau medic specialist, certificate medicale (de deces, de naștere, de stare a sănătății, etc) fără a se limita neapărat la aceste exemple.

Având în vedere existența unui istoric și a unei evidențe destul de clare privind centrele de permanență, este necesară dezvoltarea unor indicatori de eficiență mai practici, care să permită evaluarea performanței acestor centre în funcție de nevoile populației deservite, ceea ce ar asigura satisfacerea adecvată a cererii de servicii de permanență în raport cu populația.

În multe din țările europene există servicii de gardă telefonice pentru centrele de permanență care oferă servicii de triaj telefonic [11], astfel încât pacienții să fie îndrumați mai ușor și eficient către centrele de permanență sau unitățile medicale de urgență. Același model s-ar putea aplica în dispeceratele integrate, unde, pe lângă reprezentanții tuturor serviciilor de urgență să existe și posturi pentru medici specialişti în medicină de familie.

Prin introducerea unei evidențe separate, se va putea monitoriza și evalua mai eficient activitatea centrului de permanență în ceea ce privește deservirea copiilor și a adolescenților. Aceasta ar permite identificarea nevoilor specifice ale copiilor și adaptarea serviciilor medicale în consecință, asigurând o asistență adecvată și personalizată pentru această categorie vulnerabilă.

Datele privind activitatea centrelor de permanență nu sunt disponibile public, foarte puține Direcții de sănătate publică oferă date în rapoartele anuale de activitate (ex: Hunedoara, Bihor, Vaslui, Neamț), dar nivelul de detaliere nu este mulțumitor sau utilizabil (excepție Hunedoara). Știm că aceste date sunt raportate către Ministerul Sănătății și către reprezentanțele sale din teritoriu, dar pot fi accesate doar la cerere.

Este nevoie de dezvoltarea unui sistem de analiză calitativă a serviciilor medicale prestate în astfel de centre, astfel încât să putem compara rezultatele, eficiența, calitatea și siguranța activității medicale. De la simplele chestionare de satisfacție, la analize mai complexe privind rezultatele serviciilor prestate, nu există niciun sistem de analiză calitativ.

De asemenea, activarea centrelor de permanență ca veritabile cabinete de medicină de familie cu program non-stop ar crea și cadrul de raportare mult mai detaliat și structurat față de ce există în acest moment, raportările făcându-se în SIUI ca pentru orice alt serviciu de medicină primară (de exemplu - rețete compensate, certificate de deces, trimiteri pentru servicii decontate de către CNAS etc) și nu ca anexe ale structurilor de urgență.

Prin Programul Sănătate, Obiectivul OP4 - RSO4.5 sunt alocați 30 de milioane de euro pentru medici de familie, asocieri, centre de permanență. Data estimată pentru deschiderea apelului fiind trimestrul I 2024, cu perioadă de implementare până la finele anului 2024.

În 2023, Guvernul finanțează încă 200 de centre comunitare integrate cu finanțare din Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR) al căror rol pe de o parte pare să fie creșterea accesului la servicii de sănătate pentru zonele rurale și comunitățile defavorizate. Nu e clar dacă acestea vor oferi servicii de permanență sau nu și cu ce personal.

3.2 Concluzii

Activitatea de permanență în serviciile de medicină primară este potențial utilă și solicitată, dar nu este uniform distribuită și promovată în România. Pentru a reduce presiunea asupra departamentelor de urgență, este necesar ca aceste servicii să fie integrate corespunzător în managementul sistemului de urgență și să fie alocate resurse adecvate pentru calitatea lor.

De asemenea, este important să se clarifice rolul acestor servicii ca fiind complementare și nu substitutive serviciilor de urgență. Centrele de permanență ar trebui să funcționeze similar oricăror altor cabinete de medicină primară cu program non stop și să fie coordonate, evaluate și decontate în mod similar, fără ca acestea să devină o anexă în cadrul structurilor de urgență.

Similar celorlalte servicii medicale din România, nu există date cu o calitate corespunzătoare despre aceste servicii, astfel că nu se pot măsura sau evalua direct rezultatele, eficiența, calitatea sau siguranța serviciilor oferite populației.

REFERINȚE

1. Steeman L, Uijen M, Plat E, Huibers L, Smits M, Giesen P. Out-of-hours primary care in 26 European countries: an overview of organizational models. *Family Practice*. 2020;37(6):744–750. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa064>
2. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2018 Report [Internet]. 2018. Available from: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>. Accessed October 22, 2022.
3. European Observatory on Health Systems and Policies. Sagan A, Richardson E. Out-of-hours primary care and demand for emergency medical services. *Eurohealth*. 2015;21(4):6–9. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332740>
4. UNICEF. Dezvoltarea Forței de Muncă în Domeniul Asistenței Medicale Primare din România. București: UNICEF Romania; 2022 [Accessed March 7, 2024]. Available from: <https://www.unicef.org/romania/ro/rapoarte/dezvoltarea-for%C8%9Bei-de-munc%C4%83-%C3%AEn-domeniul-asisten%C8%9Bei-medicale-primare-din-rom%C3%A2nia>
5. Camera Deputaților (Romanian Chamber of Deputies). Proiect de Lege pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 23/2002 privind gospodărirea apelor. Available from: <https://www.cdep.ro/proiecte/2003/400/20/7/em427.pdf>. Accessed October 10, 2022.
6. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. GPs and access to out-of-hours services in six European countries: (Germany, Spain, France, Italy, the United Kingdom, and Sweden). *Revue française des affaires sociales*. 2006;89-114. <https://doi.org/10.3917/rfas.en606.0089>
7. Ministerul Sănătății (Romania). Anexa 1 - Strategia Națională de Sănătate a României [Internet]. Available from: https://ms.ro/media/documents/Anexa_1_-_SNS.pdf. Accessed October 22, 2022.
8. Guvernul României. NORME METODOLOGICE din 17 martie 2023 privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență. Publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 234 bis din 22 martie 2023 [Internet]. Available from: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/266446>. Accessed October 22, 2023.
9. UNICEF. Îmbunătățirea Calității Serviciilor de Îngrijire Antenatală și Rezultatelor Obținute. București: UNICEF Romania; 2022 [Accessed March 7, 2024]. Available from: <https://www.unicef.org/romania/ro/rapoarte/%C3%AEmbun%C4%83t%C4%83%C8%9Birea-calit%C4%83%C8%9Bii-serviciilor-de-%C3%AEngrijire-antenatal%C4%83-%C8%99i-rezultatelor-ob%C8%9Binute>.
10. UNICEF. Guvernanța Serviciilor de Asistență Medicală Școlară din România. București: UNICEF Romania; 2022 [Accessed March 7, 2024]. Available from: <https://www.unicef.org/romania/ro/documents/guvern%C8%9Ba-serviciilor-de-asisten%C8%9B%C4%83-medical%C4%83-%C8%99colar%C4%83-din-rom%C3%A2nia>
11. Berchet C, Nader C. The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries. *OECD Health Working Papers*. 2016;89. Available from: <https://doi.org/10.1787/5jlr3czbqw23-en>.