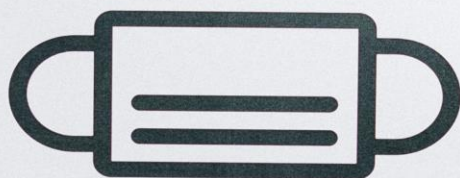


IMPACTUL PANDEMIEI COVID-19



**asupra accesului
bolnavilor cronici la
servicii medicale**

Focus pe TBC, HIV, oncologie, diabet

Cuprins

SUMAR EXECUTIV	3
MĂSURILE ADOPTATE ÎN ROMÂNIA PENTRU GESTIONAREA PANDEMIEI COVID-19	4
EVOLUȚIA ACTIVITĂȚII SPITALELOR ÎN TIMPUL PANDEMIEI	7
IMPACTUL PANDEMIEI COVID-19 ASUPRA UNUI SET DE PATOLOGII SPECIFICE	14
Tuberculoza	14
Infecția HIV	15
Diabetul zaharat	16
Afecțiunile oncologice	16
Scleroza multiplă	17
CUM PERCEP BOLNAVII CRONICI IMPACTUL PANDEMIEI ÎN ROMÂNIA	18
CUM PERCEP MEDICII DE FAMILIE IMPACTUL PANDEMIEI ÎN ROMÂNIA	21
IMPACTUL PANDEMIEI COVID-19 ȘI APELUL CĂTRE AUTORITĂȚILE CENTRALE ȘI LOCALE	23
ANEXA 1 – Succesiunea ordinelor Ministrului Sănătății privind planul de măsuri și lista spitalelor COVID-19	25
ANEXA 2 – Evoluția spitalizărilor în spitale COVID și non-COVID din Cluj, Iași și Timișoara.....	28
ANEXA METODOLOGICĂ	31

Autorii doresc să mulțumească organizațiilor care au facilitat accesul la obținerea informațiilor pe care se bazează acest raport: Societatea Națională de Medicina Familiei, Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie, Fundația Baylor Marea Neagră, Asociația Medicilor de Familie București-Ilfov, ARAS, Coaliția Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice, Federația Asociațiilor Diabeticilor din România, Asociația Română pentru Cancere Rare, Asociația Pavel, Asociația Pacienților cu Afecțiuni Neurodegenerative, Asociația Română a Pacienților cu Imunodeficiențe, Romanian Harm Reduction Network, Asociația Națională a Hemofilicilor din România, UNOPA.

SUMAR EXECUTIV

Impactul pandemiei COVID-19 asupra accesului bolnavilor cronici din România (inclusiv a utilizatorilor centrelor de substituție) la servicii medicale și asupra calității acestor servicii este considerabil.

51% - Peste jumătate dintre bolnavii cronici chestionați consideră că pandemia COVID-19 a avut un impact negativ asupra calității îngrijirilor medicale primite.

75% - Trei sferturi dintre spitalele COVID-19 desemnate de fază II sau de suport au acreditări de categorii inferioare, ceea ce nu garantează obținerea celor mai bune rezultate în tratarea pacienților COVID-19.

82% - Peste trei sferturi dintre medicii de familie chestionați consideră că pandemia COVID-19 a avut un efect negativ asupra accesului bolnavilor cronici la servicii medicale.

Numărul internărilor la nivel național s-a prăbușit dramatic începând cu aprilie 2020, când s-au înregistrat cu 70% mai puține spitalizări decât în perioada similară a anului anterior. Scăderea s-a mai redus în perioada iunie – august 2020, dar rămâne înjumătățită față de anul precedent.

Institutul Matei Balș (spital COVID fază I) și **Spitalul Colentina** (spital suport COVID), ambele din București, se numără printre cele mai afectate spitale publice, cu reduceri considerabile (- 90%) a numărului de internări în perioada martie – august 2020, față de perioada similară a anului anterior.

Spitalele non-COVID înregistrează și ele reduceri majore ale activității: scăderi între -35% și -79% pentru **Institutul Clinic Fundeni**, care înregistrează reduceri semnificative inclusiv în numărul intervențiilor chirurgicale pentru pacienții oncologici, între -21% și -68% pentru **Spitalul Județean de Urgență Cluj** și între -56% și -79% pentru **Spitalul Județean de Urgență Iași**.

Reducerea spitalizărilor în spitalele publice non-COVID este mai severă decât în spitalele private.

Scăderea cu 80% a numărului de internări pentru bolnavii HIV/SIDA. O treime din bolnavii HIV chestionați afirmă că pandemia a afectat negativ calitatea serviciilor medicale primite.

Scăderea cu 67% a numărului de internări pentru bolnavii de diabet. O treime din bolnavii cu diabet chestionați afirmă că pandemia a afectat negativ calitatea serviciilor medicale.

Scăderea cu 57% a numărului de internări pentru bolnavii de scleroză multiplă. Trei sferturi din bolnavii chestionați afirmă că pandemia a afectat negativ serviciile medicale.

Scăderea cu 50% a numărului de internări pentru bolnavii de tuberculoză.

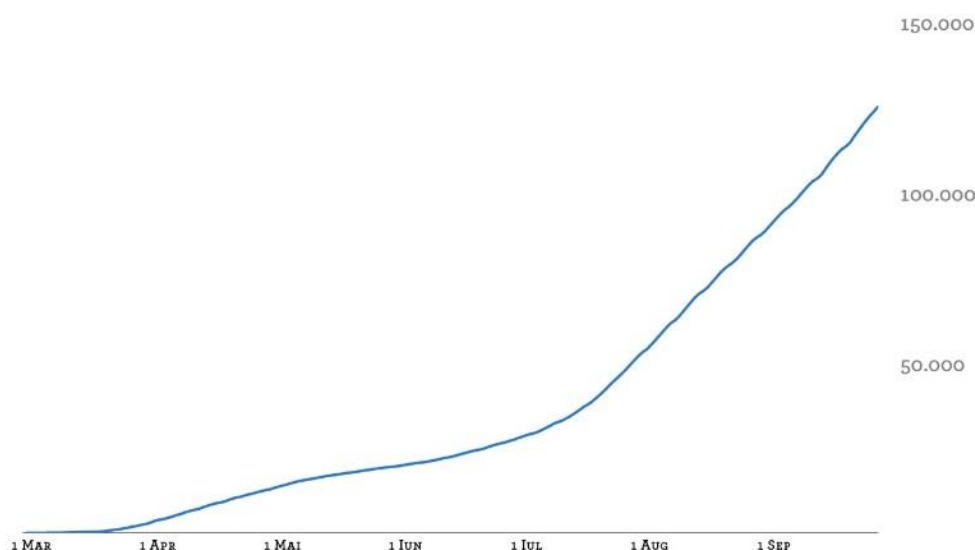
Scăderea cu 46% a numărului de internări pentru bolnavii cu afecțiuni oncologice.

MĂSURILE ADOPTATE ÎN ROMÂNIA PENTRU GESTIONAREA PANDEMIEI COVID-19

Primul caz confirmat de infectare cu noul coronavirus în România a fost anunțat pe 26 februarie 2020. Două săptămâni mai târziu, pe 11 martie 2020, Organizația Mondială a Sănătății a declarat epidemia cu virusul SARS-CoV-2 drept pandemie.

În România, pandemia a avut inițial o evoluție relativ stabilă, numărul zilnic de cazuri noi rămânând sub 500 pentru primele 4 luni de la debut. Cu toate acestea, la finalul lunii septembrie 2020 România a ajuns la peste 125.000 de cazuri COVID-19 confirmate, înregistrând o medie de 1.500 de cazuri noi în fiecare zi cu un vârf de peste 2000 (Figura 1).

Figura 1. Evoluția cazurilor totale de COVID-19 în România



Primul Ordin al Ministrului Sănătății privind planul de măsuri și lista spitalelor COVID-19 a stabilit o rețea de spitale de suport la nivel național, cu rolul de a prelua pacienți de la spitalele de boli infecțioase.

Tot acest ordin a impus primele restricții asupra activității tuturor spitalelor din țară, prin reducerea cu până la 80% a internărilor programate și a intervențiilor chirurgicale programate pentru pacienții cronici în unitățile sanitare cu paturi din centrele universitare, și reducerea cu până la 50% a activității ambulatorii față de luna februarie. Asupra acestor restricții se revine în data de 14 aprilie 2020, permițând spitalelor să acorde intervenții diagnostice sau terapeutice pacienților cronici și femeilor însărcinate a căror temporizare poate duce la reducerea șanselor de supraviețuire. În data de 3 aprilie, un nou ordin de ministru a desemnat, pe lângă spitalele de suport, spitale de fază I și spitale de fază II (Figura 2).

În definiția inițială a acestor spitale este menționată posibilitatea de a trata și alte patologii doar pentru spitalele de fază II, în condițiile existenței unor circuite complet separate. Rezultă așadar un interval de aproape 2 luni de zile (între 3 aprilie și 29 mai) în care, cel puțin din punct de vedere legal, spitalele desemnate pentru gestionarea COVID-19 sunt obligate să trateze aproape exclusiv bolnavi infectați cu noul coronavirus. În acest interval de timp, numărul spitalelor dedicate COVID-19 a ajuns la 134.

Figura 2. Categoriile spitalelor desemnate pentru gestionarea COVID-19

Categoriile spitalelor desemnate pentru gestionarea COVID-19

SPITALE DE **Fază I**



- spitale de boli infecțioase în sistem pavilionar
- internează pacienții simptomatici
- tratează formele medii, severe și critice

SPITALE DE **Fază II**



- se bazează pe sistemul pavilionar disponibil în spitale de boli infecțioase sau pneumoftiziologie
- dedicate COVID-19 în întregime sau parțial, doar dacă pot asigura circuite complet separate
- preiau bolnavii atunci când spitalele de fază I sunt depășite
- tratează forme ușoare, medii, severe și critice
- **externează/transferă toți pacienții din zona dedicată COVID**

SPITALE DE **SUPORT**



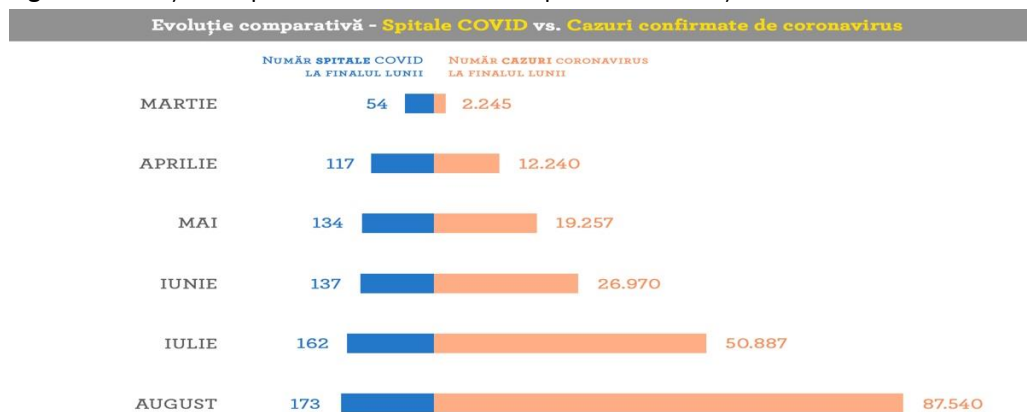
- se recomandă să nu fie spitale importante de urgență din zonă, care pot prelua alte patologii
- preiau bolnavii atunci când celelalte spitale sunt depășite
- tratează forme ușoare și medii (plus cazuri grave în cazul existenței unei secții ATI dotate)
- **externează/transferă toți pacienții și rămân în expectativă**

- Ordinul nr. 961 din 29 Mai -

În funcție de evoluția epidemiologică locală, spitalele care asigură asistența medicală pacienților testați pozitiv sau suspecti cu virusul SARS-CoV-2 pot asigura, cu avizul direcțiilor de sănătate județene și a municipiului București, asistența medicală și pacienților non-COVID-19 în condițiile existenței circuitelor funcționale complet separate, **fără a fi necesară externarea/transferarea** tuturor pacienților internați către alte spitale.

Pe 29 mai 2020, Ministerul Sănătății decide reluarea internărilor, a intervențiilor chirurgicale programate, precum și a activității din ambulatorii, în funcție de evoluția epidemiologică locală.

Figura 3. Evoluție comparativă între numărul de spitale COVID-19 și cazurile confirmate cu coronavirus



Urmărind evoluția lunară a numărului de spitale dedicate COVID-19 alături de evoluția numărului de persoane confirmate cu coronavirus (Figura 3), observăm că cea mai mare creștere lunară a numărului de spitale dedicate COVID-19 apare în faza inițială a pandemiei odată cu creșterea în aprilie 2020 a numărului de persoane confirmate cu coronavirus față de martie 2020. Ulterior, numărul de spitale dedicate COVID-19 crește progresiv însă, raportat la creșterea lunară a numărului de cazuri, cele două își pierd proporționalitatea¹. Menționăm că de la data realizării acestei analize, numărul spitalelor desemnate COVID-19 a crescut.

Categoriile de acreditare acordate unui spital de Autoritatea Națională de Management al Calității Sanitare ANMCS au (cel puțin legal) implicații asupra calității îngrijirilor medicale oferite de în acel spital.

Constatăm că toate spitalele de fază I fac parte din categoriile superioare de acreditare I și II, însă per total doar 30% din spitalele dedicate COVID-19 sunt încadrate în aceste prime două categorii (Figura 4 alăturată).

Categoriile de acreditare ale spitalelor desemnate pentru gestionarea COVID-19

Semnificațiile categoriilor de acreditare

Categoria I - există toate resursele și toate procesele sunt optimizate pentru cele mai bune rezultate.

Categoria II - au fost identificate deficiențele, precum și soluțiile și resursele necesare corectării acestora, alături de existența capacității managementului spitalului și susținerea autorității tutelare sau a patronatului, pentru a atinge cele mai înalte standarde.

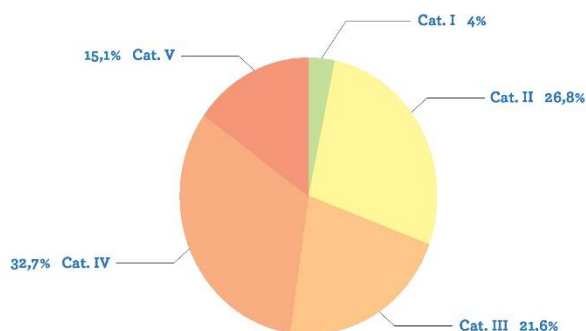
Categoria III - preocupare a managementului spitalului similară categoriei II, fără a exista însă susținere corespunzătoare din partea autorităților tutelare

Categoria IV - există o preocupare permanentă a managementului spitalului și există premisele îmbunătățirii și/sau nevoile depășesc posibilitățile imediate ale autorităților tutelare sau ale patronatelor

Categoria V - acreditare pentru o perioadă de maximum 6 luni de la primirea raportului de acreditare, pe durata căreia li se eliberează o decizie de prelungire a procesului de acreditare.

*Definițiile complete ale categoriilor de acreditare pot fi regăsite pe site-ul Autorității Naționale de Management al Calității Sanitare (ANMCS)

Dintre unitățile desemnate pentru gestionarea COVID-19, a putut fi identificată categoria de acreditare, din primul sau al doilea ciclu de acreditare, pentru **153** de unități.



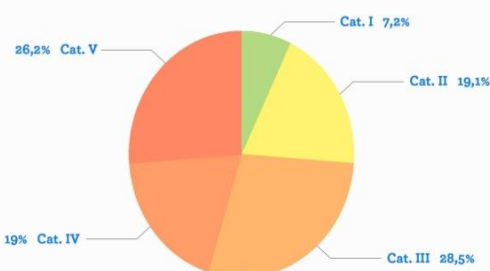
¹ La finalul lunii septembrie 2020, numărul total al unităților sanitare cu paturi dedicate COVID-19 a ajuns la 180.

Din punct de vedere al distribuției geografice, spitalele dedicate COVID-19 se concentrează în unele județe ale țării, în timp ce în unele zone numărul de spitale per județ se păstrează sub media națională. Cu toate acestea, spitalele de fază I au o distribuție geografică care acoperă în mod egal toată țara (Figura 5).

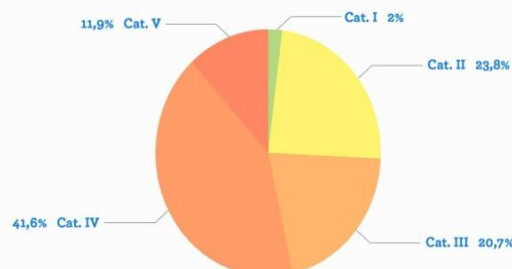
[illegible]

SPITALE DE FAZĂ I

SPITALE DE FAZĂ II



SPITALE DE SUPORT

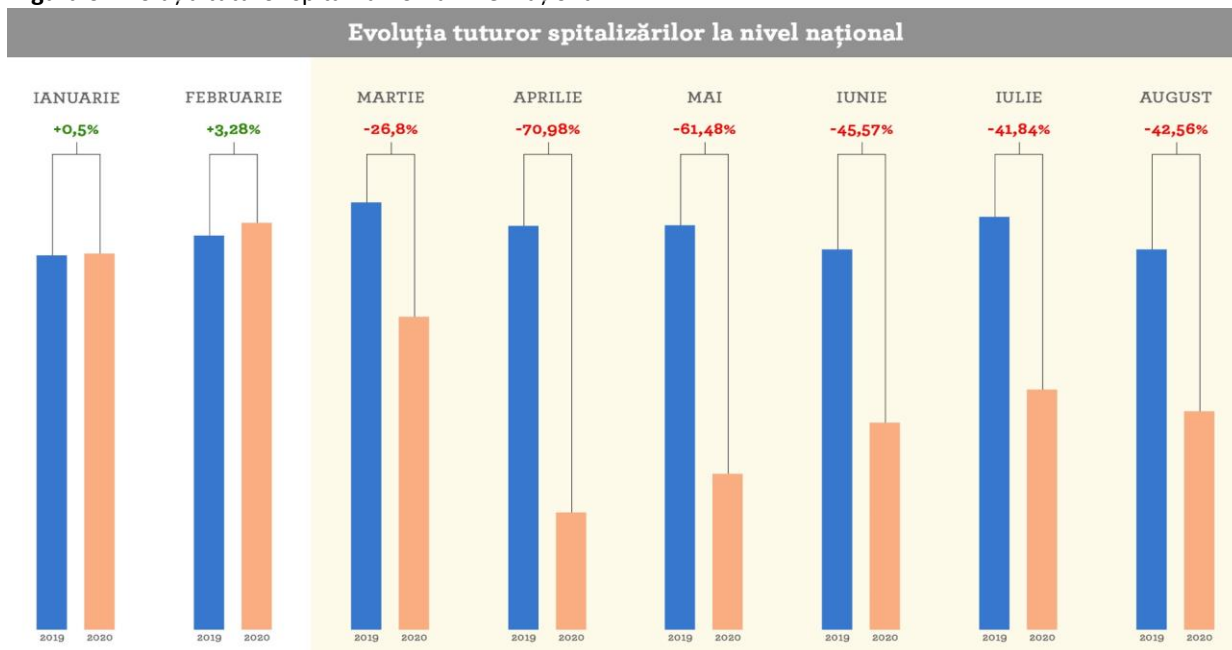


Activitatea spitalelor la nivel național din perioada martie – august 2020, comparativ cu aceeași perioadă a anului precedent, a înregistrat o scădere considerabilă. Scăderea a fost inițial moderată în luna martie 2020, pe fondul instalării stării de urgență în data de 16 martie și pe fondul restricțiilor cu privire la internări și activitatea din ambulatorii impuse prin ordin al ministrului sănătății.

7

activitatea spitalelor din România pare a se stabiliza la un nivel cu 40% mai redus față de lunile similare din 2019 (Figura 6).

Figura 6. Evoluția tuturor spitalizărilor la nivel național



Cu toate că nu există o delimitare absolută între îngrijirile dedicate cazurilor acute și cele dedicate cazurilor cronice, existând numeroase cazuri de acutizări ale unor boli cronice, se poate constata că secțiile dedicate bolnavilor cronici au înregistrat o scădere semnificativ mai mare a activității comparativ cu secțiile dedicate patologieilor acute (Figura 7).

Figura 7. Evoluția spitalizărilor la nivel național pe secțiile de acuți și pe secțiile de cronici

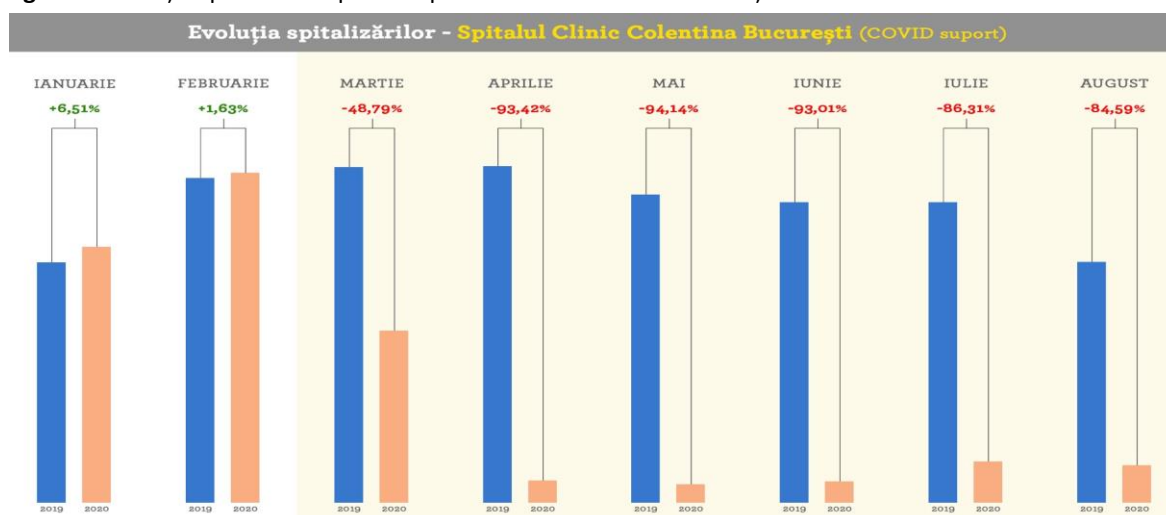


Această diferență este explicabilă într-o anumită măsură din perspectiva riscului vital și a imposibilității de temporizare a unor patologii acute, mai ales în prima parte a pandemiei. Cu toate acestea, diferența se păstrează și în vara anului 2020.

Pentru particularizarea analizei în funcție de tipul spitalului, a fost analizată activitatea a 10 spitale din patru centre universitare mari, spitale aparținând tuturor categoriilor de spitale COVID-19, cât și spitale non-COVID. În analiză au fost incluse spitale diverse din punct de vedere al patologieilor tratate (spitale de acuți, spitale de cronici), al categoriei de vârstă tratate (spitale de adulți, spitale de copii), dar și cele mai importante centre din țară pentru tratarea HIV și a tuberculozei.

Spitalul Clinic Colentina din București este unul dintre cele mai importante centre pentru pacienții cronici din întreaga țară. Fiind transformat în spital de suport pentru gestionarea COVID-19, acesta a externat majoritatea pacienților și a fost dedicat aproape exclusiv tratării pacienților infectați cu noul coronavirus.

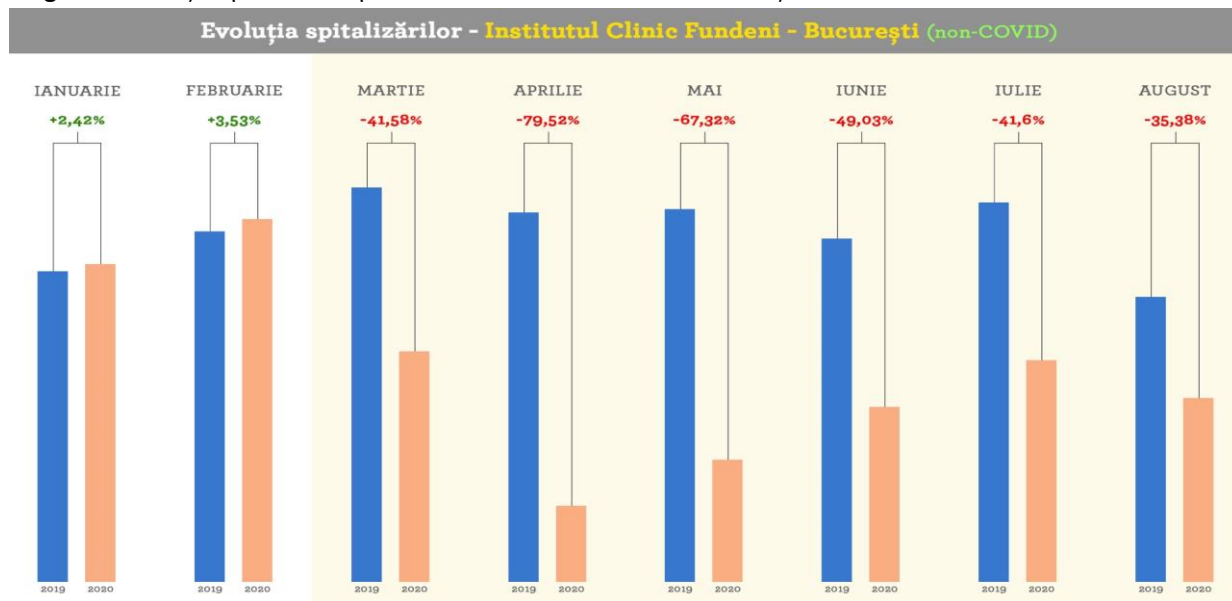
Figura 8. Evoluția spitalizărilor pentru Spitalul Clinic Colentina București



Scăderea de peste 90% a spitalizărilor în luna aprilie 2020 față de aprilie 2019 se menține și pentru restul perioadei analizate. Nu este clar unde și cum au fost redirecționați miile de pacienți care apelau la serviciile medicale ale acestui spital în fiecare lună (Figura 8).

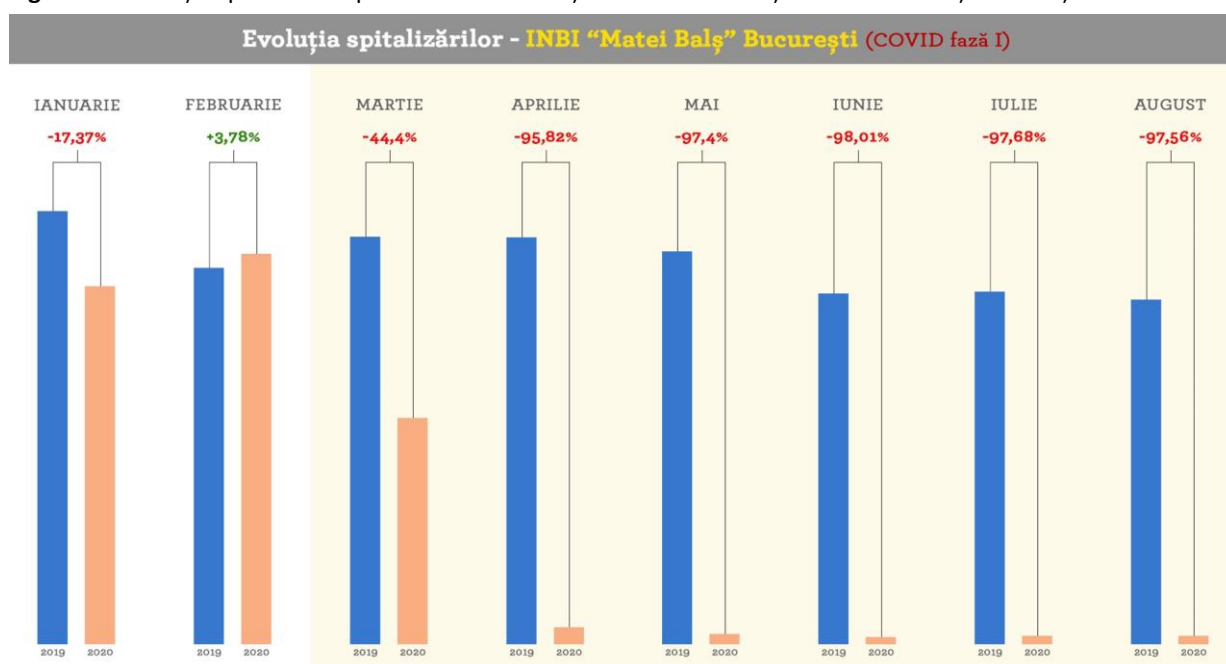
Un alt centru indispensabil pentru pacienții cronici din întreaga țară este Institutul Clinic Fundeni din București. Cu toate că acesta nu a fost inclus în lista spitalelor desemnate COVID-19, gradul de scădere al activității este unul considerabil, în special în primele luni ale pandemiei și cu o revenire modestă în iulie-august. (Figura 9).

Figura 9. Evoluția spitalizărilor pentru Institutul Clinic Fundeni București



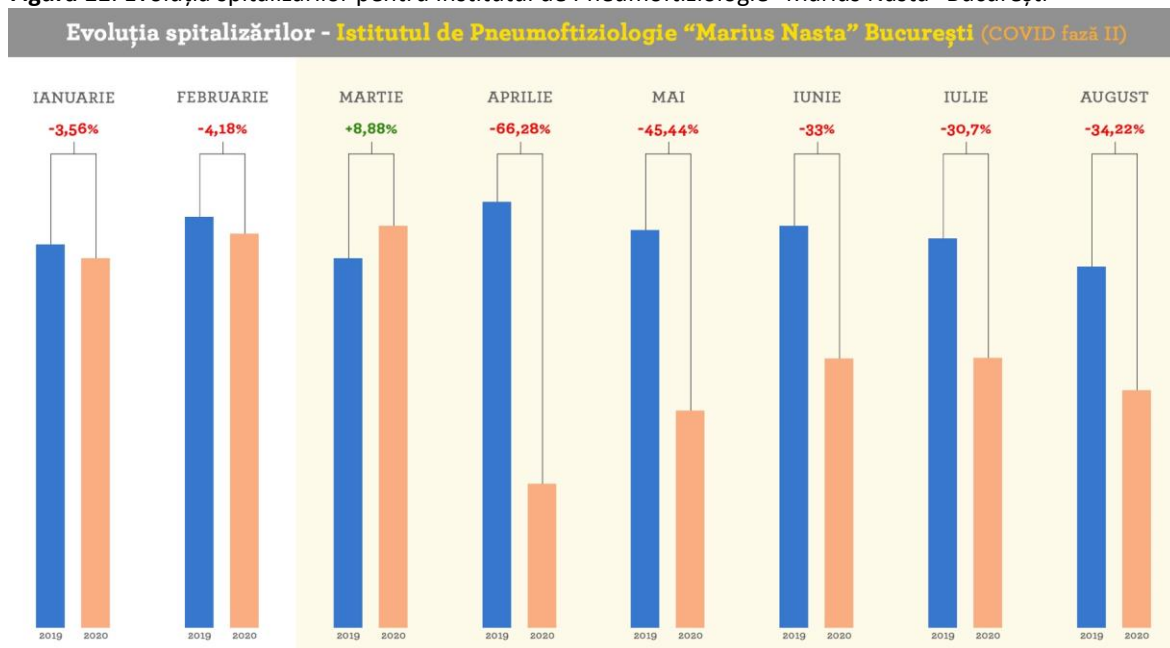
Un exemplu dramatic de scădere al activității este Institutul Național de Boli Infecțioase “Matei Balș” din București. Comparativ cu anul 2019, acesta înregistrează scăderi lunare ale activității de peste 95%, scăderi care se păstrează și în lunile recente (Figura 10). De menționat că acest spital este cel mai important centru pentru pacienții infectați cu HIV din România, dar și pentru alte boli cronice complicate precum hepatitele.

Figura 10. Evoluția spitalizărilor pentru Institutul Național de Boli Infecțioase "Matei Balș" București



Există totuși și exemple mai puțin dramatice de spitale implicate în gestionarea COVID-10. Cu toate că a fost desemnat spital de fază II, Institutul de Pneumoftiziologie “Marius Nasta” din București a reușit să își păstreze activitatea la un nivel peste media națională din timpul pandemiei, înregistrând scăderi ale spitalizărilor de 30% în perioada iunie – august 2020 (Figura 11). Cu toate acestea, reducerea spitalizărilor pe perioada stării de urgență a fost pronunțată, înregistrându-se cu 900 de pacienți mai puțini decât în perioada similară a anului precedent.

Figura 11. Evoluția spitalizărilor pentru Institutul de Pneumoftiziologie “Marius Nasta” București



Prin compararea activităților unui spital dedicat COVID-19 și a unui spital non-COVID din centrele universitare Cluj, Iași și Timișoara, se observă că nu există o corelație clară între dimensiunea variației activității spitalicești și încadrarea spitalului drept COVID sau non-COVID.

De exemplu, în Iași spitalele prezintă scăderi similare ale activității indiferent că sunt alocate sau nu COVID. În Timișoara, spitalul non-COVID înregistrează paradoxal scăderi ale activității semnificativ mai mari decât spitalul dedicat COVID-19. În Cluj se prezintă o situație particulară, neputând fi identificat un tipar între cele două spitale comparate (Anexa 2).

Analizând comparativ numărul de coduri DRG diferite înregistrate de spitale în lunile corespunzătoare din anul 2019 și anul 2020 se poate evidenția diversitatea patologiilor tratate de fiecare spital în parte (Figura 12). Pentru spitalele din București a căror activitate a fost analizată, există o corelație între gradul scăderii activității și gradul scăderii diversității patologiilor tratate.

Institutul de Pneumoftiziologie “Marius Nasta” prezintă cea mai mică scădere a diversității patologiilor tratate, dintre toate spitalele incluse în analiză.

Figura 12. Diversitatea tipului de internări în spitalele analizate

Diversitatea patologiilor tratate în spitalele incluse în analiză - comparație 2020 vs. 2019 -								
Procentul afișat pentru fiecare lună reprezintă diferența dintre numărul de coduri DRG diferite generate pentru spital în luna respectivă a anului 2020 și cel din aceeași lună a anului 2019.								
	IAN	FEB	MAR	APR	MAI	IUN	IUL	AUG
Spitalul Clinic Colentina București (COVID suport)	-2,41%	-3,35%	-9,66%	-76,16%	-84,56%	-78,44%	-77,71%	-69,35%
Institutul Clinic Fundeni București (non-COVID)	-8,51%	-6,52%	-15,12%	-51,12%	-32,18%	-19,25%	-10,57%	-15,12%
INBI "Matei Balș" București (COVID fază I)	+7,45%	-16,35%	-27,62%	-82,61%	-88,79%	-89,48%	-90,3%	-84,77%
Institutul de Pneumoftiziologie "Marius Nasta" București (COVID fază II)	-21,74%	-1,89%	+1,97%	-24,6%	+7,7%	-7,7%	-5,18%	-10,72%
Spitalul de Pneumoftiziologie "Leon Daniello" Cluj-Napoca (COVID fază II)	-2,71%	-14,64%	+31,25%	-52,28%	-55%	-29,27%	-21,43%	-42,86%
Spitalul Județean de Urgență Cluj-Napoca (non-COVID)	+1,33%	-3%	-7,75%	-41,61%	-26,57%	-9,14%	-10,25%	+4,86%
Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Iași (COVID fază II)	+34,05%	+12,07%	-1,64%	-37,88%	-37,1%	-38,71%	-34,38%	-41,8%
Spitalul Județean de Urgență Iași (non-COVID)	-1,3%	-4,71%	-8,79%	-38,95%	-31,42%	-20,45%	-18,62%	-22,43%
Spitalul Municipal de Urgență Timișoara (COVID suport)	+3,71%	+0,65%	-6,13%	-44,74%	-28,38%	-20,34%	-14,34%	-16,22%
Spitalul de Urgență pentru Copii "L. Țurcanu" Timișoara (non-COVID)	+4,86%	-2,61%	-16,67%	-48,15%	-46,16%	-31,72%	-22,81%	-36,94%

Din analiza activității celor 10 spitale putem concluziona că includerea în lista spitalelor dedicate COVID-19, în special pentru spitalele de fază I și II, a avut un impact dramatic asupra activității obișnuite a spitalelor. În același timp, activitatea din spitalele non-COVID a fost influențată negativ atât de restricțiile impuse prin instalarea stării de urgență, cât și de restricțiile asupra internărilor și activității din ambulatorii impuse prin ordin al ministrului sănătății.

Variațiile scăderii activității din cadrul spitalelor aflate în aceeași categorie, COVID sau non-COVID, pot exista și din motive precum:

- Tipul de patologii tratate de spital (acute/cronice);
- Categoria de vârstă a pacienților spitalului (părinții pot fi mai reticenți în a-și duce copilul la spital, vârstnicii pot fi mai temători în a se expune la noul coronavirus în timp ce tinerii și adulții fără comorbidități pot trece mai ușor peste această teamă);
- Situația epidemiologică de la nivel local;
- Capacitatea managementului spitalului de a gestiona pandemia.

Analiza gradului de scădere a activității pentru trimestrul 2 al anului curent față de trimestrul 2 al anului precedent pentru cele mai mari 5 spitale publice non-COVID și cele mai mari 5 clinici private non-COVID din centre universitare evidențiază o diferență notabilă între sectorul public și cel privat din punct de vedere al impactului negativ al pandemiei COVID-19 asupra activității spitalicești (Figura 13). Spitalele private analizate au experimentat scăderi ale activității spitalicești de două ori mai mici decât cele publice.

Figura 13. Evoluția spitalizărilor pentru trimestrul 2: comparație între spitale publice și clinici private

Evoluția spitalizărilor pentru **trimestrul 2** al anului 2020 față de cel al anului 2019

Spitale publice non-COVID	T2 2020 vs. T2 2019	Spitale private non-COVID	T2 2020 vs. T2 2019
Spitalul Clinic de Urgență "Floreasca" București	-45,4%	Clinica Polissano Sibiu	-27,4%
Spitalul Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași	-42,4%	Spitalul Clinic Sanador București	-21,4%
Institutul Clinic Fundeni București	-40,5%	Centrul de Oncologie OncoHelp Timișoara	-15,7%
Spitalul Universitar de Urgență București	-38,2%	Arcadia Hospital Iași	-14,5%
Spitalul Județean de Urgență Cluj-Napoca	-32,3%	Centrul Medical Unirea (Regina Maria) București	-3,1%

**Atât spitalele publice, cât și cele private, au fost selectate în ordinea descrescătoare a numărului de spitalizări pentru trimestrul 2 al anului 2019*
**T2 = trimestrul 2 (lunile Aprilie, Mai și Iunie)*

IMPACTUL PANDEMIEI COVID-19 ASUPRA UNUI SET DE PATOLOGII SPECIFICE

Impactul pandemiei asupra unui set de patologii relevante pentru România este evident. Cel mai important impact negativ se înregistrează pentru spitalizările bolnavilor HIV/SIDA și pentru spitalizările bolnavilor de diabet. Cel mai redus impact negativ se înregistrează pentru spitalizările din aria oncologiei, dar trebuie subliniat că în acest caz, dat fiind riscul vital major al acestei categorii de boli, scăderile înregistrate (între -35% în iulie și -61% în aprilie) sunt foarte îngrijorătoare.

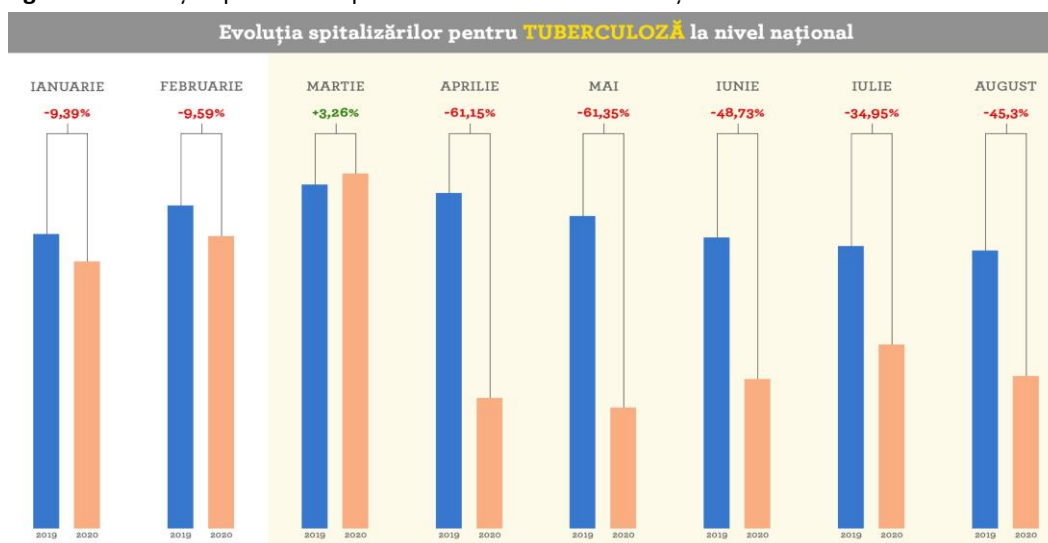
O reducere mai moderată a spitalizărilor s-a înregistrat și pentru tuberculoză, dar din nou trebuie subliniată importanța administrării regulate a tratamentului în această patologie astfel că scăderile înregistrate (între -34% în iulie și -61% în mai) sunt de natură să trezească îngrijorări.

Tuberculoza

Tuberculoza este o boală infecto-contagioasă cu consecințe potențial catastrofale. Tratamentul tuberculozei constă în administrarea zilnică sau la câteva zile a unui regim antibiotic strict. În cazul în care tratamentul este întrerupt, există un risc crescut de apariție a unor forme rezistente la tratament, cu consecințe devastatoare asupra bolnavului și sistemului de sănătate. România este statul UE cu cea mai mare incidență a TBC, peste 17.500 de persoane fiind diagnosticate².

Din cauza apartenenței TBC la categoria infecțiilor respiratorii, în care se află și infecția cu noul coronavirus, analiza activității serviciilor dedicate tuberculozei a prezentat impedimente. Se observă o scădere importantă a activității serviciilor de pneumoftiziologie din țară (Figura 14). Trebuie subliniat că 28% din totalul internărilor efectuate de Institutul de Pneumoftiziologie “Marius Nasta” în perioada analizată au fost pacienți confirmați COVID-19³.

Figura 14. Evoluția spitalizărilor pentru tuberculoză la nivel național



² Institutul Național de Sănătate Publică (2020).

³ Date prezentate de Dr. Beatrice Mahler în cadrul Conferinței Naționale de Farmacoeconomie și Management Sanitar, 2020.

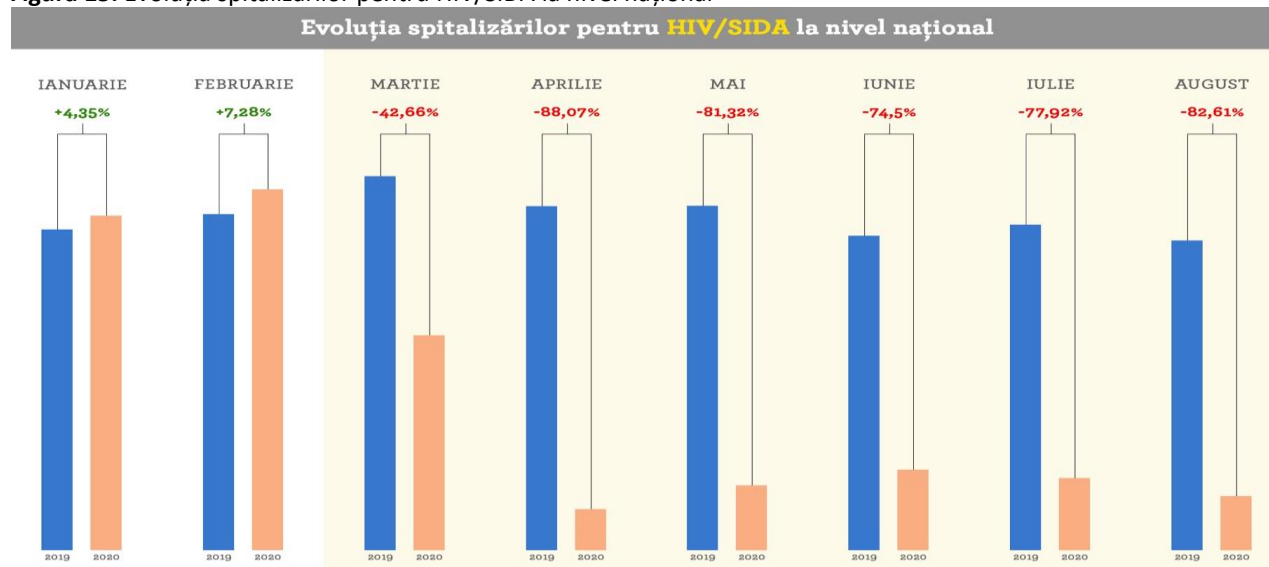
Infecția HIV

HIV este un virus care se transmite prin contact sexual, prin contact direct cu sângele unei persoane infectate sau prin transmitere materno-fetală. Infecția HIV are, în general, o progresie lentă, însă are consecințe majore asupra sănătății persoanelor infectate, ducând la deces în lipsa tratamentului corespunzător. În România trăiesc peste 16.500 de persoane cu HIV/SIDA⁴. Doar în primele 6 luni ale anului 2020 au fost depistate 159 de cazuri noi de infecție HIV.

Serviciile medicale specifice infecției HIV au înregistrat cea mai mare scădere dintre toate patologiiile incluse în analiză (Figura 15). Acest lucru este cu atât mai îngrijorător cu cât fiecare caz de infecție HIV netratat corespunzător poate genera atât forme rezistente la tratament, cât și cazuri noi de infecție. Acest lucru este valabil în special pentru anumite categorii de persoane aflate la risc, care necesită susținere medico-socială intensă pentru a-și menține aderența la tratament.

În cazul centrelor care furnizează tratament de substituție (OST) pentru persoanele care își injectează droguri, în perioada stării de urgență (16 martie - 14 mai 2020) nu au mai fost acceptate admiteri de noi pacienți în centrele OST existente, ceea ce a agravat o situație deja foarte dificilă în privința accesului la tratament de substituție în România⁵. Pentru a se adapta la contextul pandemic, majoritatea centrelor OST consultate au redus frecvența prezentărilor zilnice a beneficiarilor pentru a-și ridica tratamentul. Pe de altă parte, pentru beneficiarii deja înscriși în programe nu au fost înregistrate dificultăți de accesare a tratamentului. Au fost însă semnalate fluctuații ale solicitărilor cauzate de contextul general de anxietate cauzat de amenințarea COVID-19.

Figura 15. Evoluția spitalizărilor pentru HIV/SIDA la nivel național



⁴ Institutul Național de Boli Infecțioase "Matei Balș" – Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/SIDA în România. Date generale la 30 iunie 2020.

⁵ Raport de monitorizare privind accesul în România la tratament de substituție pentru utilizatorii de droguri injectabile (2020). Raport elaborat de Observatorul Român de Sănătate și Fundația Romanian Angel Appeal.

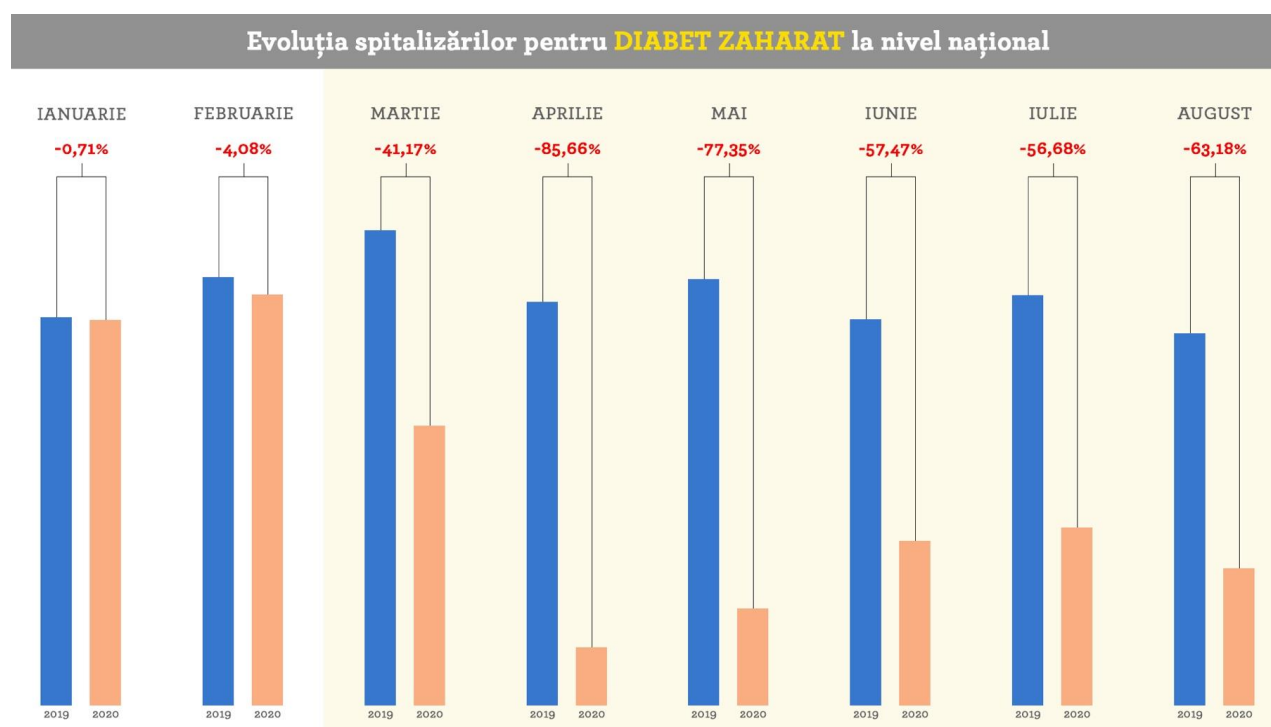
Diabetul zaharat

Diabetul zaharat reprezintă una dintre cele mai răspândite boli cronice noncomunicabile din întreaga lume, fiind considerată una dintre cele mai mari probleme de sănătate publică a secolului 21. În evoluția sa, diabetul zaharat poate cauza daune ireparabile întregului organism, unele dintre cele mai severe complicații fiind cele cardiovasculare și neurologice.

În România, peste **1 milion** de oameni se află în evidența cabinetelor de medicină de familie cu acest diagnostic⁶.

Și serviciile medicale dedicate diabetului zaharat au suferit o prăbușire dramatică în primele luni ale pandemiei, fiind urmate de o revenire moderată întreruptă însă în august 2020 (Figura 16).

Figura 16. Evoluția spitalizărilor pentru diabet zaharat la nivel național



Afecțiunile oncologice

Afecțiunile oncologice reprezintă o categorie complexă de boli cunoscute sub numele de cancer. Depistarea timpurie și tratamentul corect al cancerului sunt esențiale pentru creșterea ratei de supraviețuire și calității vieții persoanelor diagnosticate cu cancer. Cabinetele oncologice din România au în evidență **jumătate de milion** de persoane diagnosticate cu cancer⁷.

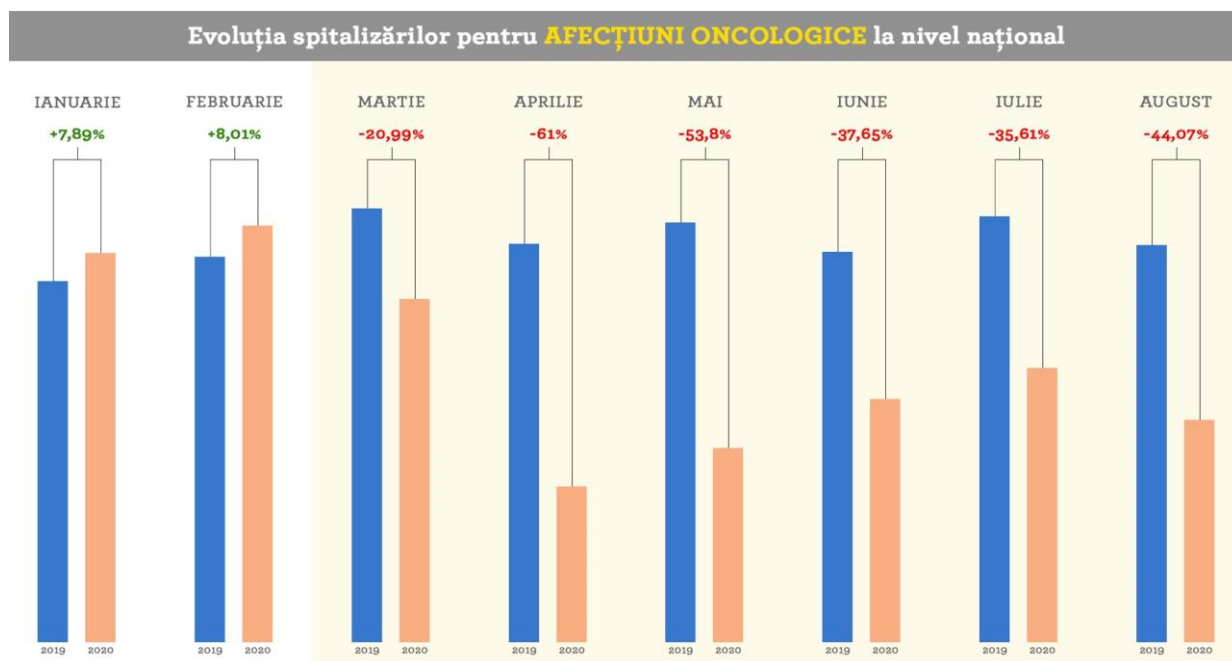
⁶ Institutul Național de Sănătate Publică (2020).

⁷ Institutul Național de Sănătate Publică (2020).

Dintre patologiile analizate în acest raport, cancerul a înregistrat cele mai mici scăderi din punct de vedere al activității serviciilor medicale dedicate (Figura 17). Trebuie subliniat potențialul de risc vital asupra pacienților prin înregistrarea de scăderi de 35%, dată fiind gravitatea bolilor oncologice. Chiar și înainte de pandemie, aceste servicii erau caracterizate prin suprasolicitare și sufereau de lacune imense la nivel național din punct de vedere al acoperirii populației.

Spre exemplificare, numărul intervențiilor chirurgicale cu diagnostic principal oncologic la Institutul Fundeni din București a scăzut în aprilie 2020 la 54 de cazuri de la 270 de cazuri în aceeași lună a anului precedent, fără ca situația să se normalizeze complet nici în septembrie 2020. O situație deosebită s-a înregistrat în cazul onco-hematologiei pediatrice, unde scăderea cea mai mare s-a înregistrat în martie 2020 (-31,3% față de anul precedent), scăderile din restul intervalului variind între -3,6% și -8,4%⁸.

Figura 17. Evoluția spitalizărilor pentru afecțiuni oncologice la nivel național



Scleroza multiplă

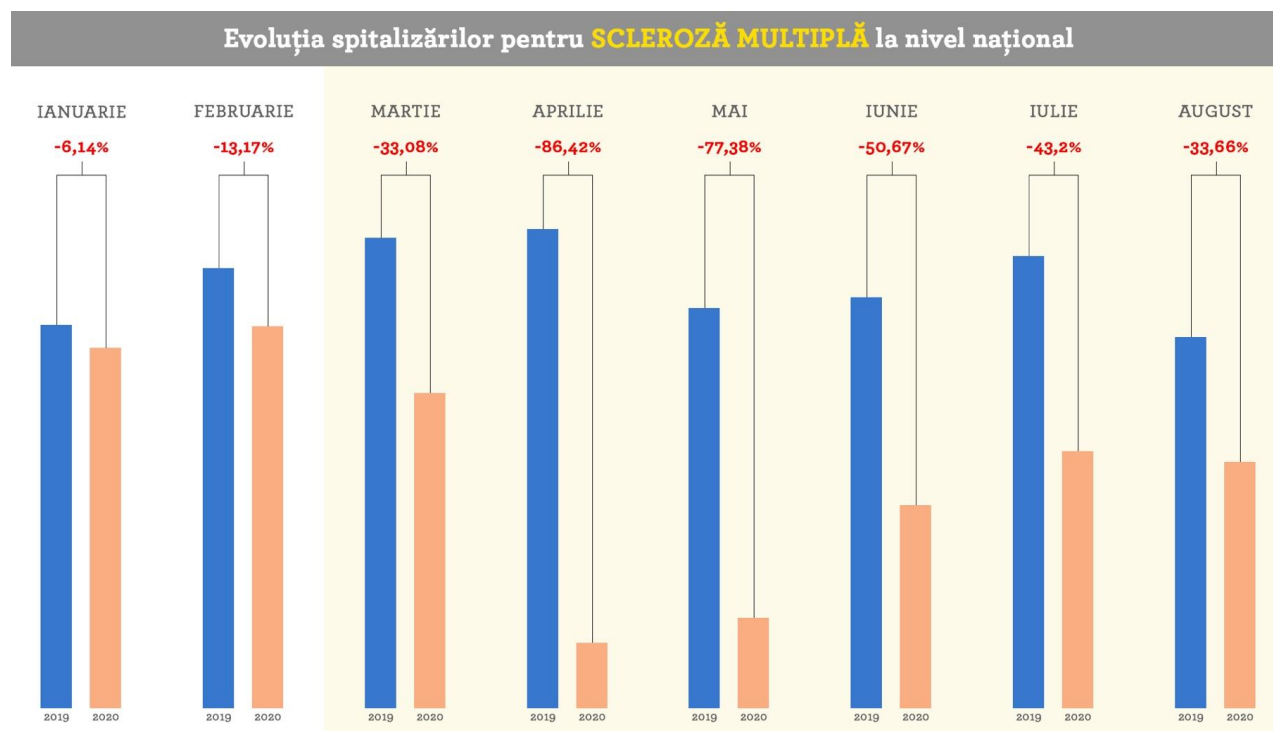
Scleroza multiplă este o boală a sistemului nervos central, în care propriul sistem imunitar atacă și distruge învelișul protector al căilor de conducere nervoase. În timp, această afecțiune cauzează daune ireparabile și conduce către un declin lent. Evoluția bolii poate fi modificată printr-un tratament corespunzător, care poate avea însă multiple efecte adverse și care necesită supraveghere medicală periodică.

⁸ Date prezentate de Conf. Dr. Anca Coliță în cadrul Conferinței Naționale de Farmacoeconomie și Management Sanitar, 2020.

În evidența cabinetelor de medicină de familie din România se află peste **7.000** de persoane diagnosticate cu scleroză multiplă⁹.

Cu toate că pentru luna aprilie au avut scăderi de aproape 90%, serviciile medicale dedicate sclerozei multiple au înregistrat cea mai marcantă revenire dintre toate patologii analizate (Figura 18).

Figura 18. Evoluția spitalizărilor pentru scleroză multiplă la nivel național



CUM PERCEP BOLNAVII CRONICI IMPACTUL PANDEMIEI ÎN ROMÂNIA

O serie de întrebări de evaluare a impactului pandemiei COVID-19 asupra calității și accesului la servicii medicale au fost adresate, sub formă de chestionar, unui număr de 230 bolnavi cronici din 29 de județe diferite. În perioada anterioară declanșării pandemiei, respondenții accesau servicii medicale în 49 de spitale diferite.

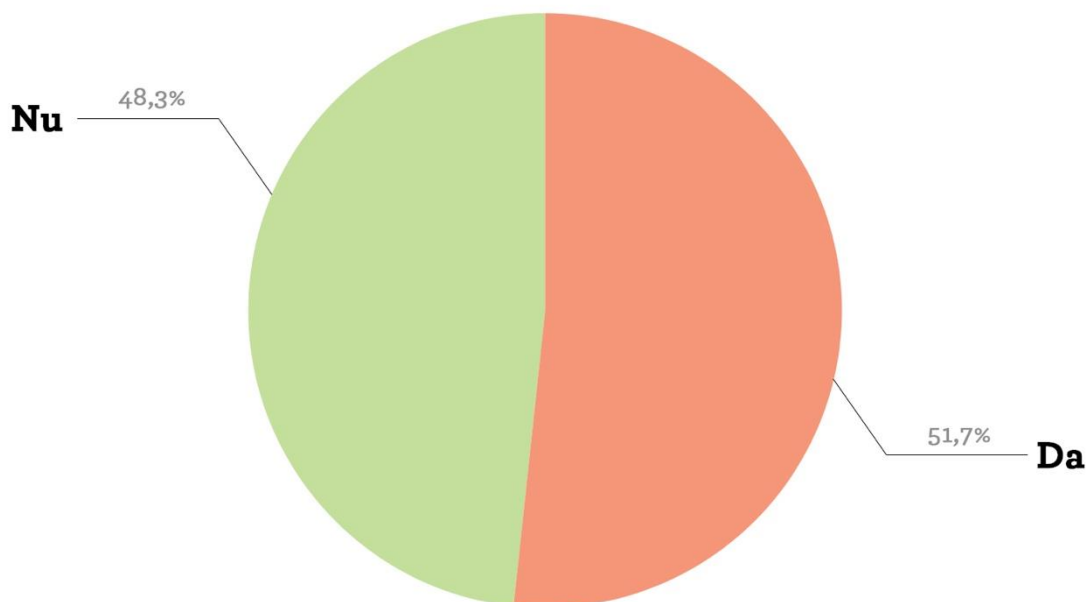
Peste jumătate dintre respondenți (51,7%) consideră că pandemia COVID-19 a afectat negativ calitatea îngrijirilor medicale primite (Figura 19).

Respondenții au acordat note de la 1 la 10 calității serviciilor medicale primite înainte de pandemie și în timpul pandemiei COVID-19. Media notelor acordate a scăzut de la 8 înainte de debutul pandemiei

⁹ Institutul Național de Sănătate Publică (2020).

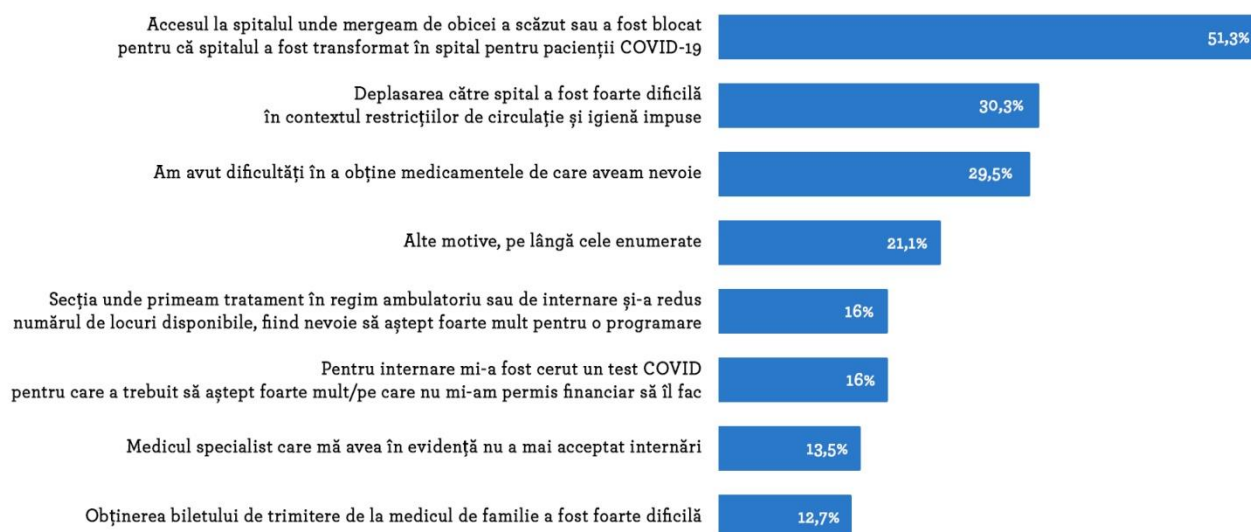
la 4 în timpul pandemiei. Așadar, din perspectiva bolnavilor cronici, pandemia COVID-19 a redus semnificativ calitatea serviciilor medicale.

Figura 19. Răspunsul bolnavilor cronici la întrebarea: Simțiți că a fost afectată negativ calitatea îngrijirilor medicale pentru boala dumneavoastră odată cu debutul pandemiei COVID-19?



Cauzele acestei scăderi semnificative sunt multiple. Cea mai frecvent invocată este scăderea sau blocarea accesului la spitalul unde persoana se prezenta de obicei pentru tratament și monitorizare. Dificultățile create de restricțiile de circulație precum și procurarea dificilă a medicamentelor sunt și ele cauze frecvent invocate (Figura 20).

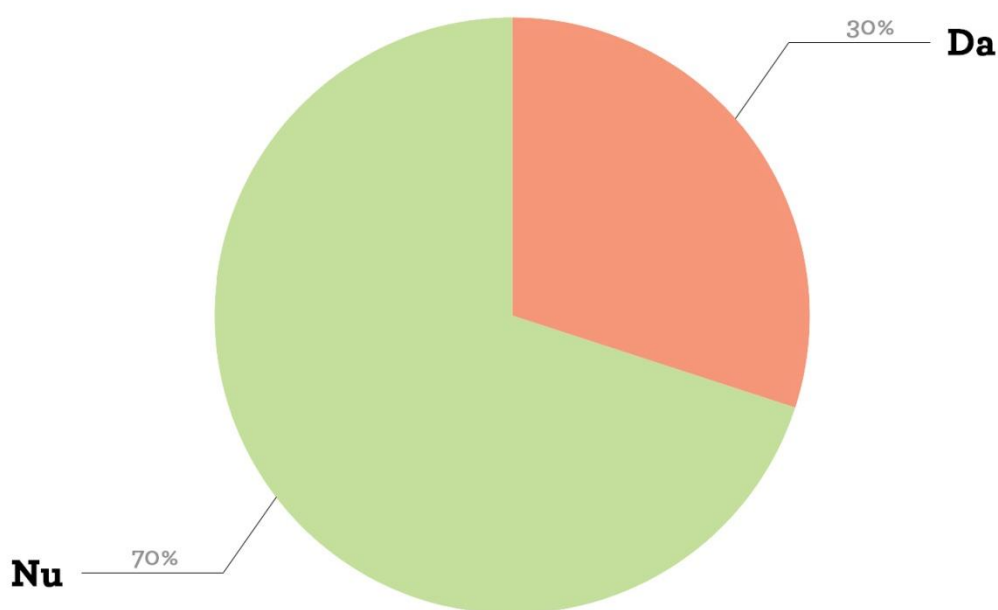
Figura 20. Cauzele scăderii calității serviciilor medicale din perspectiva bolnavilor cronici



Peste jumătate (51,4%) dintre bolnavii care au perceput ca negativ impactul pandemiei asupra serviciilor medicale primite consideră că afecțiunea cronică de care suferă s-a agravat în perioada pandemiei, și peste trei sferturi (77,5%) afirmă că au în continuare dificultăți în a accesa serviciile medicale de care au nevoie.

Lipsa medicamentelor, o problemă frecvent mediatizată, a afectat 30% dintre bolnavii cronici chestionați (Figura 21). Medicamentele cel mai frecvent invocate ca având probleme de disponibilitate sunt levotiroxina, sub denumirea comercială euthyrox (medicament esențial în tratarea bolilor tiroidiene), și hidroxiclorochină (medicament esențial pentru tratarea unor afecțiuni autoimune). Lipsa ambelor substanțe medicamentoase a fost declanșată sau agravată de apariția pandemiei COVID-19.

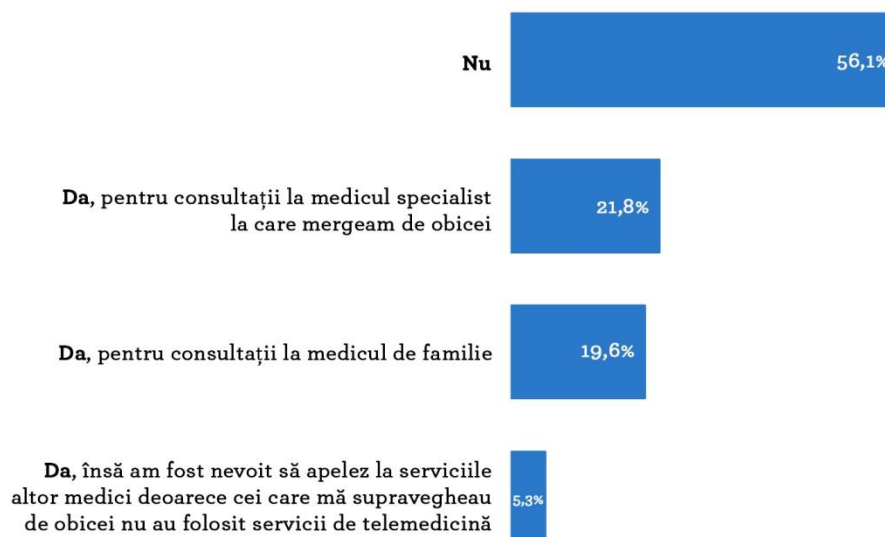
Figura 21. Răspunsul bolnavilor cronici la întrebarea: În perioada pandemiei ați avut dificultăți în a obține medicamentele de care aveți nevoie?



Trebuie subliniat că printre motivele invocate de bolnavii cronici chestionați cu privire la dificultatea de a obține medicamentele necesare, absența acestora din farmacii este menționată de 56,6% dintre pacienții care au întâmpinat dificultăți. Un număr semnificativ menționează și imposibilitatea obținerii prescripției medicale necesare de la medicul de familie sau medicul specialist (30%), precum și dificultatea de a se deplasa la farmacie din cauza restricțiilor de circulație impuse (26%) sau a anxietății cu privire la infectarea cu SARS-COV-2 (13%).

Telemedicina este una dintre soluțiile fezabile pentru a evita problemele de acces și de calitate apărute pe fondul pandemiei și evidențiate mai sus. Cu toate acestea, 56% dintre bolnavii cronici chestionați nu au folosit servicii de telemedicină în perioada pandemiei. Telemedicina a fost folosită în egală măsură pentru consultații la medicul de familie și la medicul specialist (Figura 22).

Figura 22. Răspunsul bolnavilor cronici la întrebarea: În perioada pandemiei ați utilizat servicii de telemedicină (consultații medicale la distanță prin intermediul telefonului/computerului)?

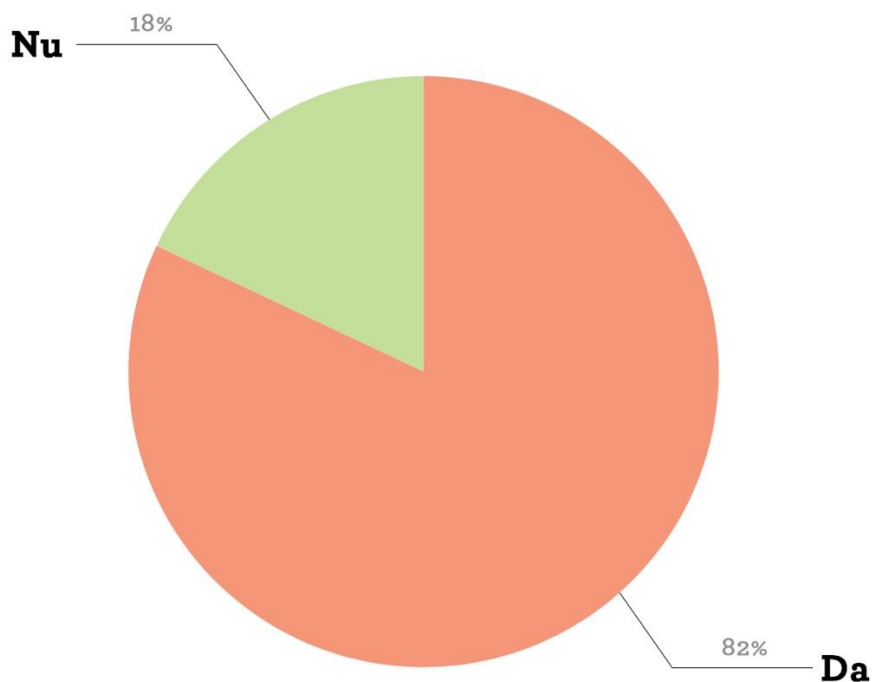


CUM PERCEP MEDICII DE FAMILIE IMPACTUL PANDEMIEI ÎN ROMÂNIA

O serie de întrebări de evaluare a impactului pandemiei COVID-19 asupra accesului la servicii medicale au fost adresate, sub formă de chestionar, unui număr de 255 medici de familie din 38 de județe diferite.

Un procent considerabil dintre respondenți (82%) consideră că pandemia COVID-19 a avut un efect negativ asupra accesului pacienților cronici la servicii medicale în România (Figura 23). Printre motivele enumerate de medicii de familie pentru care pandemia a avut un efect negativ asupra accesului pacienților cronici la servicii medicale, cele mai frecvente sunt accesul restricționat la serviciile medicale din spitale/ambulatoriile de specialitate (74,7% dintre respondenți), teama pacienților de COVID-19 (34,5% dintre respondenți) și restricțiile de deplasare impuse de autorități (5,8% dintre respondenți).

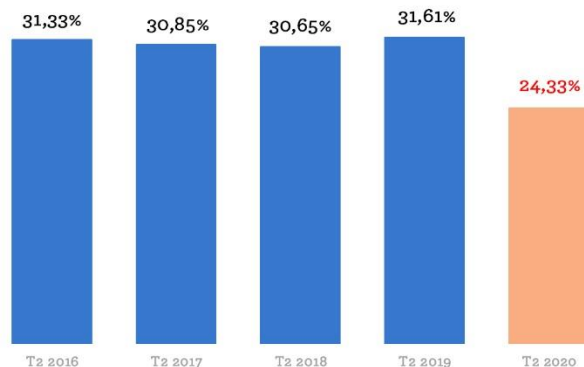
Figura 23. Răspunsul medicilor de familie la întrebarea: Din punctul dvs. de vedere, a avut pandemia COVID-19 un efect negativ asupra accesului pacienților cronici la servicii medicale?



Aproape jumătate dintre pacienții cronici aflați pe lista de pacienți a medicilor de familie chestionați au avut dificultăți în perioada pandemiei COVID-19 în a accesa serviciile medicale de care aveau nevoie. Conform propriilor estimări, medicii de familie chestionați au eliberat cu 56,2% mai puține bilete de trimitere în perioada pandemiei comparativ cu perioada anterioară apariției COVID-19.

Figura 24. Evoluția comparativă a spitalizărilor realizate prin bilet de trimitere de la medicul de familie pentru trimestrul 2 intervalul 2016-2020

Procentul de internări prin **bilet de trimitere de la medicul de familie** din totalul internărilor pentru **trimestrul 2**, la nivel național

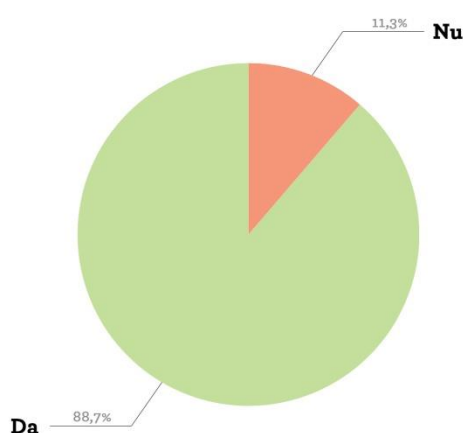


*T2 = trimestrul 2 (lunile Aprilie, Mai și Iunie)

Din datele publice existente se observă că numărul de internări prin bilet de trimitere de la medicul de familie s-a redus cu 23% în trimestrul 2 din 2020 față de același trimestru din anii anteriori (Figura 24). Având în vedere estimarea oferită de medicii de familie, există posibilitatea ca scăderea reflectată în trimestrul 2 să se fi accentuat în trimestrul 3 al acestui an.

Deși majoritatea bolnavilor cronici chestionați afirmă că nu au folosit servicii de telemedicină, majoritatea medicilor de familie chestionați afirmă că au utilizat serviciile de telemedicină în interacțiunea cu pacienții (Figura 25).

Figura 25. Răspunsul medicilor de familie la întrebarea: În perioada pandemiei ați utilizat servicii de telemedicină?



IMPACTUL PANDEMIEI COVID-19 ȘI APELUL CĂTRE AUTORITĂȚILE CENTRALE ȘI LOCALE

Pandemia COVID-19 a reprezentat o provocare considerabilă și pentru cele mai avansate sisteme medicale din lume. Un studiu al Organizației Mondiale a Sănătății derulat în 155 de țări¹⁰ a constatat că serviciile medicale pentru boli noncomunicabile au fost perturbate parțial sau în totalitate în întreaga lume, cele mai afectate fiind țările sărace.

53% dintre țările participante au semnalat perturbări ale serviciilor medicale pentru tratarea hipertensiunii arteriale, 49% pentru diabet și complicațiile sale, 42% pentru cancer și 31% pentru urgențe cardiovasculare. Campaniile de screening (de exemplu cele pentru cancer de sân sau cancer cervical) au fost amânate în 50% dintre țările participante la studiu.

¹⁰ World Health Organization Survey (2020). COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases.

Studiul “Goalkeepers Report”¹¹ al Fundației Gates atrage atenția asupra impactului negativ pe care pandemia îl are asupra îngrijirilor pentru HIV și tuberculoză. Riscul întreruperii acestor îngrijiri este degradarea stării de sănătate a celor infectați și înmulțirea numărului de cazuri. Înainte apariției virusului SARS-COV-2, la nivel global existau deja 3 milioane de cazuri neidentificate de tuberculoză: persoane infectate care nu știau că au boala. Accesul curent limitat la servicii de diagnostic și tratament nu poate să sporească acest număr.

Fondul Global de Luptă Împotriva HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei atrage atenția asupra riscului imens ca progresul obținut în ultimii ani să fie pierdut pe fondul pandemiei COVID-19¹². Întreruperile întâlnite în serviciile de tratament pentru HIV riscă să crească numărul anual de decese cauzate de HIV cu peste jumătate de milion, aducând acest număr la nivelul anului 2008. Monitorizarea realizată de Fondul Global arată scăderi de 50% ale testării HIV în unele țări. Situația este similară și pentru tuberculoză, existând țări care raportează cu 75% mai puține cazuri noi de infectare decât în perioada anterioară. La această situație contribuie și faptul că infrastructura de diagnostic molecular destinată tuberculozei este redirecționată pentru testarea COVID-19. Se estimează că impunerea unei carantine de 3 luni urmată de restricții pentru o perioadă de 10 luni ar duce la un număr suplimentar de 6.3 milioane de noi cazuri de tuberculoză la nivel global¹³.

Printre inițiativele oferite ca model de către raportul Fondului Global se numără înființarea unui serviciu de curierat în Ucraina care livrează medicamentele direct către pacienții infectați cu HIV și tuberculoză. O altă metodă recomandată, implementată și în România, este acordarea tratamentului pentru HIV și tuberculoză pentru perioade mai lungi reducând astfel nevoia de deplasare către unități medicale.

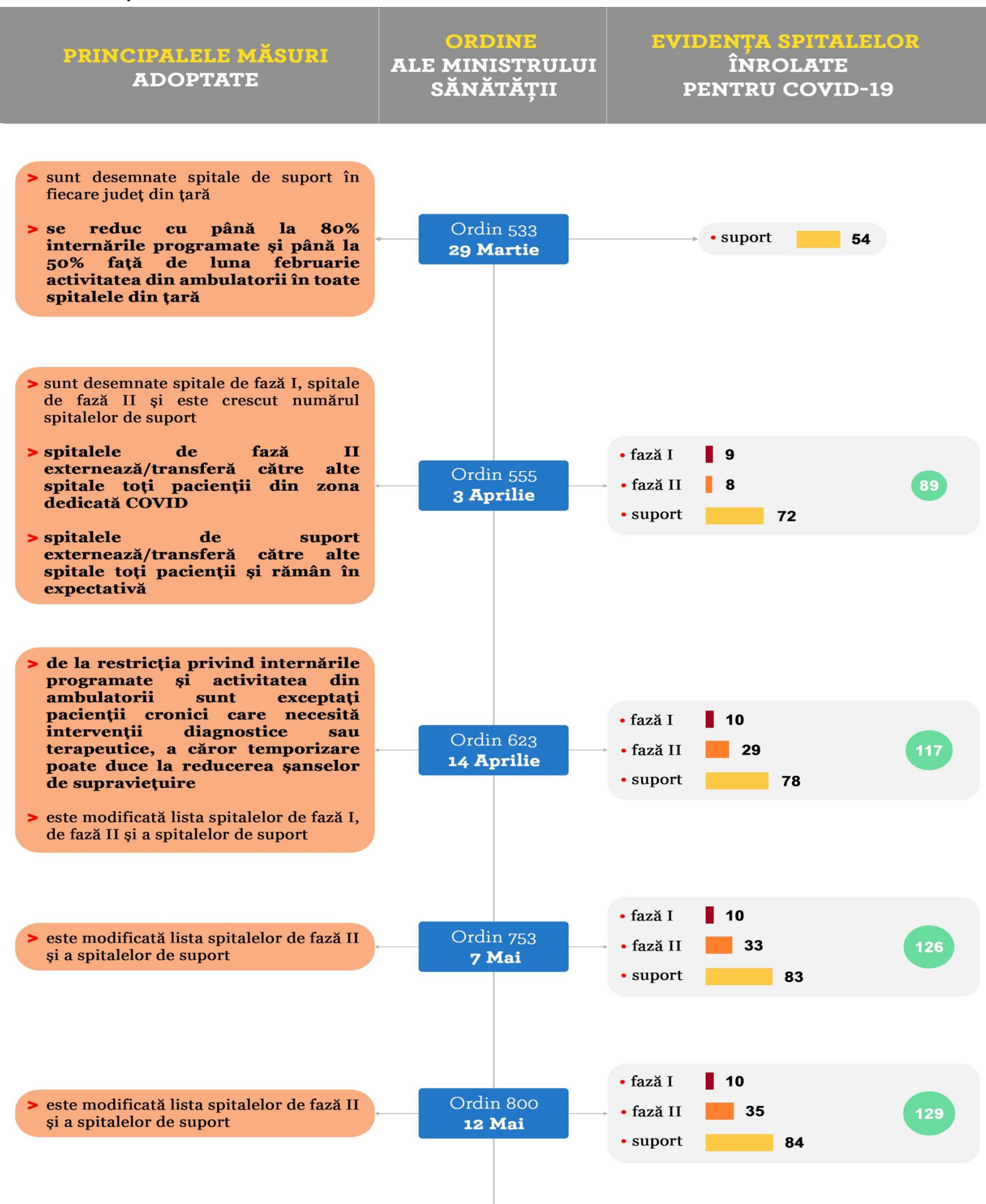
CONCLUZIA RAPORTULUI este apelul către autoritățile centrale și locale din România de a găsi soluții inovative și adecvate care îmbină atât gestionarea pandemiei coronavirus cu asigurarea continuității îngrijirilor medicale pentru celelalte boli cronice, a campaniilor de screening și a inițiativelor de vaccinare și prevenție. În caz contrar, pandemia de coronavirus va avea un impact considerabil asupra bolnavilor cronici din România ducând la deteriorarea stării lor de sănătate și la creșterea presiunii asupra unui sistem medical oricum suprasolicitat.

¹¹ COVID-19: A global perspective (2020). Bill&Melinda Gates Foundation. Goalkeepers Report.

¹² The Global Fund Results Report (2020). The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.

¹³ The potential impact of the COVID-19 response on tuberculosis in high-burden countries: a modelling analysis (2020). STOP TB Partnership in collaboration with Imperial College et al.

ANEXA 1 – Succesiunea ordinelor Ministrului Sănătății privind planul de măsuri și lista spitalelor COVID-19



- > în funcție de situația locală:
 - se pot relua internările și intervențiile chirurgicale programate, precum și activitatea din ambulatorii
 - spitalele înrolate pentru COVID-19 pot asigura, cu avizul DSP, asistență medicală și pacienților non-COVID-19

- > este modificată lista spitalelor de fază II și a spitalelor de suport

Ordin 961
29 Mai

- fază I 10
- fază II 38
- suport 86

134

- > este modificată lista spitalelor de fază II și a spitalelor de suport

Ordin 1137
23 Iunie

- fază I 10
- fază II 39
- suport 88

137

- > este modificată lista spitalelor de suport

Ordin 1239
8 Iulie

- fază I 10
- fază II 39
- suport 87

136

- > este modificată lista spitalelor de fază II și a spitalelor de suport

Ordin 1302
21 Iulie

- fază I 10
- fază II 41
- suport 86

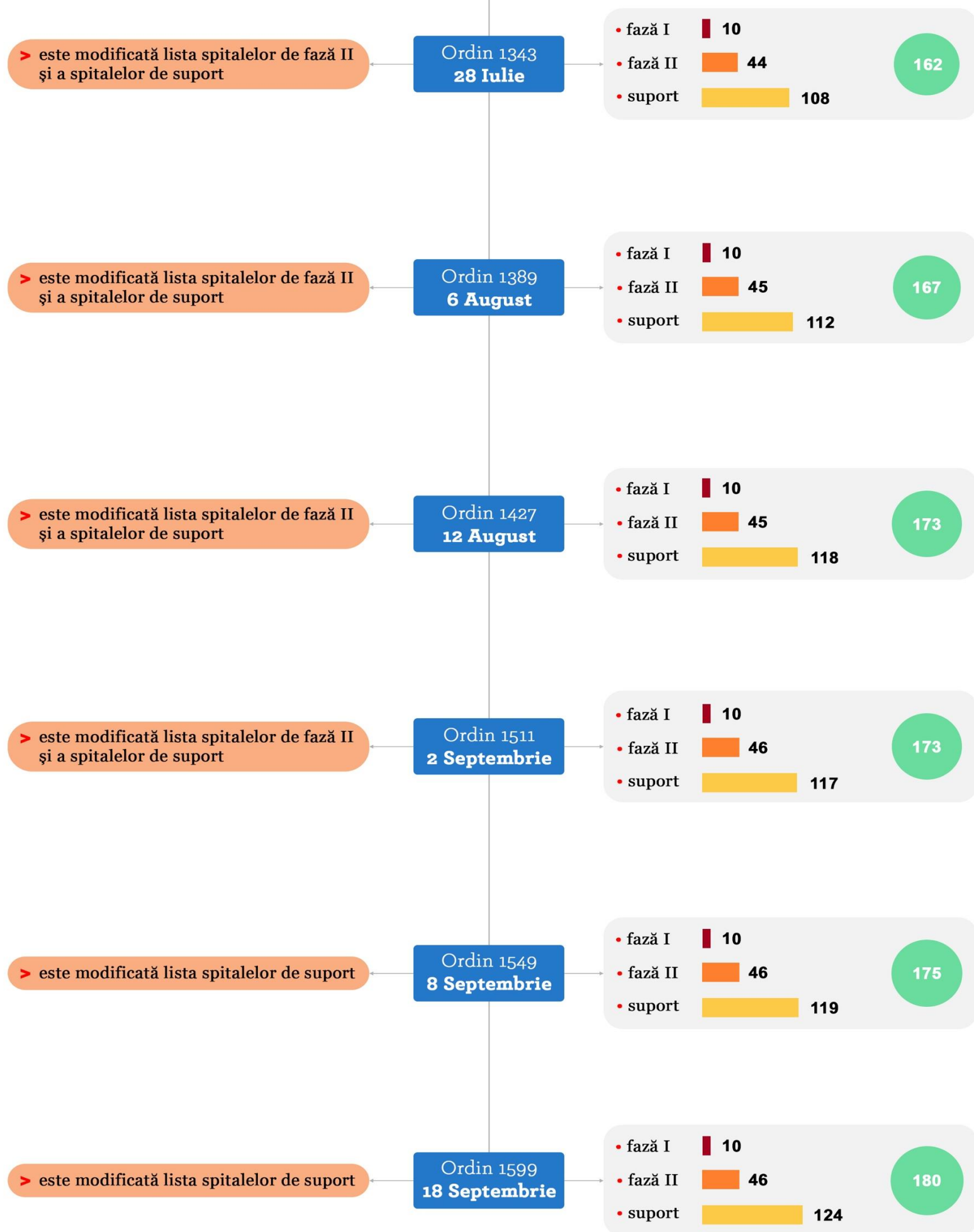
137

- > este modificată lista spitalelor de fază II și a spitalelor de suport

Ordin 1322
23 Iulie

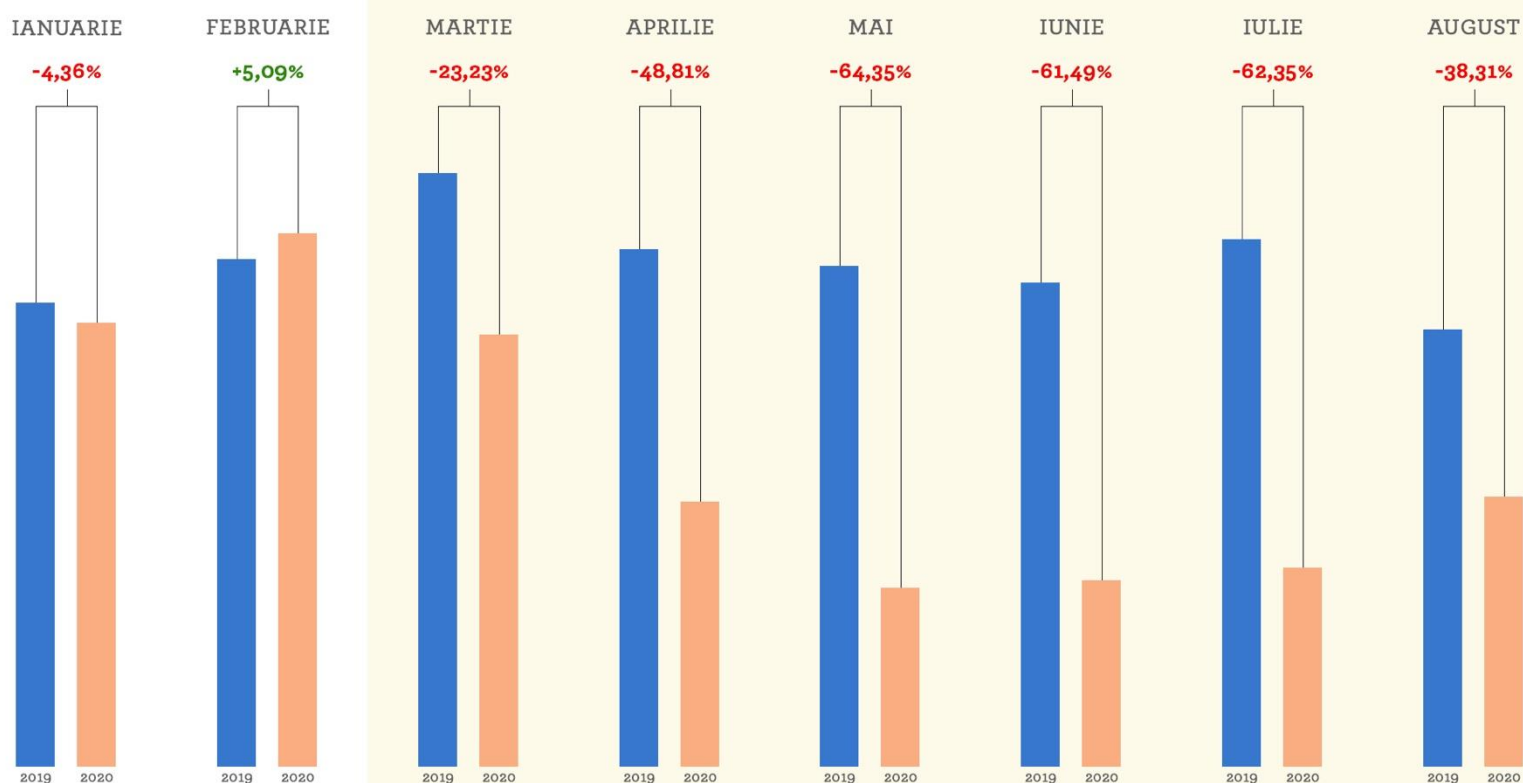
- fază I 10
- fază II 42
- suport 89

141



ANEXA 2 – Evoluția spitalizărilor în spitale COVID și non-COVID din Cluj, Iași și Timișoara

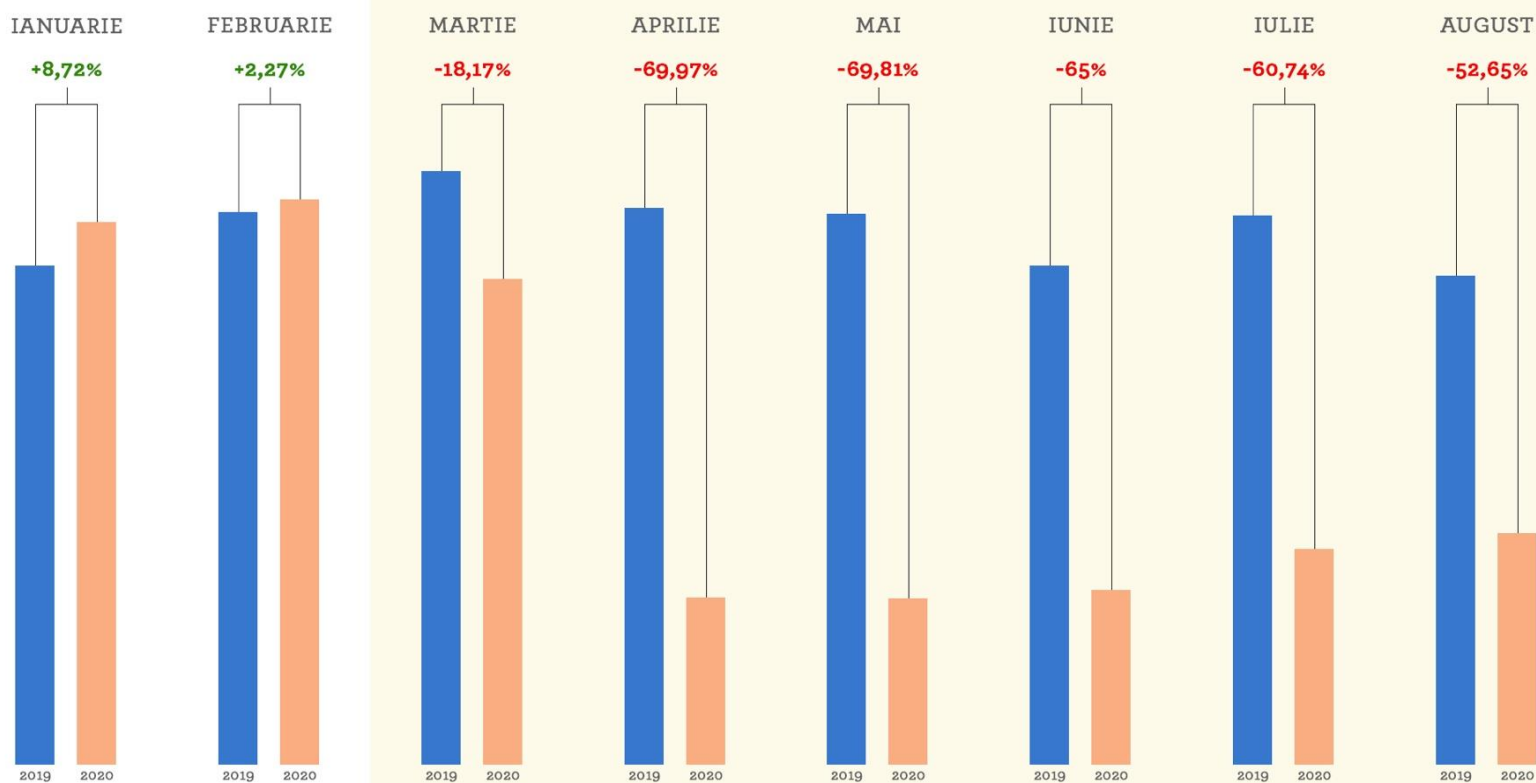
Evoluția spitalizărilor - Spitalul de Pneumoftiziologie "Leon Daniello" Cluj-Napoca (COVID fază II)



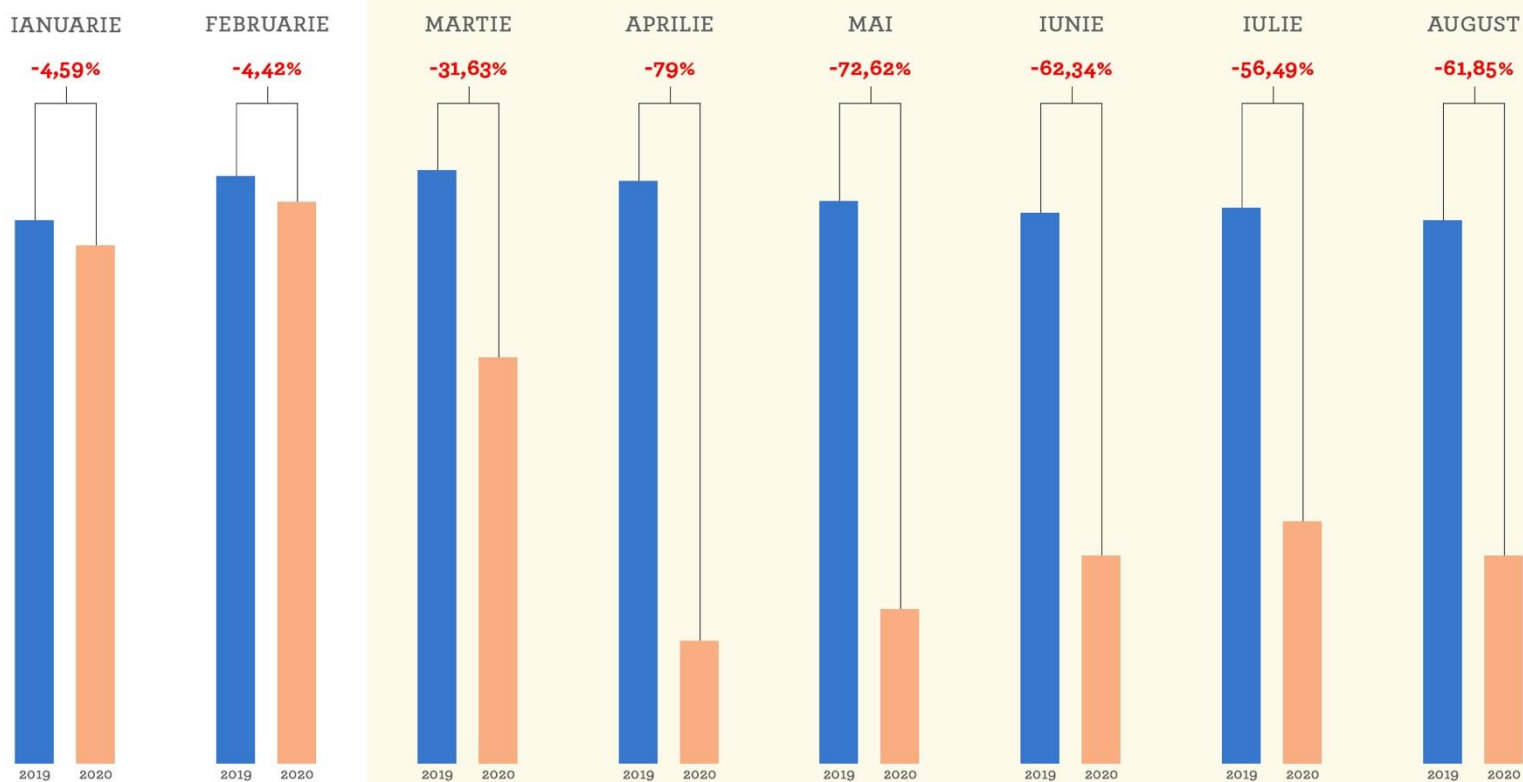
Evoluția spitalizărilor - Spitalul Județean de Urgență Cluj-Napoca (non-COVID)



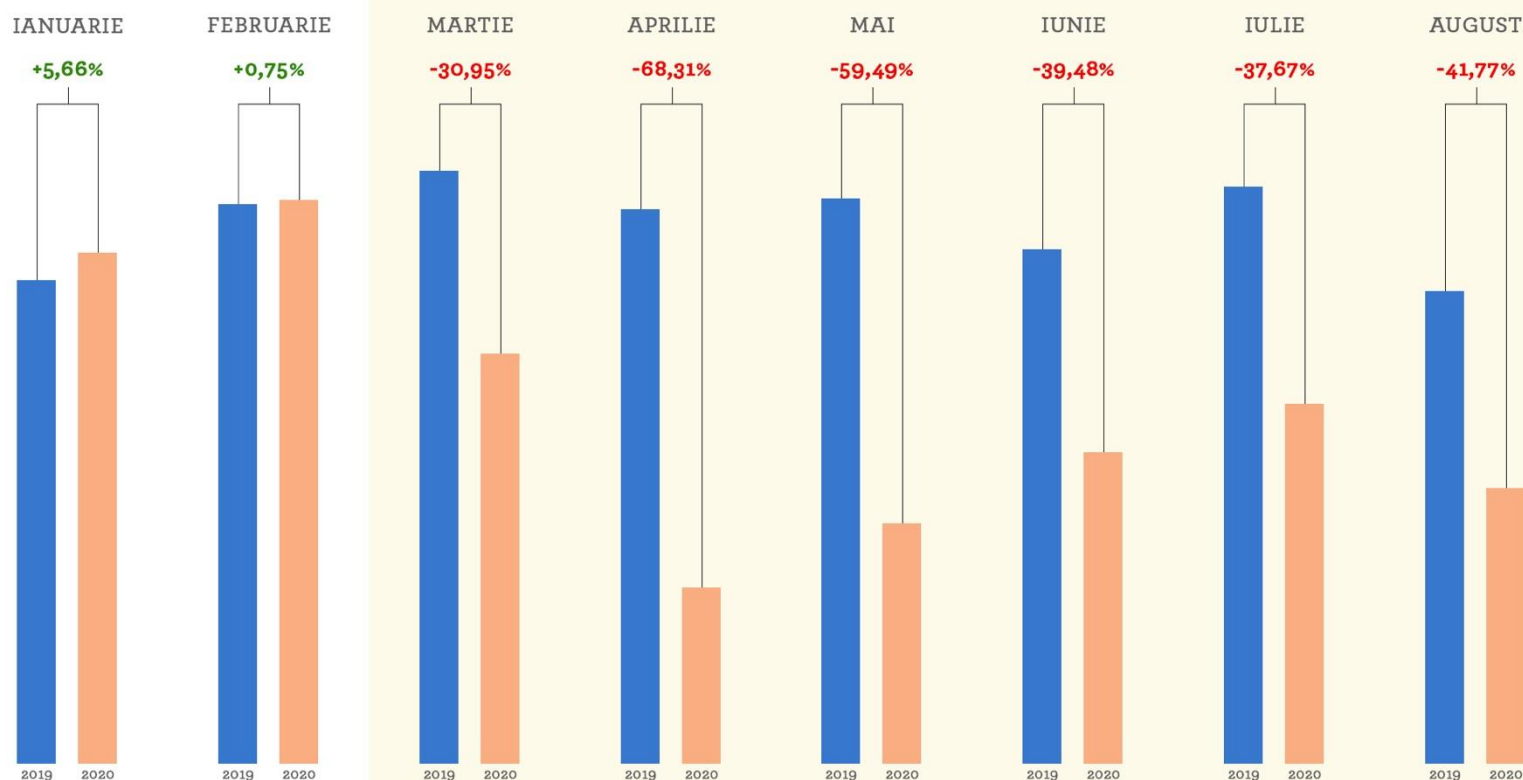
Evoluția spitalizărilor - Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Iași (COVID fază II)



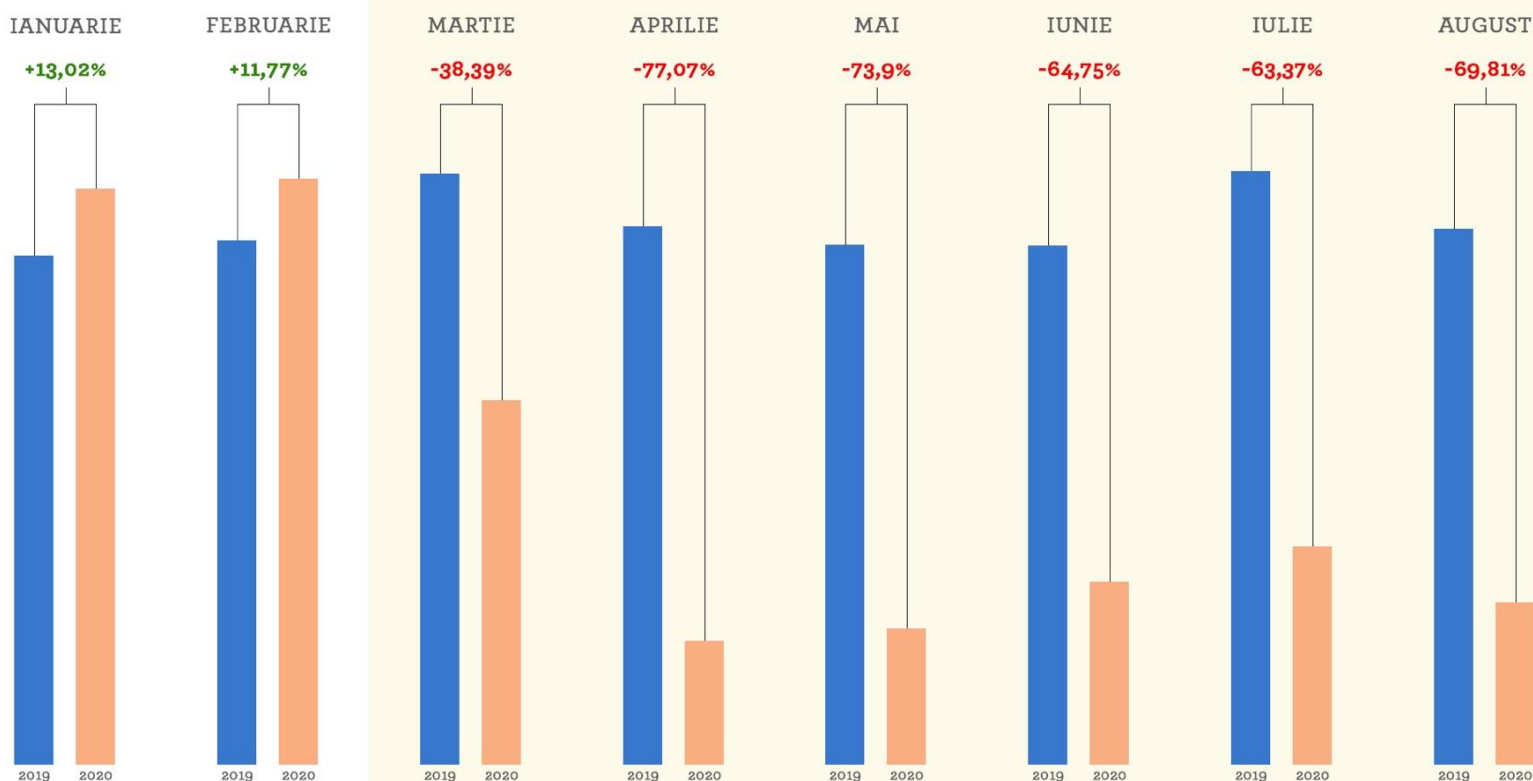
Evoluția spitalizărilor - Spitalul Județean de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași (non-COVID)



Evoluția spitalizărilor - Spitalul Municipal de Urgență Timișoara (COVID suport)



Evoluția spitalizărilor - Spitalul de Urgență pentru Copii "L. Țurcanu" Timișoara (non-COVID)



ANEXA METODOLOGICĂ

La mai bine de 6 luni de la debutul pandemiei COVID-19 a fost necesară o evaluare a impactului pe care pandemia l-a avut asupra îngrijirilor medicale pentru bolnavii cronici din România. Obiectivul acestui raport este de a oferi o imagine de ansamblu asupra acestui aspect și de a stimula o dezbateră mult necesară pentru a găsi soluții pentru asigurarea unui acces satisfăcător la servicii medicale bolnavilor cronici din România.

Datele privind numărul de cazuri confirmate de infecție cu noul coronavirus au fost preluate din surse oficiale (Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile) și prelucrate de Observatorul Român de Sănătate.

Pentru evaluarea măsurilor adoptate pentru gestionarea pandemiei cu impact asupra accesului pacienților cu boli cronice la servicii medicale și pentru realizarea evidenței spitalelor dedicate COVID au fost analizate cele 16 Ordine ale Ministrului Sănătății privind planul de măsuri și lista spitalelor COVID-19, începând cu Ordinul nr. 533 din 29/03/2020, până la Ordinul nr. 1599 din 18/09/2020. Caracteristicile celor 3 tipuri de spitale dedicate COVID au fost preluate din acest set de ordine ale Ministrului Sănătății.

Categoriile de acreditare în care au fost încadrate spitalele dedicate COVID-19 au fost determinate utilizând date publice disponibile pe site-ul Autorității Naționale de Management al Calității Sanitare (ANMCS), anmcs.gov.ro. Categoria de acreditare a putut fi identificată pentru 153 din cele 180 de unități desemnate pentru gestionarea COVID-19 la momentul redactării acestui raport. Spitalelor le-a fost atribuită categoria desemnată în cadrul celui de-al doilea ciclu de acreditare, iar spitalelor care se aflau în proces de evaluare în cel de-al doilea ciclu le-a fost atribuită categoria obținută în primul ciclu de acreditare. Definițiile categoriilor de acreditare prezentate în raport reprezintă o sumarizare a definițiilor complete ale ANMCS.

Pentru evaluarea activității lunare a spitalelor atât la nivel național, cât și la nivel individual pentru spitalele incluse în analiză, au fost folosite date privind indicatori ai morbidității spitalizate (frecvența cazurilor) clasificate în funcție de grupa de diagnostic (DRG), pentru lunile ianuarie – august ale anilor 2019 și 2020. Au fost utilizate date agregate pe diferite nivele: național, spital și specialitate. Aceste date sunt disponibile public pe site-ul Centrului de Cercetare și Evaluare a Serviciilor de Sănătate din cadrul Școlii Naționale de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar.

Diversitatea patologiilor tratate în spitalele incluse în analiză a putut fi dedusă utilizând aceleași seturi de date menționate mai sus. Procentele prezentate în Figura 12 reprezintă comparația între numărul de coduri DRG diferite utilizate de către fiecare spital în fiecare dintre lunile analizate, comparație realizată între aceleași perioade ale anului 2020 și cele ale anului 2019.

Pentru a determina în mod specific numărul de spitalizări pentru patologiile analizate în acest raport, au fost utilizate seturile lunare de date privind indicatori ai morbidității spitalizate pe nivel de agregare național, din care au fost extrase frecvențele cazurilor filtrate pe baza următoarelor coduri DRG: HIV - S3010, S3021, S3022, S3023, Diabet zaharat - K1010, K3011, K3012, Afecțiuni oncologice - D1022, D3011, D3012, G1031, G3011, G3012, H1021, H3021, H3022, R1011, R1012, R1031, R1032, R3021, R3022, R3023, E3121, E3122, E3123, R3031, R3032, I3051, I3052, J1021, J1031, J3021, J3022, N1031, N1032, N1111, N3011, N3012, N1021, N1022, M1061, M3011, M3012, L1021, L1022, L3031, L3032, B3071, B3072, R3011, R3012, R3013 și Scleroză multiplă - B3091, B3092. Din cauza suprapunerii dintre codurile DRG utilizate pentru tuberculoză și cele utilizate pentru alte infecții respiratorii, incluzând infecția cu noul coronavirus, pentru a determina numărul de spitalizări pentru tuberculoză au fost utilizate seturile lunare de date privind indicatori ai morbidității spitalizate pe nivel de agregare după specialitate, pentru specialitatea pneumoftiziologie. Din cauza faptului că dintre spitalele dedicate COVID, 23 sunt spitale de pneumoftiziologie, avem în vedere probabilitatea

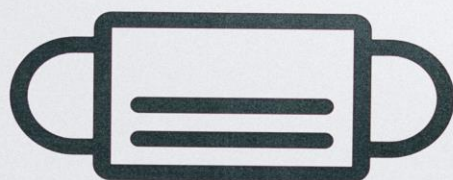
ca rezultatele analizei pentru tuberculoză să fie subestimate în comparație cu celelalte patologii analizate.

Tot din această sursă publică au fost utilizate și date privind indicatori trimestriali de evaluare a activității spitalelor, pentru trimestrul 2 (lunile aprilie, mai și iunie) al anilor 2019 și 2020: indicatori generali de volum și intensitate, indicatori ai circumstanțelor spitalizării.

Au fost elaborate chestionare specifice pentru bolnavii cronici și medicii de familie, folosind întrebări semistructurate. Un număr total de 485 persoane au răspuns chestionarelor, răspunsurile fiind supuse unei analize statistice elementare, pe baza frecvenței răspunsurilor oferite la fiecare întrebare în parte. Întrebarea adresată medicilor de familie cu privire la motivele pentru care aceștia consideră că pandemia COVID-19 a afectat negativ accesul pacienților cu boli cronice la servicii medicale a oferit posibilitatea unui răspuns liber. Folosind metode calitative de codare și analiză de text, răspunsurile libere au fost încadrate în una sau mai multe categorii. În acest fel au fost determinate cele mai frecvente dintre motivele pentru care medicii de familie consideră că pandemia COVID-19 a afectat negativ accesul pacienților cu boli cronice la servicii medicale.

©Datele prezentate în acest raport se fac cu citarea sursei conform formulării următoare:
Mixich Vlad, Radu Constantin (2020). Impactul pandemiei COVID-19 asupra accesului bolnavilor cronici la servicii medicale în România. Raport de Monitorizare. Observatorul Român de Sănătate, Fundația Romanian Angel Appeal.

IMPACTUL PANDEMIEI COVID-19



**asupra accesului
bolnavilor cronici la
servicii medicale**

Focus pe TBC, HIV, oncologie, diabet