

Dezvoltarea forței de muncă în domeniul asistenței medicale primare din România pentru promovarea bunăstării copiilor și adolescenților:

Documentul-sinteză de față își propune să contribuie la consolidarea capacității forței de muncă din domeniul asistenței medicale primare (AMP) din România, pentru a oferi servicii de înaltă calitate de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor, de educație pentru sănătate și de asistență medicală pentru copii, adolescenți, tineri și mame, cu o atenție specială acordată celor mai vulnerabile categorii (populație săracă, din zone rurale, romi, persoane cu dizabilități). Documentul prezintă o imagine de ansamblu asupra situației actuale a forței de muncă implicate în furnizarea de servicii de asistență medicală primară pentru copii, adolescenți, tineri și mame în România. Cele trei categorii principale de personal incluse în analiză sunt medicii de familie și asistenții medicali, lucrătorii din domeniul asistenței medicale comunitare și medicii și asistenții medicali școlari. În colectarea și analiza datelor, am descris forța de muncă din domeniul sănătății, cu accent pe factorii contextuali, factorii sistemului de sănătate, procesele și rezultatele personalului medical și rezultatele sistemului de sănătate¹. Pentru evaluarea disponibilului și distribuției forței de muncă din domeniul asistenței medicale primare și pentru analiza oportunităților de transfer și partajare a atribuțiilor, am utilizat satele și indicatorii cheie privind forța de muncă în domeniul sănătății ce acoperă perioada de 10 ani, din 2010 până în 2020, precum și interviurile cu principalii factori decizionali.

Context

În România, rata mortalității infantile a scăzut de la 7,5% la 5,8% între 2015 și 2019. Cu toate acestea, România se situează încă pe primul loc în Uniunea Europeană (UE) în ceea ce privește rata mortalității infantile². Mai mult, există diferențe semnificative între zonele rurale și cele urbane; în 2019, rata a fost de 7,7% în zonele rurale, față de 4,7% în zonele urbane³. Mortalitatea maternă în România se numără, de asemenea, printre cele mai ridicate din întreaga Uniune Europeană, cu 17,9 la 100.000 de născuți vii⁴ față de 5 la 100.000 de născuți vii, media mortalității materne în Europa Occidentală⁵.

În România, unul din zece copii este născut de o mamă adolescentă. În 2019, au fost înregistrate 16.639 de sarcini la adolescente, în scădere cu 9% față de 2018⁶. Cu toate acestea, România se plasează pe locul al doilea în Uniunea Europeană în ceea ce privește rata natalității în rândul adolescentelor. Sarcinile în adolescență au numeroase consecințe negative asupra viitoarelor mame, precum și costuri sociale și economice. Una din șase adolescente care au avut un copil înainte de vârsta de 15 ani va avea un al doilea copil înainte să împlinească 18 ani. Fenomenul este ciclic, repetându-se în cadrul aceleiași familii de

¹ Sonderegger, S., Bennett, S., Sriram, V., Lalani, U., Hariyani, S., & Robertson, T. (2021). Visualizing the drivers of an effective health workforce: a detailed, interactive logic model. *Human resources for health*, 19(1), 1-15.

² Țarcă, E., Roșu, S.T., Cojocaru, E., Trandafir, L., Luca, A. C., Rusu, D., & Țarcă, V. (2021). Socio-Epidemiological Factors with Negative Impact on Infant Morbidity, Mortality Rates, and the Occurrence of Birth Defects. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(4), 384.

³ INSP-CNSIPS. (2019). Mortalitatea infantilă în România. Disponibil accesând: <http://cnsisp.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2020/10/MORTALITATEA-INFANTILA-2019-1.pdf>

⁴ INSP-CNSIPS. (2020). Mortalitatea maternă. Disponibil accesând: https://insp.gov.ro/download/cnsisp/Fisiere-de-pe-site-CNSISP/mortalitatea_materna/Mortalitatea-materna-in-Romania-2020.pdf

⁵ UNICEF. (2019). Maternal mortality. Disponibil accesând: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>

⁶ UNICEF. (2021). Adolescent pregnancy in Romania. Disponibil accesând: <https://www.unicef.org/romania/reports/adolescent-pregnancy-romania>

la o generație la alta, alături de precaritatea economică, socială și sanitară⁶. În plus, riscul de mortalitate maternă este cel mai ridicat în cazul adolescentelor sub 15 ani, iar complicațiile în timpul sarcinii și nașterii sunt mai mari în rândul adolescentelor cu vârste cuprinse între 10 și 19 ani⁷.

În ceea ce privește copiii, 29% dintre cei examinați au prezentat „abateri de la dezvoltarea normală” (subponderalitate/supraponderalitate pentru vârstă), supraponderalitatea fiind ușor predominantă⁸. În România se nasc anual 20.000-24.000 de copii prematuri; prematuritatea și greutatea mică la naștere sunt factori de risc importanți în mortalitatea infantilă⁹. Mai mult, până la 33% dintre copiii din mediul urban și 15% dintre cei din mediul rural aveau cel puțin o problemă cronică de sănătate (cele mai frecvente: tulburări de vedere și obezitate)⁸. În România, ratele de vaccinare (82%) împotriva bolilor care pot fi prevenite prin vaccinare (rujeolă, rubeolă, difterie-tetanos-pertussis) sunt mai mici decât în alte țări din regiune: Serbia 95%, Bulgaria 92%, Macedonia de Nord 91%, Republica Moldova 88% și Muntenegru 87%¹⁰.

Potrivit Indicelui European al Consumatorului de Sănătate 2018, România ocupă penultimul loc în clasamentul sistemelor de sănătate (locul 34 din 35). Ratele ridicate ale sarcinii la adolescente, ale operațiilor cezariene, ale mortalității infantile și materne, discriminarea instituțională a grupurilor marginalizate, dificultățile de acces la serviciile de sănătate pentru anumite grupuri și fragmentarea datelor disponibile la nivel național sunt doar câteva dintre barierele în calea îmbunătățirii serviciilor atât la nivel instituțional, cât și la nivel uman¹¹. Atât mamele din comunități defavorizate, cât și cele din zonele urbane mici și mari se confruntă cu provocări de naturi și cauze diferite, însă destul de severe. Problemele cele mai profunde se observă la grupurile vulnerabile, unde mamele nu își cunosc drepturile, nu fac vizite regulate la medic, iar educația în domeniul sănătății este un lux de care nu dispun¹¹.

Pentru a monitoriza și a preveni în mod corespunzător aspectele menționate mai sus, este nevoie de o forță de muncă bine pregătită în sectorul asistenței medicale primare din România. Monitorizarea atentă și măsurile de prevenire a bolilor pot reduce considerabil ratele morbidității și mortalității în rândul copiilor, mamelor și grupurilor vulnerabile.

Introduction

Asistența medicală primară (AMP) se concentrează în mare măsură pe serviciile de sănătate și nutriție pentru mame, nou-născuți, copii și adolescenți, pe dezvoltarea timpurie a copilului, vaccinare, igienă, controlul și prevenirea bolilor, îngrijirea prenatală și acoperirea vaccinală¹².

Prin cabinetele medicale situate la nivelul comunității, medicii de familie constituie primul punct de contact al pacienților cu sistemul de sănătate. Medicii de familie și asistenții medicali oferă servicii medicale pacienților asigurați și neasigurați, în baza unui contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate¹³.

Potrivit OUG 18/2017, asistența medicală comunitară cuprinde ansamblul de programe, servicii de sănătate și acțiuni de sănătate publică furnizate la nivelul comunităților, în special al grupurilor vulnerabile, cu scopul creșterii accesului populației la servicii de sănătate, în special la cele centrate pe prevenire¹⁴. Scopul asistenței medicale comunitare constă în îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin asigurarea

⁶ UNICEF. (2021). Adolescent pregnancy in Romania. Disponibil accesând: <https://www.unicef.org/romania/reports/adolescent-pregnancy-romania>

⁷ Ministerul Sănătății. (2021). “Sănătatea reproducerii – tu decizi ce este mai bine pentru tine!” – Analiză de situație. Disponibil accesând: <https://www.dspsv.ro/uploads/PromovareaSanatatii/Sanatatea%20reproducerii%202021/Analiza-situatie-SANATATEA-REPRODUCERII-2021.pdf>

⁸ UNICEF. (2021). Adolescent pregnancy in Romania. Disponibil accesând: <https://www.unicef.org/romania/reports/adolescent-pregnancy-romania>

⁹ Țarcă, E., Roșu, S. T., Cojocaru, E., Trandafir, L., Luca, A. C., Rusu, D., & Țarcă, V. (2021). Socio-Epidemiological Factors with Negative Impact on Infant Morbidity, Mortality Rates, and the Occurrence of Birth Defects. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(4), 384.

¹⁰ CivicLab. (2020). Raport- Grijă pentru sănătatea mamei și a copilului. Disponibil accesând: <https://civiclabs.ro/ro/byproducts/raport-grija-pentru-sanatatea-mamei-si-a-copilului>

¹¹ Bjornberg, A. (2018). 2017 Euro Health Consumer Index. *PharmacoEconomics & Outcomes News*, 796, 31-10.

¹² UNICEF (2020). Health Results 2020 Primary Health Care. <https://www.unicef.org/media/102671/file/Health-Results-2020-Primary-Health-Care.pdf>

¹³ Contract-cadru din 26 iunie 2021 care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022: <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocument/243848>

¹⁴ Ordonanță de urgență nr. 18 din 27 februarie 2017 privind asistența medicală comunitară: <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocument/186978>

echitabilă a accesului la servicii de sănătate a tuturor persoanelor din fiecare comunitate, indiferent de statutul socioeconomic, nivelul de educație, amplasarea acesteia în mediul rural sau urban sau de distanța față de furnizorul de servicii medicale. Lucrătorii din domeniul asistenței medicale comunitare (LAMC) includ asistenți medicali comunitari (AMC) și mediatori sanitari romi (MSR) (în comunitățile în care populația de etnie romă depășește 700 de persoane).

Potrivit contractului-cadru adoptat de Guvern la 26 iunie 2021, asistența medicală și stomatologică pentru preșcolari, elevi și studenți este asigurată în cabinetele medicale și cabinetele medicale stomatologice din unitățile de învățământ preuniversitar și superior de către medici școlari, medici stomatologi școlari și asistenți medicali școlari¹⁵. În mediul rural, acolo unde nu există cabinete medicale școlare, medicii de familie trebuie să asigure serviciile în localitățile respective sau în cele apropiate, conform OUG 162/2008¹⁶ și Legii 174/2011¹⁷.

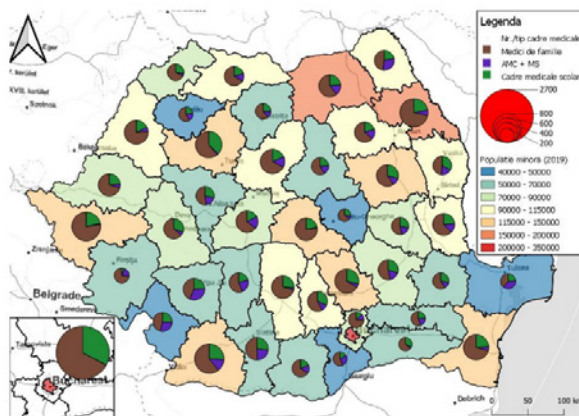
Disponibilul și distribuția actuală a forței de muncă în domeniul asistenței medicale primare în România

Medicina de familie

Potrivit datelor publicate de Institutul Național de Statistică, în 2020 existau în România 12.424 de medici de familie, aproape două treimi dintre aceștia aflându-se în mediul urban. Dacă ar exista o distribuție unitară, un medic de familie ar îngriji 1.550 de persoane¹⁸. Cu toate acestea, în 2020, mai mult de jumătate din comunitățile din România (53%) nu aveau niciun medic de familie sau aveau un număr insuficient de medici de familie, potrivit datelor centralizate de Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie¹⁹.

Cei mai mulți dintre aceștia (78%) erau femei, iar majoritatea (65%) se aflau în mediul urban. Cea mai mare grupă de vârstă a medicilor de familie din România este cea de 55-64 de ani (aproximativ 30%), în timp ce doar 12% dintre medicii de familie au vârste cuprinse între 25 și 34 de ani. Având în vedere situația actuală, România ar putea pierde aproximativ 18% din disponibilul actual de medici de familie în următorii 10 ani, din cauza pensionării celor care au în prezent peste 55 de ani și a numărului insuficient de medici de familie mai tineri care să îi înlocuiască. Datele puse la dispoziție de Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF) aproximau că în 2020 exista un deficit real de 2.187 de medici de familie în România, iar aceste cifre cresc în fiecare an²⁰. Aceleași date arată că în 2021 lucrau în sistemul de asistență medicală primară aproximativ 20.000 de asistenți medicali, registratori medicali, contabili și alte

Distribution of PHC for children population from Romania in 2019



¹⁵ Contract-cadru din 26 iunie 2021 care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022: <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/243848>

¹⁶ Ordonanța de urgență 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale – Articolul 12, paragraful 3: <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/99731>

¹⁷ Legea 174/2011 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale: <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/132225>

¹⁸ INSP. (2021). Anuarul de statistică sanitară pe anul 2020.

¹⁹ Avocatul Poporului. (2021). Raport special privind lipsa medicilor de familie din zona rurală sau din zonele defavorizate sau greu accesibile. Disponibil accesând: <https://avp.ro/wp-content/uploads/2021/04/Raport-special-privind-lipsa-medicilor-de-familie-din-zona-rurala-si-din-zonele-defavorizate-sau-greu-accesibile.pdf>

²⁰ FNPMF. (2020). Harta accesului cetățenilor români la serviciile de asistență medicală primară oferite de către cabinetele medicilor de familie. Disponibil accesând: <http://www.fnpmf.ro/wp-content/uploads/2021/07/harta-MF-2020.pdf>

categorii de personal auxiliar²¹, iar proporția de asistenți medicali activi în asistența medicală primară este mult mai mică decât proporția de medici de familie²².

Faptul că medicii de familie adesea practică mult după împlinirea vârstei de 65 de ani- vârsta standard de pensionare în România- iar unii lucrează chiar și după ce au împlinit 75 de ani, semnalează un deficit de intrări în sistem. Deficitul este acutizat de precaritatea datelor de calitate în acest sens. Există o diferență între numărul total de medici de familie raportat de Institutul Național de Statistică în 2020 (12.424) și de Colegiul Medicilor din România în 2020 (15.349), în funcție de modul de colectare a datelor. Institutul Național de Statistică primește date din cercetările anuale efectuate de Direcțiile de Sănătate Publică, în timp ce datele raportate de Colegiul Medicilor din România provin din datele compilate raportate de Colegiul Medicilor din fiecare județ din România. Cu toate acestea, ambele surse indică îmbătrânirea populației de medici de familie.

*„Avem deja aproximativ 700 de zone rurale în care nu avem medic sau în care s-au alipit două comune, și încercăm să găsim o soluție pentru comunitățile respective, care și-au pierdut medicul.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal- medicina de familie***

Asistența medicală comunitară

Potrivit datelor furnizate de Ministerul Sănătății, în 2021 existau în România 2.285 de lucrători în domeniul asistenței medicale comunitare (LAMC)- 1.822 de asistenți medicali comunitari (AMC) și 463 de mediatori sanitari romi (MSR), dintre care 90% erau femei, iar 75% erau localizați în mediul rural. Cu toate acestea, numărul LAMC este insuficient în raport cu nevoile existente. Bugetul alocat de Ministerul Sănătății pentru LAMC nu a crescut în ultimii doi ani, astfel încât și a fost dificil pentru autoritățile publice locale să angajeze noi LAMC. Lucrătorii din domeniul asistenței medicale comunitare nu sunt distribuiți în mod egal din punct de vedere geografic pe teritoriul României, în funcție de nevoile reale.

*„Ar fi normal să avem cel puțin un lucrător în domeniul asistenței medicale comunitare în fiecare comunitate rurală și urbană mică din România, dar sunt zone fără medic de familie unde nevoia reală ar fi de 2-3 lucrători din domeniul asistenței medicale comunitare.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - asistență medicală comunitară***

Medicina școlară

Cu o populație școlară de aproape 3,5 milioane elevi²³, cele mai recente date din 2019 arată că necesarul de medici școlari, atât de medicină generală, cât și stomatologi, este inegal asigurat în România, variind de la 299 de medici școlari în București, la niciun medic școlar în județul Călărași. Potrivit datelor furnizate

*„Într-un oraș, există un număr de școli, un număr de grădinițe, un număr de medici și un număr de asistenți medicali. Un medic școlar este responsabil de 4-5 unități de învățământ. Sunt orașe în care acoperirea este mai bună, și atunci medicii au 1-2 școli, dar aceste orașe sunt excepții, și în majoritatea orașelor din țară, fiecare medic are cel puțin 3-4 școli. Deci, sunt colegi care au 5-6 școli. Așa se face distribuția către medici. Asistenții medicali, în teorie, sunt prezenți în fiecare școală.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal- medicina școlară***

²¹ FNPMF (2021). Rectificarea bugetara – apel catre premier. Disponibil accesând: <http://www.fnpmf.ro/rectificarea-bugetara-apel-catre-premier/>

²² FNPMF (2011). Evaluarea structurii și furnizării asistenței primare în România. Available here: http://www.fnpmf.ro/wp-content/uploads/2021/07/Raport_OMS_Nivel_CPSS_-_Evaluarea_structurii_si_furnizarii_asistentei_primare_in_Romania_martie_2012.pdf

²³ <https://www.agerpres.ro/economic-intern/2021/06/25/populatia-scolara-din-romania-in-scadere-in-anul-scolar-2020-2021-un-cadru-didactic-se-ocupa-de-15-elevi-studenti-ins-737137>

de Ministerul Sănătății, numărul medicilor școlari din mediul rural (21 de medici) este insuficient. Numărul asistenților medicali școlari, atât de medicină generală, cât și de stomatologie, în mediul urban, este ceva mai mare în comparație cu cel al medicilor și stomatologilor școlari. Cu toate acestea, încă nu asigură necesarul, mai ales că școlile au de obicei mai multe clădiri care trebuie să beneficieze de serviciile medicilor și asistenților medicali școlari și, de multe ori, aceste clădiri nu se află în aceeași incintă. Accesul la serviciile furnizate de medicii și asistenții medicali școlari este inegal pentru copiii care învață în spații diferite ale aceleiași școli.

Provocările cu care se confruntă forța de muncă din domeniul asistenței medicale primare din România

- AMP este subutilizată, este frecvent ocolită și nu joacă un rol central în coordonarea asistenței medicale²⁴, împovărând astfel nivelurile secundar și terțiar și limitând accesul la asistență medicală pentru copii, adolescenți, mame și familii;
- Disponibilitatea furnizorilor de servicii de asistență medicală primară și de servicii de sănătate specifice variază semnificativ, în funcție de particularitățile geografice, ca și accesul la asistență medicală pentru copii, adolescenți, mame și familii, în special pentru cei din categoriile vulnerabile, sub pragul sărăciei, din mediul rural, romi și copii și persoane cu dizabilități;
- Inconsecvența politicilor de formare, a finanțării și a accesului la resurse pentru asistența medicală primară conduce la un model fragmentat de asistență medicală și la inegalități între zonele urbane și rurale în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate;
- Insuficienta integrare între nivelurile de asistență medicală pentru copii, adolescenți, mame și familii, în sensul că asistența medicală primară nu are suficiente corelări funcționale cu cea secundară și terțiară, în timp ce promovarea sănătății și prevenirea nu sunt conectate în mod corespunzător cu asistența curativă, ceea ce are un puternic impact negativ asupra continuității și calității asistenței medicale, deoarece colaborarea este, în cea mai mare parte, nestandardizată, nestructurată, bazată în principal pe relații personale.

²⁴ Wang, H., Chukwuma, A., Comsa, R., Dmytraczenko, T., Gong, E., & Onofrei, L. (2021). Generating Political Priority for Primary Health Care Reform in Romania. *Health Systems & Reform*, 7(2), e1898187.

Recomandări

În baza informațiilor prezentate mai sus și a constatărilor în urma interviurilor și a cadrelor pentru cele mai bune practici internaționale²⁵, formulăm următoarele recomandări:

Părțile interesate	Recomandări		
	Acțiuni pe termen scurt (până la 1 an)	Acțiuni pe termen mediu (până la 5 ani)	Acțiuni pe termen lung (până la 10 ani și mai mult)
Ministerul Sănătății	Asigurarea instrumentelor, dispozitivelor și materialelor necesare personalului din domeniul asistenței medicale primare pentru a oferi asistență medicală adecvată (de exemplu, truse de urgență pentru lucrătorii din domeniul asistenței medicale comunitare);	Creșterea numărului și a capacității actualei forțe de muncă din domeniul asistenței medicale primare, cu accent pe dezvoltarea competențelor aferente activităților de prevenție la toate categoriile profesionale;	Asigurarea unei distribuții echitabile a forței de muncă și a resurselor în domeniul asistenței medicale primare în mediul urban și rural, în special în ceea ce privește deservirea populațiilor vulnerabile; (de exemplu, o mai bună aplicare a rezidențiatului pe post)
	Îmbunătățirea sistemului de înregistrare și raportare a activităților LAMC;	Consolidarea elaborării de politici și a capacității de planificare eficientă a serviciilor de asistență medicală primară prin includerea transferului și partajării atribuțiilor în politica de finanțare a sectorului sanitar;	Alinierea programelor de formare profesională (de bază, pe post și continuă), a conținuturilor și a metodelor de învățare pentru asistența medicală primară folosind o abordare centrată pe oameni, precum și pe nevoile comunității și ale populației (de exemplu, descentralizarea programelor educaționale și extinderea formării în domeniul sănătății în mediul rural, îmbunătățirea disponibilității și distribuției lucrătorilor din domeniul sănătății prin intermediul unor stimulente financiare și nefinanciare, în special în zonele în care asistența medicală este stringent necesară);
	Asigurarea unei mai bune reglementări a formării profesionale a categoriilor de specialiști în domeniul asistenței medicale primare în ceea ce privește nevoile specifice de sănătate ale copiilor, adolescenților, mamelor și grupurilor vulnerabile;	Facilitarea îmbunătățirii comunicării și a colaborării la nivelul asistenței medicale primare, secundare și terțiare- preferabil prin utilizarea unor instrumente digitale standardizate (de exemplu, dosare electronice de sănătate);	Facilitarea îmbunătățirii comunicării și a colaborării la nivelul asistenței medicale primare, secundare și terțiare- preferabil prin utilizarea unor instrumente digitale standardizate (de exemplu, dosare electronice de sănătate);

²⁵ Organizația Mondială a Sănătății & Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF). (2020). Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Organizația Mondială a Sănătății



	Facilitarea unei mai bune coordonări cu ministerele competente în ceea ce privește planificarea necesarului de forță de muncă;	Îmbunătățirea legislației și a strategiilor intersectoriale privind furnizarea de servicii de asistență medicală primară, precum și a condițiilor de muncă și a atribuțiilor (de exemplu, cabinete medicale dotate corespunzător, potrivit legii, nu doar „pe hârtie”; asigurarea consecvenței între ceea ce este raportat ca activitate și ceea ce se realizează în realitate; evitarea suprapunerii atribuțiilor îndeplinite de asistenții medicali comunitari, membrii cabinetului medicului de familie și asistenții medicali din cabinetele medicale școlare);	Consolidarea elaborării de politici și a capacității de planificare eficientă a serviciilor de asistență medicală primară prin includerea transferului și partajării atribuțiilor în politica de finanțare a sectorului sanitar, cu accent pe serviciile de prevenție;
		Asigurarea calității și consecvenței datelor privind forța de muncă în domeniul asistenței medicale primare prin crearea și menținerea unui registru integrat al specialiștilor din domeniul sănătății;	Creșterea numărului și a capacității actualei forțe de muncă din domeniul asistenței medicale primare;
		O atenție sporită acordată dezvoltării competențelor aferente activităților de prevenție la toate categoriile profesionale;	
Casa Națională de Asigurări de Sănătate	Crearea de stimulente pentru a atrage specialiști din domeniul asistenței medicale primare în zonele insuficient deservite;	Reglementarea componentei adecvate a echipei cabinetului medicului de familie, pentru a asigura că activitățile administrative sunt îndeplinite de persoane special pregătite în acest sens (de exemplu, registratori, receptioneri etc.), în locul medicului de familie și/sau al asistentului său medical;	Elaborarea și implementarea unor modele pilot de servicii integrate, multidisciplinare dedicate copiilor, adolescenților și mamelor;
Specialiștii din domeniul sănătății; Asociații ale specialiștilor din domeniul sănătății	Stimularea unor interacțiuni mai fructuoase și mai frecvente între lucrătorii din domeniul asistenței medicale secundare și terțiare, pe de o parte, și specialiștii din domeniul asistenței medicale primare, pe de altă parte, pentru a discuta cele mai recente practici din domeniu;	Identificarea și dezvoltarea domeniilor care se pretează la transferul și partajarea atribuțiilor;	Elaborarea unui cadru de monitorizare a performanței pentru dezvoltare profesională, mentorat și formarea viitoarelor generații de specialiști, axat pe serviciile de prevenție oferite de AMP;
Autoritățile locale (consilii locale și consilii județene)	Asigurarea sprijinului logistic pentru specialiștii AMP- de exemplu, transport, cazare etc.;	Creșterea accesului LAMC la programe de formare;	Stimularea unei cooperări mai strânse între specialiștii din domeniul sănătății care deservește comunitatea locală;
	Facilitarea identificării unor surse suplimentare de finanțare (proiecte locale/regionale /naționale/europene);	Asigurarea sprijinului pentru inițiativele locale demarate de specialiști AMP;	