



UNIVERSITATEA
BABEȘ-BOLYAI



Departamentul de
Sănătate Publică
Universitatea Babeș-Bolyai



Dezvoltarea forței de muncă în domeniul asistenței medicale primare din România pentru promovarea bunăstării copiilor și adolescenților: prezentare generală la nivel național și studiu de caz la nivel județean



@UNICEF Cybermedia

Autori:

MĂDĂLINA-ADINA COMAN
DIANA NEMEȘ
GABRIEL GATI
LIGIA PAINA
MONICA GEORGIANA BRÎNZAC
MARIUS IONUȚ UNGUREANU

Mulțumiri

Autorii sunt recunoscători pentru sprijinul primit din partea factorilor decizionali competenți la nivel național în cadrul documentării și elaborării prezentului raport și Oanei Motea de la Biroul de Țară UNICEF pentru îndrumări și observații.

Iunie 2022

Opiniile exprimate și argumentele prezentate aici nu reflectă în mod necesar opiniile oficiale ale UNICEF.

Cuprins

Sumar executiv	4
1. Introducere	5
2. Disponibilul și distribuția actuală a forței de muncă în domeniul asistenței medicale primare în România	8
2.1. Disponibilul și distribuția actuală a medicilor de familie	8
2.2. Disponibilul și distribuția actuală a lucrătorilor din domeniul asistenței medicale comunitare	11
2.3. Disponibilul și distribuția actuală a medicilor școlari	12
3. Imagine de ansamblu asupra provocărilor cu care se confruntă forța de muncă din domeniul asistenței medicale primare din România	15
4. Oportunități de consolidare a forței de muncă în domeniul asistenței medicale primare în România	19
4.1. Prezentare generală	19
4.2. Oportunități de îmbunătățire a transferului/partajării atribuțiilor în sectorul asistenței medicale primare din România	22
5. Concluzii și recomandări	27
6. Studiu de caz: județul Bistrița-Năsăud	30
Lista acronimelor	37
Definiții și legislație	38

Sumar executiv

În ciuda faptului că mortalitatea infantilă a scăzut de-a lungul anilor, România se situează încă pe primul loc în Uniunea Europeană în ceea ce privește rata mortalității infantile, cu diferențe semnificative între mediul urban și cel rural. Mortalitatea maternă din România este una dintre cele mai ridicate din Uniunea Europeană, iar sarcinile la adolescente plasează România pe locul doi în rândul statelor membre ale Uniunii Europene. Datele UNICEF arată că nu mai puțin de 33% dintre copiii din mediul urban și 15% dintre cei din mediul rural au cel puțin o problemă cronică de sănătate (cele mai frecvente: tulburări de vedere și obezitate). Mai mult, în România, ratele de vaccinare împotriva bolilor care pot fi prevenite prin vaccinare (rujeolă, rubeolă, difterie-tetanos-pertussis) sunt mai mici decât în alte țări din regiune. 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 uman.

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.

Raportul de față își propune să contribuie la consolidarea forței de muncă din domeniul asistenței medicale primare 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 făcut referire și am utilizat cadrul axat pe factorii contextuali, factorii sistemului de sănătate, procesele și rezultatele personalului medical și rezultatele sistemului de sănătate prezentate. Datele și indicatorii cheie privind forța de muncă în domeniul sănătății acoperă perioada de 10 ani, din 2010 până în 2020, și sunt triangulați cu informații obținute în urma interviurilor cu principalii factori decizionali, pentru a evalua disponibilul de personal și distribuția forței de muncă din domeniul asistenței medicale primare și a analiza posibilitățile de transfer și partajare a atribuțiilor.

Datele privind distribuția forței de muncă din domeniul asistenței medicale primare din România indică mai multe tipare pentru medicina de familie, asistența medicală comunitară și medicina școlară. În județele cu cea mai mare populație de copii, numărul medicilor de familie, al asistenților medicali comunitari și al medicilor școlari este încă scăzut în comparație cu populația de copii, adolescenți, tineri și mame pe care o deservește.

Medicina de familie

Medicii de familie sunt localizați mai ales în zonele urbane, lăsând zonele rurale fără îngrijiri medicale și cu acces limitat la serviciile de sănătate. În 2020, mai mult de jumătate din comunitățile din România 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 Familie. Datele obținute în urma interviurilor arată că studenții la medicină nu percep medicina de familie ca pe un domeniu atractiv. Mai mult, tendința actuală în ceea ce privește rezidențiatul în medicina de familie indică un deficit probabil de cel puțin 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.

Asistența medicală comunitară

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. Bugetul alocat de Ministerul Sănătății pentru lucrătorii din domeniul asistenței medicale comunitare nu a crescut în ultimii doi ani, ceea ce face dificilă eliminarea deficitului de forță de muncă.

Medicina școlară

La nivel național, necesarul de medici școlari, atât de medicină generală, cât și stomatologi, este inegal asigurat, variind de la 299 de medici școlari în București, la niciun medic școlar în județul Călărași. Accesul la serviciile furnizate de medicii și asistenții medicali școlari este inegal pentru copiii care învață în spații diferite ale aceleiași școli, deoarece școlile au de obicei mai multe clădiri care trebuie acoperite și, de multe ori, aceste clădiri nu se află în aceeași incintă.

Provocările cu care se confruntă forța de muncă din asistența medicală primară din România sunt: subutilizarea sistemului de asistență medicală primară, variația disponibilității lucrătorilor din asistența medicală primară, inconsecvențe în politicile de formare profesională, finanțarea și accesul la resurse pentru lucrătorii din asistența medicală primară, precum și integrarea insuficientă între nivelurile de asistență medicală pentru copii, adolescenți, mame și familii.

Prezentul raport formulează o serie de concluzii și recomandări care vizează factorii sistemului de sănătate, procesele și rezultatele personalului medical. Sunt recomandate măsuri pe termen scurt (până la un an), mediu (până la 5 ani) și lung (până la 10 ani și mai mult) pentru diferite părți interesate, precum: Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, specialiștii din domeniul sănătății și asociațiile de specialiști din domeniul sănătății, precum și autoritățile locale (consilii locale și consilii județene).

1. Introducere

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 infantile¹. 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 urbane². Mortalitatea maternă în România se numără, de asemenea, printre cele mai ridicate din întreaga Uniune Europeană, cu 17,9 la 100.000 de nașcuți vii³ față de 5 la 100.000 de nașcuți vii, media mortalității materne în Europa Occidentală⁴.

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 2018⁵. 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 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 ani⁶.

În ceea ce privește copiii, 29% dintre cei examinați au prezentat „abateri de la dezvoltarea normală” (subponderalitate/supraponderalitate pentru vârstă), supraponderalitatea fiind ușor predominantă⁷. 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 infantilă⁸. 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%⁹.

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 uman¹⁰. 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

¹ 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.

² INSP-CNSIPS. (2019). Mortalitatea infantilă în România. Disponibil accesând: <http://cnsisp.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2020/10/MORTALITATEA-INFANTILA-2019-1.pdf>

³ 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>

⁴ UNICEF. (2019). Maternal mortality. Disponibil accesând: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>

⁵ UNICEF. (2021). Adolescent pregnancy in Romania. Disponibil accesând: <https://www.unicef.org/romania/reports/adolescent-pregnancy-romania>

⁶ Ministerul Sănătății. (2021). “Sănătatea reproducerii – tu decizi ce este mai bine pentru tine!” – Analiză de situație. Disponibil accesând: <https://www.dpsv.ro/uploads/PromovareaSanatatii/Sanatatea%20reproducerii%202021/Analiza-situatie-SANATATEA-REPRODUCERII-2021.pdf>

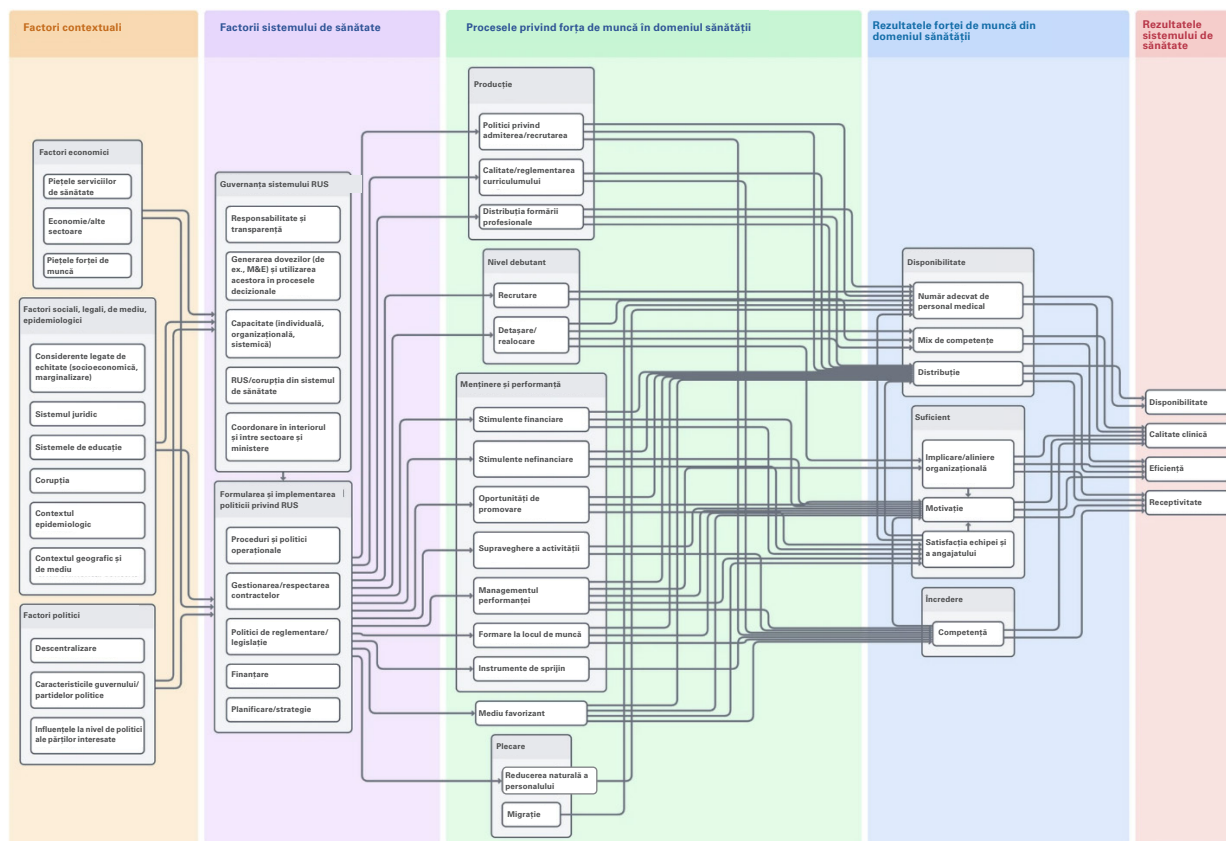
⁷ UNICEF. (2021). Adolescent pregnancy in Romania. Disponibil accesând: <https://www.unicef.org/romania/reports/adolescent-pregnancy-romania>

⁸ 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, Elveția), 9(4), [38].

⁹ 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>

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

și măsurile de prevenire a bolilor pot reduce considerabil ratele morbidității și mortalității în rândul copiilor, mamelor și grupurilor vulnerabile.



Scopul acestei sinteze este de a prezenta o imagine de ansamblu asupra situației actuale a forței de muncă din asistența medicală primară din România implicate în furnizarea de servicii medicale pentru copii, adolescenți, tineri și mame, cu o atenție specială acordată celor mai vulnerabile categorii (populație săracă, din zone rurale, romi, persoane cu dizabilități). 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 făcut referire și am utilizat cadrul axat pe factorii contextuali, factorii sistemului de sănătate, procesele și rezultatele personalului medical și rezultatele sistemului de sănătate prezentate mai jos¹¹. Vizualizatorul RUS este un model logic interactiv care ilustrează modul în care factori precum guvernarea, deciziile privind politicile și contextul țării afectează forța de muncă din domeniul sănătății și modul în care forța de muncă din domeniul sănătății afectează rezultatele sistemului de sănătate. În forma sa actuală, instrumentul poate sprijini procesul de transpunere a dovezilor în politici, poate reduce decalajul dintre dovezi, politici și practici și poate explora traiectoriile prin care factorii din amonte și forțele externe afectează ciclul de viață al resurselor umane din sănătate și prin care procesele din domeniul resurselor umane din sănătate (RUS) contribuie la rezultatele sistemului de sănătate.

Datele și indicatorii cheie privind forța de muncă în domeniul sănătății utilizați acoperă perioada de 10 ani, din 2010 până în 2020, și sunt triangulați cu informații obținute în urma interviurilor cu principalii factori decizionali, pentru a evalua disponibilul de personal și distribuția forței de muncă din domeniul asistenței medicale primare. În plus, documentul analizează provocările actuale cu care se confruntă forța

¹¹ 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.

de muncă în furnizarea de servicii de înaltă calitate și propune un set de recomandări pentru soluționarea provocărilor identificate.

Dacă documentul de față se concentrează asupra forței de muncă din asistența medicală primară, în timpul interviurilor cu principalii factori decizionali am analizat și forța de muncă din asistența medicală secundară și terțiară în anumite specialități selectate (obstetrică și ginecologie, pediatrie, psihiatrie pediatrică, reabilitare pediatrică), în principal pentru a analiza posibilitățile de transfer și partajare a atribuțiilor.

În sfârșit, raportul de față își propune să contribuie la consolidarea forței de muncă din domeniul asistenței medicale primare 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.

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

2.1. Disponibilul și distribuția actuală a medicilor de familie

Potrivit datelor publicate în 2021 de Institutul Național de Statistică, în 2020 existau în România 12.424 de medici de familie. Cei mai mulți dintre aceștia (78%) erau femei, după cum indică figura 1, iar majoritatea (65%) se aflau în mediul urban, după cum indică figura 2. Cele mai recente date arată că 96% dintre medicii de familie lucrează în cabinete individuale¹². Datele Federației Naționale a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF) arată că în 2021 lucrau în sistemul de asistență medicală primară aproximativ 20.000 de asistenți medicali, registratori, contabili și alte categorii de personal auxiliar¹³. Cu toate acestea, datele puse la dispoziție arată că proporția de asistenți medicali activi în asistența medicală primară este mult mai mică decât proporția de medici de familie¹⁴.

Figura 1. Distribuția pe sexe a medicilor de familie din România, 2020

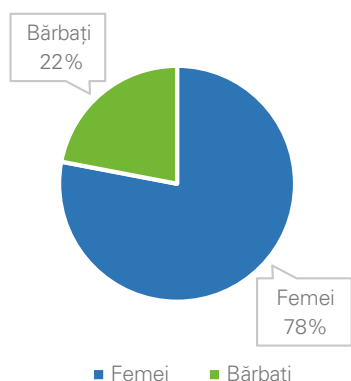
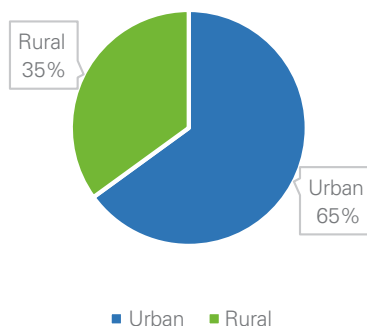


Figura 2. Distribuția geografică a medicilor de familie în România, 2020



¹² Chukwuma, A., Comsa, R., Chen, D., & Gong, E. (2021). Provider Payment Reforms for Improved Primary Health Care in Romania.

¹³ FNPMF. (2021). Rectificarea bugetara – apel catre premier. Disponibil accesând: <http://www.fnpmf.ro/rectificarea-bugetara-apel-catre-premier/>

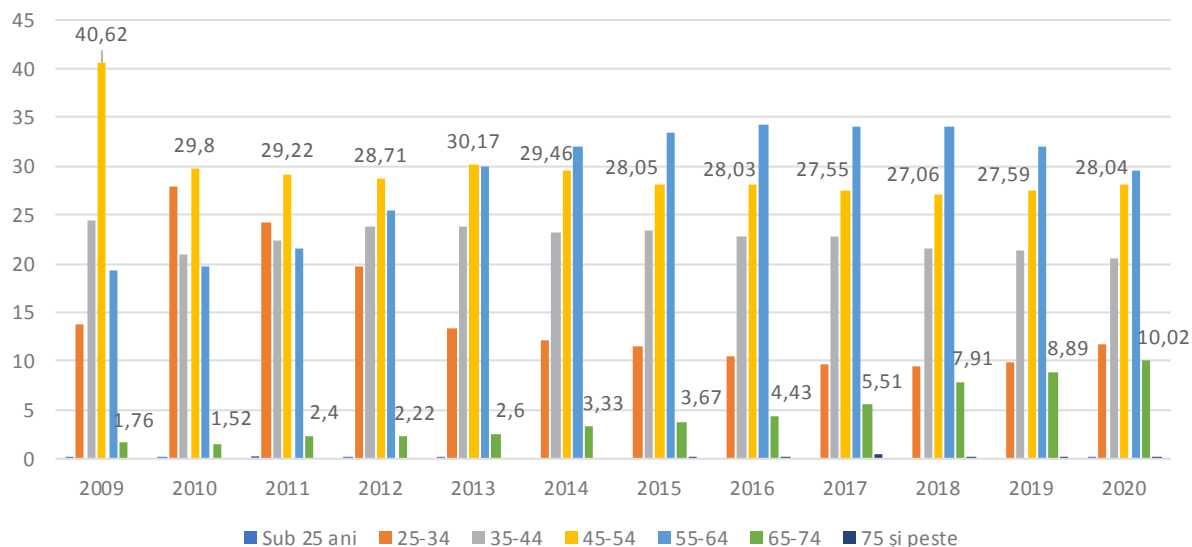
¹⁴ FNPMF. (2011). Evaluarea structurii și furnizării asistenței primare în România. Disponibil accesând: http://www.fnpmf.ro/wp-content/uploads/2021/07/Raport_OMS_Nivel_CPSS_-_Evaluarea_structurii_si_furnizarii_asistentei_primare_in_Romania_martie_2012.pdf

După cum indică figura 3, 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. Dacă această tendință se menține, România se va confrunta cu un deficit de cel puțin 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 FNPMF indică aceeași tendință de îmbătrânire și în cazul asistenților medicali care lucrează în cabinetele medicilor de familie¹³.

Numărul medicilor de familie în vârstă de 65 de ani și peste a crescut continuu în ultimii ani - o creștere de șase ori între 2010 și 2020 (de la 220 la 1245). Deși vârsta standard de pensionare în România este de 65 de ani, prezența medicilor de familie cu vârsta de 65 de ani sau peste, chiar 75 de ani și peste, ar putea semnala intrări insuficiente în sistem. Dacă ar exista un număr suficient de medici, distribuit în mod echitabil, un medic de familie ar îngriji 1.550 de persoane¹⁵. 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 Familie¹⁶.

Unele măsuri, cum ar fi suplimentarea locurilor la rezidențiat în medicina de familie, au dus la creșterea numărului de medici de familie din categoria de vârstă 25-34 de ani între 2010-2012. Însă aceste măsuri nu au reușit să sporească semnificativ numărul de medici de familie pe termen lung.

Figura 3 - Distribuția medicilor de familie pe grupe de vârstă în perioada 2009-2020 (%)

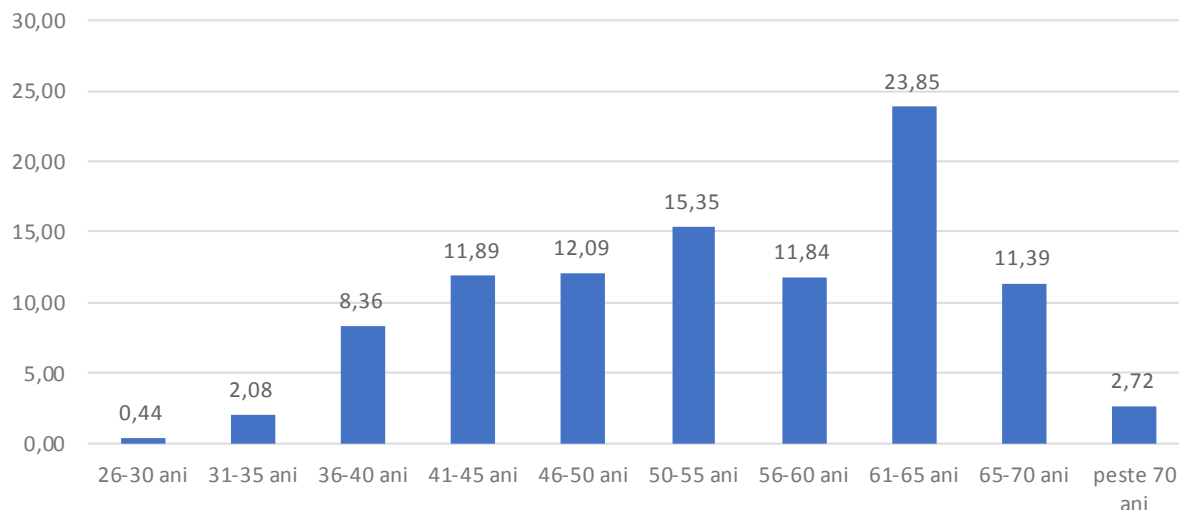


Conform datelor Colegiului Medicilor din România, în 2021, medicii de familie cu vârsta de 61 de ani și peste reprezentau 37,96% din totalul medicilor de familie practicanți din România, după cum indică figura 4. Datele primite de la Colegiul Medicilor din România includ toți medicii din domeniul medicinei de familie, inclusiv medicii de familie, medicii de medicină generală (adulți și copii) și medicii pediatri de medicină generală. Planificarea personalului în vederea consolidării forței de muncă din domeniul asistenței medicale primare este pusă în dificultate de informațiile paralele și contradictorii puse la dispoziție de Colegiul Medicilor din România și de Institutul Național de Statistică, din cauza diferențelor în ceea ce privește 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.

¹⁵ INSP. (2021). Anuarul de statistică sanitară pe anul 2020.

¹⁶ 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-medecilor-de-familie-din-zona-rurala-si-din-zonele-defavorizate-sau-greu-accesibile.pdf>

Figura 4. Distribuția medicilor de familie pe grupe de vârstă, România 2021 (%)



Sursa datelor: Colegiul Medicilor

Interviurile noastre cu medici de familie au arătat că medicina de familie nu este percepută ca un domeniu atractiv de către studenții la medicină. Acesta este văzut în principal ca presupunând „muncă administrativă și de gestionare a documentelor” atât pentru medic, cât și pentru asistentul medical. Rezultatele interviurilor sunt în concordanță cu datele existente pentru România, rezultate din interviurile cu medici de familie și din studiile de cercetare^{17,18}.

“Toate programările se fac prin cabinetul medicului de familie, dar personalul este același: medicul și asistenta. Deci, practic, asistenta este cumva deprofesionalizată, în sensul că se ocupă de programări, consiliere și triaj telefonic, în special în contextul COVID-19, raportări, rețete; practic, tot ce ține de programări, IT, secretariat, registre medicale și așa mai departe, dar nu de munca ei de asistentă” –
Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - medicină de familie

Datele obținute în urma interviurilor cu principalii factori decizionali din domeniul medicinei de familie indică faptul că veniturile mici care trebuie să acopere salariile medicilor și ale asistenților medicali și să plătească toate cheltuielile cabinetului medical, precum și birocrația asociată cu deschiderea unui cabinet de medicină de familie ar putea constitui alți factori percepuți ca motive pentru deficitul de medici de familie. Pe lângă asta, programul actual de rezidențiat în medicina de familie include doar 5 luni de specializare în pediatrie¹⁹, ceea ce este insuficient ca pregătire de bază pentru tratarea copiilor.

Mai mult, cele mai recente date disponibile de la Ministerul Sănătății în 2019 privind centrele de permanență indică 370 de centre în România¹⁵, majoritatea (226) fiind situate în mediul rural. Cu toate acestea, există județe precum Brăila, Ialomița, Covasna sau Prahova care nu au deloc sau au un singur centru de permanență. Deși centrele de permanență oferă oportunități binevenite de a lucra în echipe medicale multidisciplinare (de exemplu, medic de familie, asistent medical, medic specialist), sunt disponibile puține informații despre activitatea generală a acestora la nivel național. Activitatea lor este monitorizată anual de Ministerul Sănătății, dar rapoartele privind volumul serviciilor furnizate și administrarea serviciilor de gardă nu sunt disponibile public.

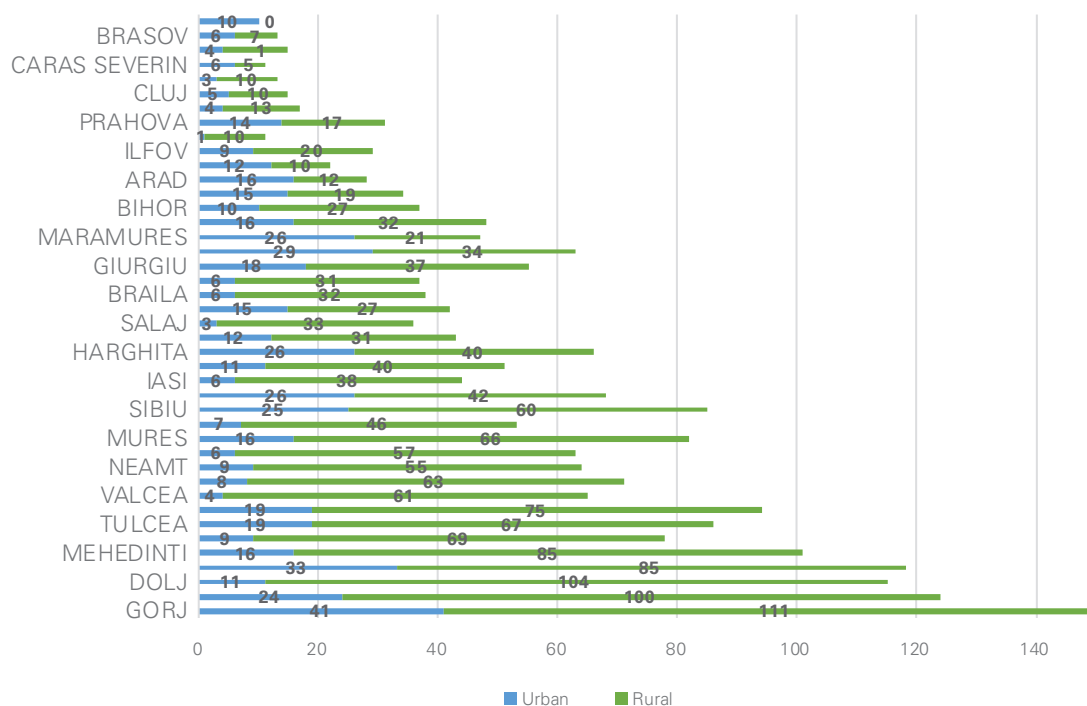
¹⁷ Georgescu, M. C., Furtunescu, F. L., Frumusachi, O., Lopatica, L., & Mincă, D. G. (2021). Motivation and Preferences of Human Resources in the Medical Field—Premises for Further Policies in the Medical Sector in Romania. *Acta Medica Transilvanica*, 26(2), 1-4.

¹⁸ RFI – Tot mai puțini medici de familie în mediul rural la Iași. Disponibil accesând: <https://www.rfi.ro/social-136624-medici-familie-mediul-rural-iasi>

¹⁹ Societatea Națională de Medicina a Familiei - <https://snmf.ro/activitate-stiintifica/curriculum-medicina-de-familie/>

2.2. Disponibilul și distribuția actuală a lucrătorilor din domeniul asistenței medicale comunitare

Figura 5. Numărul de LAMC în funcție de județ, România 2021



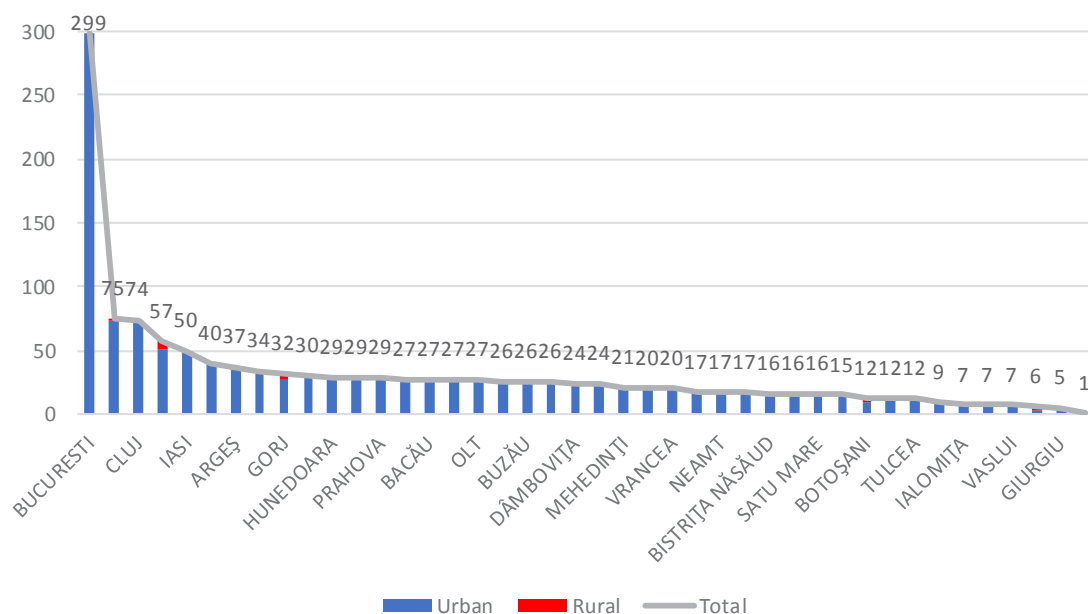
Potrivit datelor furnizate de Ministerul Sănătății, în 2021 existau în România 2285 de lucrători în domeniul asistenței medicale comunitare (LAMC)- 1822 de asistenți medicali comunitari (AMC) și 463 de medieri sanitari romi (MSR), dintre care 90% erau femei, iar 75% erau localizați în mediul rural, deoarece populația lor țintă principală se afla în aceste zone.

“Ar fi normal să avem cel puțin un lucrător 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

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. Județe precum Brașov, Caraș-Severin, Covasna, Satu Mare, Cluj, Argeș și Timiș sunt câteva exemple de localități cu un număr insuficient de LAMC. Majoritatea lucrătorilor din domeniul asistenței medicale comunitare activează în zone rurale, deși serviciile pe care le asigură ar fi și în beneficiul copiilor, adolescenților, tinerilor și mamelor din multe zone urbane insuficient deservite. Interviuurile arată că în România se asigură aproape jumătate din necesarul de lucrători din domeniul asistenței medicale comunitare, însă forța de muncă în acest sector este încă insuficientă. Numărul LAMC este insuficient în raport cu nevoile existente, deoarece bugetul alocat de Ministerul Sănătății pentru LAMC nu a crescut în ultimii doi ani și a fost dificil să se angajeze noi LAMC.

2.3. Disponibilul și distribuția actuală a medicilor școlari

Figura 6. Numărul medicilor școlari (medicină generală și stomatologi) în județele României, 2019



Cu o populație școlară de aproape 3,5 milioane elevi²⁰, 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 (începând cu anul 2021). Potrivit datelor furnizate de Ministerul Sănătății cu privire la medicina școlară, există un număr redus de medici școlari în mediul rural, unde se află 62% dintre școli și 28% dintre elevii din România, după cum indică cifrele de mai jos. Răspunsurile obținute în cadrul interviurilor au arătat că medicii școlari și stomatologii sunt angajați cu normă întreagă ai școlii, însă nu există o lege care să impună acest aspect. Interviurile au evidențiat, de asemenea, practicarea în paralel a activității în cabinete stomatologice private, deși s-a raportat că nu este neapărat o practică comună. Stomatologii școlari tratează elevii din școlile lor și, uneori, tratează copii din alte școli, care nu au stomatolog.

Figura 7. Distribuția școlilor în funcție de mediul de reședință în România, 2019

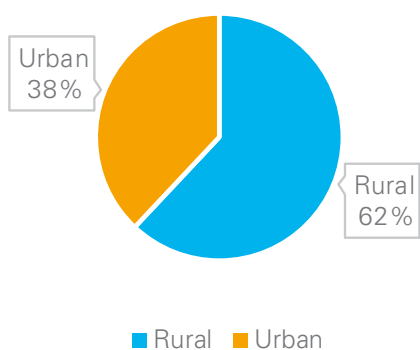
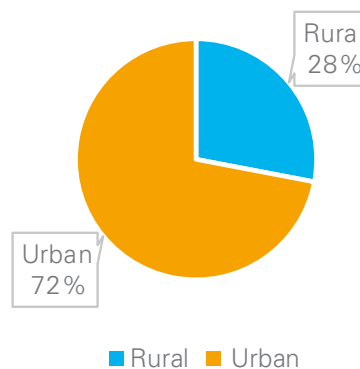


Figura 8. Distribuția elevilor în funcție de zona de reședință în România, 2019 (%)



²⁰ <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>

Figura 9 - Distribuția medicilor școlari (medicină generală și stomatologi) și a școlilor din mediul urban, România 2019



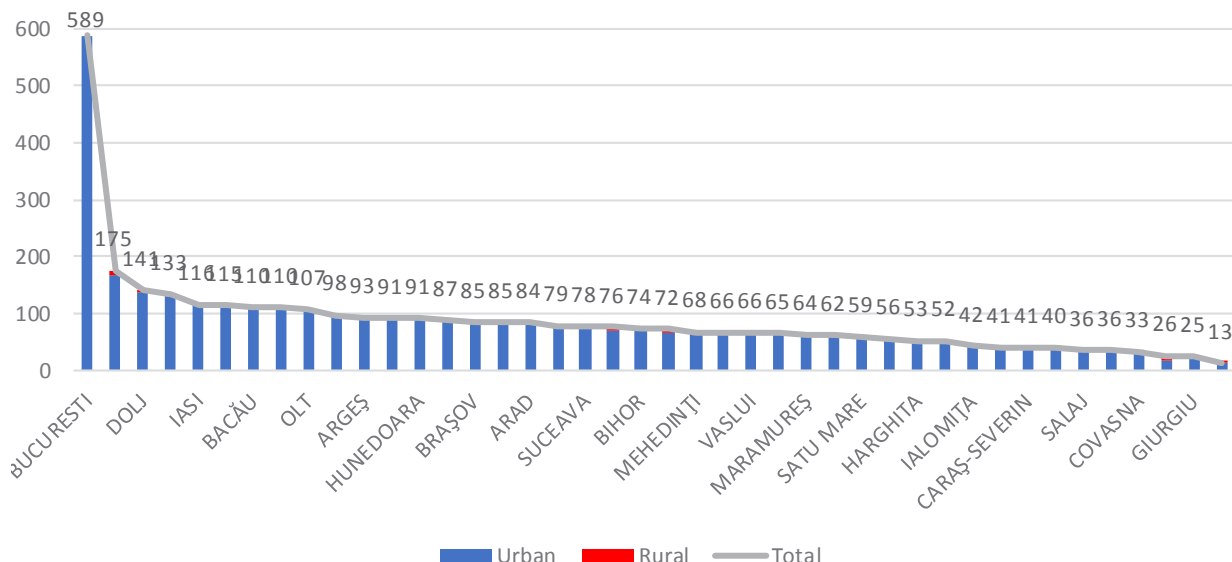
Figura 10 - Distribuția medicilor școlari (medicină generală și stomatologi) și a școlilor din mediul rural, România 2019



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.

“Dacă o școală are o unitate aflată foarte departe de clădirea principală, medicul nu merge neapărat acolo, dar trebuie să fie acoperit de cineva. Oricum ar trebui să fie prezentă o asistentă medicală în fiecare unitate a școlii, dar, practic, tot trebuie să merg în alt loc în fiecare zi” – Extras dintr-un interviu cu un factor decizional important - medicină școlară

Figura 11. Numărul asistențelor medicali școlari (medicină generală și stomatologie) din România în 2019, în funcție de județ

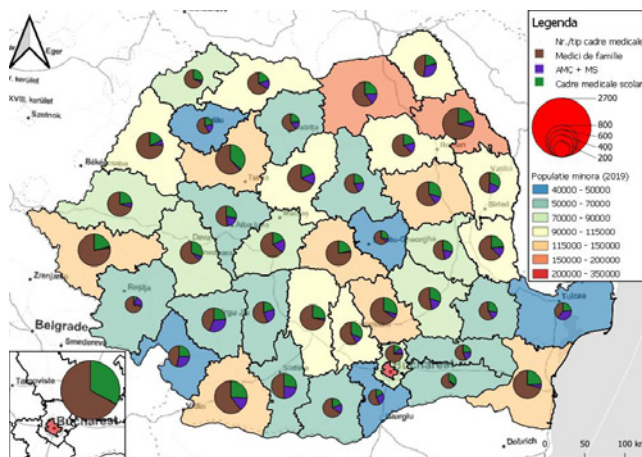


Imagine de ansamblu privind asigurarea necesarului de medici de familie, lucrători din domeniul asistenței medicale comunitare și medici școlari la nivel național

Figura 12 sintetizează distribuția forței de muncă din domeniul asistenței medicale primare în România, în 2019, pentru populația cu vârste cuprinse între 0 și 19 ani, pe baza datelor furnizate de Institutul Național de Statistică și de Ministerul Sănătății și prelucrate cu ajutorul unor tehnici bazate pe un sistem computerizat de informații geografice (GIS).

O caracteristică comună a județelor cu populație mare de copii este numărul redus de LAMC în raport cu populația de copii pe care o deservește. Județe precum Timiș, Caraș-Severin, Brașov, Prahova și Cluj se numără printre cele cu un număr mare de minori, dar cu puțini (sau chiar niciun) LAMC. În județele cu cea mai mare populație de copii, respectiv Suceava și Iași, numărul medicilor de familie, al LAMC și al medicilor școlari este încă scăzut în comparație cu populația de copii pe care o deservește. LAMC sunt angajați în baza solicitărilor unităților administrative teritoriale și în funcție de bugetul alocat de Ministerul Sănătății pentru activitatea de asistență medicală comunitară. În prezent, LAMC nu acoperă nevoile tuturor județelor cu cele mai marginalizate sau vulnerabile comunități.

Figura 12. Distribuția serviciilor de asistență medicală primară în funcție de populația de copii din România în 2019



Experții intervievați au confirmat discrepanța dintre zonele rurale și cele urbane în ceea ce privește disponibilul de forță de muncă în domeniul asistenței medicale primare, confirmând din proprie experiență că, în unele zone ale țării, există sate întregi fără medic de familie și comunități fără niciun lucrător domeniul asistenței medicale comunitare. Printre factorii care contribuie la acest deficit în zonele rurale menționăm: condițiile de muncă neatractive (de exemplu, lipsa unor dispozitive și echipamente adecvate), deficitul de asistenți medicali și salariile mici. Chiar dacă medicii beneficiază de anumite stimulente pentru a practica în zone rurale, acestea nu sunt de obicei suficiente pentru a acoperi toate costurile de deschidere a unui cabinet medical.

3. Imagine de ansamblu asupra provocărilor cu care se confruntă forța de muncă din domeniul asistenței medicale primare din România

Interviurile cu principalii factori decizionali au evidențiat o serie de provocări prezentate sintetic în tabelul 1.

Potrivit principalilor factori decizionali intervievați, există situații în care medicii de familie refuză să înscrie copii, în special nou-născuți, de pe listele lor. Cauzele posibile includ stimulentele financiare insuficiente pentru înscrierea copiilor pe lista unui medic de familie și percepția medicilor că nu dețin cunoștințele și competențele necesare pentru a oferi servicii de asistență medicală pentru copii, cum ar fi vaccinarea sau monitorizarea și evaluarea stării lor de sănătate. Potrivit Hotărârii Guvernului 696/2021, Capitolul 1, Secțiunea 3, articolul 7 litera r), medicii de familie au obligația „să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali”.

Cu toate acestea, interviurile cu principalii factori decizionali indică diferențe între practică și reglementare și faptul că practicile nu reflectă întotdeauna reglementările, deoarece structura medicinei de familie s-a schimbat, dar nu au fost elaborate și puse în aplicare politici care să asigure o acoperire adecvată pentru copii. Mai mult, faptul că nu există responsabilități clare stabilite prin lege pentru asistenții medicali care lucrează în cabinetele medicale face dificilă angajarea de către medicii de familie a personalului calificat care să îi ajute în activitate.

*„Până în anii '90 existau programe de pediatrie, și în acea perioadă mulți medici generalști erau pregătiți în medicina generală, ori pentru copii, și/ori pentru adulți. Pe vremea comunismului, existau dispensare speciale pentru adulți și pentru copii. Pacienții (adică bebelușii și copiii) erau înscriși la secția pentru copii, iar când deveneau majori se mutau la secția pentru adulți. **Există medici de familie care au refuzat sau încep să refuze să înscrie copii pe lista lor, pentru că nu au experiența necesară și nu vor să riște să îi diagnosticheze greșit. În plus, numărul de puncte „per capita” pentru copiii între 0-3 ani nu este suficient de mare pentru a-i stimula pe medici să îi înscrie.**”- Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - medicină de familie*

„Noi întocmim fișe de post în care specificăm principalele activități ale cabinetelor noastre medicale, dar nu este întotdeauna suficient. De obicei, asistenții medicali nu sunt pregătiți pentru toate activitățile pe care trebuie să le derulăm, așa că trebuie să îi învățăm. Ar trebui să fie mai bine pregătiți.”
- **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - medicină de familie**

Toți practicienii AMP intervievați au raportat o bună colaborare generală în cadrul echipei de asistență medicală primară (medici, asistenți medicali, LAMC, medici și asistenți medicali școlari); cu toate acestea, legăturile dintre diferitele categorii de personal sanitar se bazează în principal pe relații informale. Pe de altă parte, colaborarea cu asistența medicală secundară și terțiară a fost descrisă ca fiind axată pe „relații personale”, „nestructurată” și „axată doar pe hârtii medicale, în cel mai bun caz”. Chiar dacă au fost identificate anumite

practici existente (conferințe, întâlniri sau prelegeri care implică atât medici de nivel primar, cât și secundar), medicii de familie și ginecologii, pediatrii, experții în reabilitare pediatrică și pedopsihiatrii intervievați au exprimat în egală măsură nevoia unor canale de comunicare standardizate, integrate și funcționale între diferitele specialități medicale (de exemplu, dosare electronice de sănătate).

„Unii medici folosesc același software ca și noi și, pentru pacienții pe care știu că îi tratează, adaug informații în software, ca să le poată vedea: măsurători, că pacientul nu a luat tratamentul în mod corespunzător sau alte informații pe care vreau să le vadă doar medicul. Dar asta se întâmplă doar cu unii medici și ar fi foarte bine să se întâmple cu toți.” – Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - medicină de familie

„În primul rând, medicul de familie ar trebui să observe dacă un copil, să spunem, nu are capacitățile motorii adecvate și este nevoie de măsuri. Întotdeauna pregătesc pliante pe care le dau mamelor pentru a le da medicilor de familie, dar cam asta este tot. Nu prea iau legătura cu ei.” – Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - reabilitare pediatrică

Tabelul 1 - Provocări comune întâmpinate de practicienii din domeniul asistenței medicale primare (medicină de familie, asistență medicală comunitară, medicină școlară)

- AMP este subutilizată, este frecvent ocolită și nu joacă un rol central în coordonarea asistenței medicale²¹, împovărând astfel nivelurile secundar și terțiar și limitând accesul la asistență medicală pentru copii, adolescenți, mame și familii;

„Some of them [n.r. family doctors] do not have any pediatric training or only 6 months or 4 months. They do not enroll children, or if they enroll children on the list, they do not know how to treat them and refer them directly to the specialist, no matter how small health problem. Here we have a major rupture. Basically, you have no collaboration between primary and secondary levels. In most cases it is a rupture, the patient is sent directly to the specialist or the outpatient department, without any collaboration, no prior discussion. Often, patients need not even be seen by a specialist, because their case could have easily been resolved by the family doctor.” - Excerpt from interview with a key decision-maker - pediatrics

- Availability of PHC service providers and specific health services varies significantly depending on the particularities of the geographical areas and so does the access to care for children, adolescents, mothers and families;

„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 școli. 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

„Zonele rurale sunt complet nedeservite și nemonitorizate în ceea ce privește sănătatea în comunitatea școlară, dar și la nivel urban există diferențe mari între județe. Vorbim despre orașe unde situația medicinei școlare este relativ bună, unde un medic se ocupă în medie de 1000 sau 2000 de copii, dar sunt și orașe unde sunt 2-3 medici școlari care trebuie să rezolve cumva situația în tot orașul, ceea ce este complet imposibil.” – Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - medicină școlară

²¹ 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.

- 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;

„Există sate în care consiliul orășenesc a investit și a creat condiții optime pentru ca medicul de familie să poată practica, dar vedem și zone în care cabinetele medicale se degradează și nu se fac investiții [...] și în care satul este atât de dispersat încât medicul trebuie să parcurgă distanțe foarte mari pentru vizite la domiciliu. Chiar și cu plata stimulentei pentru a lucra în zonele rurale, tot nu este suficient.” – Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - medicină de familie

- 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;

„Relațiile personale; adică, ori ai un coleg de facultate, un profesor sau un medic care te-a îndrumat în facultate sau în perioada rezidențiatului și păstrezi legătura și încă trimiți pacienți acolo, ori pur și simplu trimiți și primești înapoi scrisori medicale, ori vin pacienți care îți spun cât de bine i-au tratat anumiți specialiști. Dezvolți o relație doar cu numele, fără să-l fi văzut vreodată pe acel medic, și poate că îl întâlnești la un moment dat la o conferință sau cine știe cum. Dar nu există rețele locale și regionale clare și parcursuri clare ale pacientului pentru copii, tineri și femei însărcinate.” – Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - medicină de familie

„Între nivelul primar și cel terțiar, unde lucrez eu, în general, am observat că practicienii sunt deschiși să colaboreze și să comunice cât timp lucrăm direct. Din păcate, până acum nu am reușit să încheiem protocoale oficiale de colaborare sau să stabilim linii directoare foarte clare privind etapele colaborării între asistența medicală primară și nivelul terțiar. Și același lucru este valabil și pentru lipsa unor protocoale oficiale de colaborare și de constituire a unor echipe multidisciplinare care să acopere toate cele 3 niveluri, în baza unor norme respectate de toate entitățile implicate.” – Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - psihiatrie pediatrică

„I-am întrebat pe lucrătorii din domeniul asistenței medicale comunitare dacă comunică cu medicii specialiști. Mi-au răspuns că specialiștii le spun ce prin telefon ce au de făcut. Medicul de familie nu vrea să se implice în unele cazuri, pentru că pacienții nu sunt înscrși pe lista lor. Și atunci lucrătorul din domeniul asistenței medicale comunitare colaborează direct cu medicul specialist.” – Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - asistență medicală comunitară

„Colaborarea noastră este în principal cu pediatrii și cu medicii de familie și ar trebui să fie mai bine organizată. Din păcate, a existat o perioadă lungă în care, de exemplu, am pierdut legătura cu pediatrii, pentru că nu mai puteam face o trimitere atunci când trebuia să trimitem un copil la specialist. Colaborarea cu medicii de familie sau cu medicul pediatru este de obicei la nivel personal. Nu există colaborare instituțională și nu avem canale de colaborare bine definite.” – Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - medicină școlară

Dintre provocările specifice raportate de LAMC menționăm: majoritatea acestora sunt femei, deoarece femeile din anumite grupuri etnice (de exemplu, comunitatea romă) nu ar accepta să fie examinate de un lucrător din domeniul asistenței medicale comunitare de sex masculin.

*„În comunitățile de romi, nici măcar nu concep că femeia poate fi examinată (măsurată, cântărită) de un lucrător din domeniul asistenței medicale comunitare de sex masculin. În comunitate trebuie să interacționezi cu toată lumea, și cel mai dificil (ca bărbat) este atunci când trebuie să tratezi este o femeie însărcinată sau bolnavă.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - asistență medicală comunitară***

Potrivit persoanelor intervievate de noi, lucrătorii din domeniul asistenței medicale comunitare îndeplinesc uneori sarcini administrative primite de la primărie. De asemenea, salariile lucrătorilor din domeniul asistenței medicale comunitare sunt, în general, mici, iar aceștia nu dispun de resurse adecvate pentru a-și îndeplini atribuțiile (de exemplu, autovehicul pentru a parcurge distanțe lungi în sat/comună, trusă medicală de urgență). În zonele în care există medic de familie, se stabilește o bună colaborare cu lucrătorul din domeniul asistenței medicale comunitare care îl ajută pe medicul de familie în munca de teren. Mai mult, aceștia colaborează și cu asistenții sociali locali în cazurile comune care implică copii și tineri. Cu toate acestea, adesea, medicii de familie nu înțeleg clar rolul lucrătorului din domeniul asistenței medicale comunitare, ceea ce duce la confuzii și la o posibilă suprapunere între competențele și atribuțiile asistentului medical din cabinetul medicului de familie și cele ale asistentului medical comunitar.

*„În unele zone, problema este că medicii de familie nu au angajat altă asistentă medicală și folosesc asistenta medicală comunitară în cabinetul lor, așa că nu prea ajung să meargă pe teren. Avem nevoie de un protocol care să stipuleze că medicul are o asistentă în cabinetul medical, iar asistenta medicală comunitară ar trebui să facă munca de teren. Acest tip de colaborare ar avea rezultate mult mai bune.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - asistență medicală comunitară***

Potrivit Ordinului de ministru 438/4.629/2021, responsabilitățile medicilor școlari nu se limitează la triaj și trimeri și ar trebui să includă activități de educație pentru sănătate, consiliere și servicii de supraveghere. Interviuurile cu un reprezentant al medicinei școlare arată că practicile nu reflectă întotdeauna reglementările. O altă provocare identificată a fost lipsa cabinetelor medicale, care în unele cazuri există doar pe hârtie. Mai mult, medicii și asistenții medicali școlari raportează de obicei datele în format letric, iar cele mai multe cabinete medicale nu dispun de infrastructura digitală adecvată pentru procedurile medicale standard care ar trebui să se desfășoare în cabinetele medicale școlare²².

*„În linii mari, există cabinete medicale în fiecare școală, pe hârtie, dar nu sunt cabinete autorizate. Deci, aproape în fiecare școală există un spațiu denumit „cabinet medical”. Există și cabinete autorizate, care respectă cea mai mare parte a regulilor impuse de autorizație, dar acestea sunt puține în comparație cu cele neautorizate. În grădinițe, situația este și mai gravă, în sensul că nu prea există cabinete. Deci, în grădinițe există extrem, extrem de puține cabinete medicale autorizate. Altfel, „cabinetul medical” se limitează la un spațiu mic, care nu respectă nicio condiție de autorizare, în care, de exemplu, asistenta are un scaun și un birou pentru a sta și a lucra un timp.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - medicină școlară***

²² Documentar, 5 septembrie 2021 – Rețeaua de medicină școlară, la început de an școlar. Disponibil accesând: <https://www.news.ro/social/documentar-reteaua-medicina-scolara-inceput-an-scolar-romania-680-medici-scolari-3000-asistenti-medicali-aproximativ-7000-scoli-dis-buiri-jude-inegala-exista-jude-niciun-medic-scolar-1922401605002021090820384084>

4. Oportunități de consolidare a forței de muncă în domeniul asistenței medicale primare în România

4.1. Prezentare generală

În ciuda provocărilor cu care se confruntă forța de muncă din domeniul asistenței medicale primare în furnizarea de servicii pentru copii, adolescenți, tineri și mame, descrise mai sus, există numeroase oportunități de îmbunătățire a calității și accesibilității acestor servicii, după cum evidențiază tabelul 2.

Tabelul 2 - Oportunități de consolidare a asistenței medicale primare

- Echipe interdisciplinare care să asigure o abordare integrată și eficientă privind asistența medicală acordată copiilor, adolescenților, mamelor și familiilor;

“Aș vedea o teritorializare foarte clară a medicinei primare, cu o limitare a numărului de pacienți. De exemplu, un medic de familie specializat în pediatrie (medic primar pediatru). Deci, în mod clar, doar un pediatru ar trebui să se ocupe de copii. Și atunci poți fi mult mai încrezător că multe pot fi rezolvate în medicina primară. Medicii de familie ar trebui să colaboreze cu spitalele locale, regionale și orășenești, de exemplu, și să aibă o relație directă cu un specialist dintr-un spital sau dintr-o clinică ambulatorie, și ar trebui să aibă în continuare o relație cu un spital județean. Iar aceste spitale ar trebui să aibă o relație directă cu centrele universitare. Cumva, ar exista o ierarhie clară. Și, în felul acesta, medicul de familie nu trebuie să trimită copilul direct la centrul universitar pentru o pneumonie care ar putea fi rezolvată, de exemplu, în spitalul local” - Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - pediatrie

- Consolidarea unităților de asistență medicală primară și de servicii comunitare de sănătate pentru copii, adolescenți, mame, prin extinderea rețelei de medici de familie și de lucrători din domeniul asistenței medicale comunitare și prin adăugarea de noi categorii de personal auxiliar: profesii conexe sănătății, asistenți medicali, moașe, specialiști în reabilitare (de exemplu, logopezi), personal administrativ (de exemplu, registratori medicali, contabili), statisticieni etc.;
- Creșterea capacității și revizuirea legislației în contextul aplicabilității acesteia la realitatea contextuală a funcționării serviciilor medicale și în conjuncție cu legislația europeană aplicabilă, pentru a îmbunătăți accesul la asistență medicală pentru copii, adolescenți și mame;

“Un coleg din Anglia mi-a explicat cum gestionează ei cabinetele medicale. Au o zi dedicată numai pentru femei însărcinate, o zi numai pentru vaccinuri etc. Acum, mai ales de când a început pandemia, am demarat un program separat numai pentru vaccinări. Mi-a luat ceva timp să îl implementez, dar chiar mi-a plăcut.” – Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - medicină de familie

- Integrarea serviciilor de sănătate, atât pe verticală (asistență medicală primară - asistență medicală ambulatorie - spital), cât și pe orizontală (asistență medicală primară - asistență medicală comunitară - asistență socială - promovarea sănătății și prevenirea bolilor - terapie-reabilitare), pentru a reduce discrepanțele în ceea ce privește accesul la asistență medicală pentru copiii, adolescenții, mamele și familiile din zonele rurale;

„Urmărirea unor boli cronice ar putea fi rezolvată prin intermediul medicilor de familie, dacă aceștia ar fi specializați în pediatrie. În momentul de față, medicii de familie nu pot lua anumite decizii, dar dacă ar fi medici primari pediatri, atunci ar putea.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - pediatrie**

- Revizuirea legislației și a parcursului pacientului pentru anumite boli cronice, consolidarea rolului de „gardian” al serviciilor de asistență medicală primară și sprijinirea „răsturnării” piramidei serviciilor de asistență medicală, pentru o mai bună integrare a asistenței medicale pentru copii, adolescenți, mame și familii;

„Cred că percepția din trecut asupra medicului de familie din România încă are mare impact, de aceea atât lumea medicală, cât și cea nemedicală, încă privește medicina de familie un pic peiorativ și nu înțelege care este rolul acesteia și că este extrem de importantă pentru comunitatea medicală. Așa că, bineînțeles, motivația colegilor tineri de a urma o astfel de specializare este mai scăzută și unii dintre ei sunt chiar mai puțin dispuși să facă efortul de a obține competențe profesionale extrem de bune. Deci, în mod clar, acest lucru ar trebui schimbat- imaginea medicinei de familie: ce înseamnă și care este rolul ei și că, de fapt, ar trebui să fie în centrul, nu la periferia serviciilor medicale.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - psihiatrie pediatrică**

- Creșterea rolului digitalizării pentru o mai bună colaborare la toate nivelurile de asistență medicală pentru copii, adolescenți, mame și familii;

„Avem nevoie de digitalizare. Dacă s-ar digitaliza totul, ar exista o comunicare mai bună și fiecare ar ști ce are de făcut.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - pediatrie**

„Ar fi bine să avem un canal electronic de comunicare, să putem comunica direct. Acum, bineînțeles, pacienții vin de la medicii de familie cu dosarele lor medicale care includ toate actele, iar noi îi vedem. Dar comunicarea electronică ar fi mai bună.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - ginecologie**

- Dezvoltarea pachetului de servicii pentru asistență medicală primară prin crearea unor mecanisme de stimulare a performanței (prin utilizarea de stimulente financiare și nefinanciare) și de asigurare a unui disponibil suficient de asistență medicală primară pentru copii, adolescenți, mame și familii (de exemplu, plata în funcție de performanță pentru acoperirea vaccinală și screening);

„Partea de prevenție ar trebui să fie mult mai bine controlată de medicina de familie, dar prevenția nu este atât de bine dezvoltată în România. Atât timp cât nu se pune suficient accentul pe prevenție, sistemul nu te obligă să faci prevenție, în afară de foarte puține vaccinări și anumite screeninguri. În rest, nu există ideea de a corela prevenția și accesul la alte servicii. În unele țări, ți se taie fondurile dacă nu prescrii anumite analize, anumite programe de screening. Nu mai ai acces la furnizarea anumitor servicii- asta este o idee bună pentru asistența medicală primară.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - pediatrie**

- Ajutor financiar (fie de la bugetul de stat, fie din fonduri structurale) pentru a sprijini echiparea corespunzătoare, asigurarea resurselor și renovarea unităților de asistență medicală primară, pentru a îmbunătăți accesul la asistență medicală pentru copiii, adolescenții și femeile din zonele rurale;
- Îmbunătățirea calității asistenței medicale acordate copiilor, adolescenților, mamelor și familiilor, prin asigurarea educației, formării și acreditării pe tot parcursul vieții a profesioniștilor din domeniul asistenței medicale primare, cu accent pe competențele transversale (de exemplu, competențe de management, cunoștințe de legislație, competențe de comunicare etc.), și prin oferta de formare profesională continuă pentru dezvoltarea competențelor (de exemplu, cursuri de diabetologie, nutriție, obstetrică etc.);

„Poate că un medic de familie a beneficiat de pregătire și are competență în diabetologie. Toți medicii din proximitate ar trebui să știe că are certificat în diabetologie și își pot trimite acolo pacienții din satele lor. Modelul există în Marea Britanie, unde se numesc «medici de familie cu interese speciale».” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - medicină de familie**

„Există modificări legislative cu care trebuie să fii la curent. Dacă legile se schimbă de la un an la altul și rămân fixate pe unele aspecte mai vechi ale legii, femeia însărcinată rămâne neasigurată.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - medicină de familie**

- Îmbunătățirea continuității asistenței medicale acordate copiilor, adolescenților, mamelor și familiilor, prin îmbunătățirea comunicării și colaborării între specialiștii din asistența medicală primară, secundară și terțiară, prin întâlniri repetate (de exemplu, conferințe, întâlniri de lucru, webinarii) și canale directe de comunicare funcționale.

„Și nu ești sigur că trimiterea ta ajunge înapoi la medicul de familie, pentru că noi o dăm părintelui. Iar acesta nu este un lucru bun. Ar trebui să avem un sistem prin care să o trimitem direct la medicul de familie. Relația dintre medici ar trebui să fie directă, nu prin intermediul pacientului.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - pediatrie**

„Colaborarea dintre ginecolog, obstetrician și medicul de familie trebuie să fie foarte bună. Societatea Română de Obstetrică și Ginecologie, prin Ministerul Sănătății, prin Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății, a realizat pași instituționali foarte importanți. Avem protocoale de monitorizare a sarcinii și un așa-numit jurnal al gravidei, adresat medicului de familie și medicului ginecolog. Poate că ar trebui să facem ceva mai mult pentru a informa medicii de familie, pentru a-i ține la curent cu noutățile din domeniul nostru, cu lucrurile noi care se pot face. Din când în când, am putea organiza întâlniri între consiliile de administrație ale societăților noastre naționale sau măcar la nivel local, între asociațiile de obstetrică și ginecologie și medicii de familie, în cadrul cărora să discutăm probleme comune, cum ar fi vaccinarea femeilor însărcinate. Avem în prezent webinarii organizate de Societatea Română de Obstetrică și Ginecologie la care invităm și medicii de familie să se informeze pe diverse teme: anemia la gravide, vaccinarea generală- nu mă refer doar la COVID, ci și la HPV, sarcina falsă. Deci, avem activități care abordează aceste probleme și probabil că am putea să le diseminăm ceva mai mult.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - ginecologie**

- Actualizarea legislației pentru a include noi categorii de lucrători (de exemplu, consilieri în domeniul vaccinării) și pentru a redefini rolurile celor existenți, în vederea consolidării serviciilor de asistență medicală primară (de exemplu, asistenți medicali în cabinetele medicilor de familie, clinicieni care nu sunt medici, LAMC, lucrători sociali, psihologi, terapeuți);

„Populația urbană și periurbană reușește de obicei să acceseze serviciile de sănătate. Pe de altă parte, populația rurală este adesea privată de acest acces. Și chiar dacă au acces, este doar pentru diagnostic și evaluare, nu și pentru intervenție și monitorizarea corectă a pacientului- mai ales dacă acesta provine dintr-o zonă îndepărtată. Pentru că majoritatea specialiștilor din domeniul sănătății mintale se află în orașe, în marile orașe. În mod clar, orașele mici și zonele rurale nu au în acest moment specialiști în domeniul sănătății mintale, nici în asistență medicală, nici în asistență socială sau psihologie. Acest lucru trebuie să se schimbe imediat!” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - psihiatrie pediatrică**

4.2. Oportunități de îmbunătățire a transferului/partajării atribuțiilor în sectorul asistenței medicale primare din România

Cum ar putea arăta transferul de atribuții pentru medicii de familie?

De la medicul de familie la asistentul medical:

Principalul transfer de atribuții care poate fi pus în aplicare pentru medicii de familie presupune acordarea de competență asistenților medicali pentru a efectua diferite proceduri medicale, cum ar fi:

- Consolidarea rolului asistentului medical, prin delegarea către acesta a serviciilor de asistență medicală de prim contact pentru pacienții care necesită consultații urgente în timpul orelor de program; analizele din Regatul Unit sugerează că pacienții sunt mai mulțumiți de tratamentul acordat de asistenții medicali, care au adesea abilități interpersonale mai bune decât medicii²³;
- Consiliere pentru planificare familială asigurată de asistentul medical în cadrul cabinetului de medicină de familie;
- Delegarea competențelor către asistenții medicali pentru a efectua o serie de activități clinice rezervate în mod tradițional profesiei medicale, inclusiv competența de a prescrie, diagnostica și trata, de a comanda analize medicale, de a trimite pacienți către alte specialități, de a răspunde de un grup de pacienți și de a acționa ca prim punct de contact. Transferul de atribuții de la medici la asistenți medicali a devenit o practică obișnuită în multe țări din întreaga lume, demonstrând fezabilitatea acestuia în cadrul unor sisteme de sănătate organizate și finanțate în mod diferit²⁴;
- Consolidarea rolului asistentului medical în educația pentru sănătate, consilierea pentru sănătate pentru mamă și copil, planificare familială, servicii de screening și prevenție etc.; În Regatul Unit, capacitatea asistenților medicali pentru a prescrie medicamente de rutină s-a bucurat de succes, conducând la extinderea serviciilor și la îmbunătățirea rezultatelor clinice ale pacienților²⁵;
- Capacitarea părinților copiilor cu afecțiuni pe termen lung, pentru a le putea monitoriza și gestiona afecțiunile (de exemplu, diabetul de tip 2) sau capacitatea adolescenților pentru a-și gestiona singuri afecțiunile; exemple din Statele Unite și Australia arată că pacienții care au posibilitatea de a-și gestiona singuri boala au rezultate mai bune în ceea ce privește starea de sănătate și au în mai mică măsură nevoie de asistență medicală²⁵;
- Formarea asistenților medicali pentru a putea învăța copiii și adolescenții să își gestioneze bolile cronice (de exemplu, astm, diabet) și să acționeze ca tutori pentru alți pacienți în cadrul unor programe pentru pacienți experți, deoarece practicile internaționale raportează rezultate bune în acest sens²⁵;

De la asistența medicală secundară și terțiară la medicul de familie

- Angajarea unui registrator medical care să se ocupe de sarcinile administrative;

²³ WHO. (2007). Task shifting to tackle health worker shortages. Disponibil accesând: <https://chwcentral.org/wp-content/uploads/2013/07/Task-shifting-to-tackle-health-worker-shortages.pdf>.

²⁴ Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European journal of public health*, 26(6), 927-934.

²⁵ Lekoubou, A., Awah, P., Fezeu, L., Sobngwi, E., & Kengne, A. P. (2010). Hypertension, diabetes mellitus and task shifting in their management in sub-Saharan Africa. *International journal of environmental research and public health*, 7(2), 353-363.

*„În cabinetele de medicină primară putem angaja un registrator pentru a îndeplini activitatea birocratică și administrativă. **Și să lăsăm asistenții medicali să își facă treaba de asistenți.**” – Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal- medicină de familie*

- Gruparea în cadrul unei clinici (2-3 medici de familie) în locul funcționării în cabinete medicale individuale și angajarea unor medici specialiști din diferite domenii (de exemplu, pediatrie, ginecologie, reabilitare etc.) și a personalului administrativ comun (de exemplu, registrator medical) în aceeași clinică;

“De exemplu, ar fi ideal să avem clinici cu un medic de familie pentru adulți, un pediatru, un stomatolog- așa cum existau înainte. Să avem un cabinet medical comun, să avem o ambulanță pentru vizite la domiciliu. Să avem câteva paturi unde pacienții pot fi supravegheați pentru o perioadă foarte scurtă de timp. Această clinică ar trebui să aibă un mic laborator pentru analize medicale. Astfel, s-ar putea degreva ambulatoriile și spitalele.” – Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal- pediatrie

„Deci, astăzi nu avem în România specialiști în reabilitarea copiilor. Avem specialiști în reabilitare pentru adulți, dar nu și pentru copii. Pentru că nu există o Școală de Pediatrie, nu se mai face o formare adecvată în această direcție. Există măsuri care pot fi adoptate. În primul rând, creșterea competenței în reabilitarea copiilor sau chiar un program de formare de specialitate în patologia și reabilitarea copilului pentru medici de alte specialități.” – Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - reabilitare pediatrică

- Monitorizarea complianței la tratamentul farmacologic în bolile cronice și capacitatea pacientului pentru a-și autogestiona starea de sănătate;
- Utilizarea tehnologiei, inclusiv a dispozitivelor care pot monitoriza în timp real parametri fiziologici, cum ar fi glicemia, pentru a capacita pacienții;
- Furnizarea de servicii de sănătate mintală pentru copii în cadrul asistenței medicale primare, prin implicarea unor noi profesioniști de nivel mediu, cum ar fi tehnicienii psihiatrici, pentru a reduce deficitul de tratament²⁶;
- Capacitarea medicilor de familie pentru a efectua triajul inițial și a răspunde de schema de tratament, asigurându-le o pregătire de bază privind diferite afecțiuni (de exemplu, monitorizarea pacienților pediatrici diabetici, efectuarea de ecografii pentru femeile însărcinate, testare pentru diferite tipuri de cancer pentru mame și copii, evaluare ORL pentru copii). Aceasta va degreva medicii specialiști, care își vor putea dedica timpul și cunoștințele de specialitate pentru tratarea persoanelor cu afecțiuni mai complexe, iar multe alte persoane vor beneficia de tratament mai aproape de casă, în clinici locale, în loc să fie nevoite să se deplaseze la spital²⁵;

„Trebuie să fim văzuți ca medici de triaj, să lucrăm cu pacienții care nu au probleme atât de urgente și care sufocă în prezent unitățile de primiri urgente și spitalele.” – Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal- medicină de familie

²⁶ Dos Santos, P. F., Wainberg, M. L., Caldas-de-Almeida, J. M., Saraceno, B., & Mari, J. D. J. (2016). Overview of the mental health system in Mozambique: addressing the treatment gap with a task-shifting strategy in primary care. *International journal of mental health systems*, 10(1), 1-9.

„De multe ori, pacientul merge la spitale, ambulatorii și centre universitare pentru anumite investigații sau diagnostice care ar putea fi rezolvate de medicul de familie. Să lăsăm medicul de familie să solicite analizele de sânge și să le interpreteze. Ei [n.r. medicii de familie] ar trebui să efectueze micile investigații și să pună un diagnostic inițial. Și abia după aceea să trimită copilul la specialist. Foarte adesea, aceste investigații ar putea fi efectuate de medicul de familie și solicitate la un laborator local, iar micile tratamente ar putea fi rezolvate la nivel local, nu trimise la spitale sau centre terțiare.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - medicină de familie**

„Medicii de familie ar putea recolta frotiul Papanicolau. Există programe naționale de screening pentru prevenirea cancerului de col uterin și unii medici de familie au fost instruiți pentru implementarea acestora, dar interesul lor a scăzut progresiv în ultimii 10 ani, de când a început programul. Probabil că au nevoie de echipamente speciale și de finanțare pentru asta, probabil că au nevoie de mai mult timp.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - ginecologie**

„Există medici de familie care și-au exprimat dorința de a face ecografii pe parcursul sarcinii, au urmat cursuri, au dobândit competențe, dar, din nou, probabil că lucrurile evoluează foarte repede în ecografie și nu pot asigura performanța sau poate nu vor să-și asume responsabilitatea medico-legală a unor diagnostice.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal - ginecologie**

Cum ar putea arăta transferul de atribuții pentru lucrătorii din domeniul asistenței medicale comunitare?

- Calificarea LAMC pentru a distribui medicamente pentru boli cronice în cadrul comunității; (de exemplu, în Uganda, din cauza deficitului de medici, există asistenți medicali calificați care gestionează persoane cu afecțiuni cronice, prescriu medicamente pentru boli infecțioase și gestionează persoanele (inclusiv copiii) cu afecțiuni cronice care au efecte secundare minore)²⁷;
- Creșterea nivelului de educație în materie de sănătate în rândul copiilor, adolescenților, mamelor și familiilor;
- Urmărirea tratamentului după externarea din spital²⁸;
- Capacitarea LAMC pentru a oferi servicii de planificare familială și vaccinare în comunitățile care nu au acces la furnizori de servicii medicale, deoarece practicile internaționale arată rezultate promițătoare în transferarea acestor sarcini către furnizorii de nivel mediu²⁹;
- Efectuarea unor manevre microchirurgicale care nu pun în pericol viața și unor tratamente minore, cu condiția să beneficieze de o pregătire adecvată³⁰;
- Asigurarea educației pentru sănătate și serviciilor de prevenție în comunitate, pentru a spori gradul de acoperire vaccinală în rândul copiilor, pentru a promova inițierea alăptării, orice tip de alăptare și alăptarea exclusivă; îmbunătățirea ratelor de vindecare a tuberculozei pulmonare³⁰;
- Efectuarea triajului inițial și a screeningului în comunitate;
- Asigurarea tratamentului non-farmacologic (de exemplu, pentru reabilitare și sprijin medical și psihologic);

²⁷ WHO. (2007). Task shifting to tackle health worker shortages. Disponibil accesând: <https://chwcentral.org/wp-content/uploads/2013/07/Task-shifting-to-tackle-health-worker-shortages.pdf>

²⁸ Ogedegbe, G., Gyamfi, J., Plange-Rhule, J., Surkis, A., Rosenthal, D. M., Airhihenbuwa, C., ... & Cooper, R. (2014). Task shifting interventions for cardiovascular risk reduction in low-income and middle-income countries: a systematic review of randomised controlled trials. *BMJ open*, 4(10), e005983.

²⁹ Lehmann, U. (2008). Mid-level health workers. The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes. A literature review. *WHO and Global Health Workforce Alliance*, 42.

³⁰ Lewin, S., Munabi-Babigumira, S., Glenton, C., Daniels, K., Bosch-Capblanch, X., Van Wyk, B. E., ... & Scheel, I. B. (2010). Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane database of systematic reviews*, (3).

- Distribuirea suplimentelor nutritive recomandate și a tratamentului preventiv în timpul sarcinii pentru a reduce mortalitatea perinatală^{31 32};
- Identificarea și tratarea copiilor cu boli necomplicate (de exemplu, rujeolă, diaree, pneumonie);
- Sensibilizare cu privire la sănătatea mintală, în special în ceea ce privește afecțiunile care vizează copiii și adolescenții (ADHD, depresie, anxietate);
- Asigurarea primului ajutor psihologic, tratamentelor psihologice de scurtă durată;

*„Asigurarea de servicii non-farmacologice. Evident, acestea pot fi furnizate de specialiști formați în diverse intervenții psihologice- care ar putea proveni din asistența medicală primară.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal- pediatrie psihiatrică***

Cum ar putea arăta transferul de atribuții pentru medicii școlari?

- Monitorizarea și evaluarea stării de sănătate a elevilor, cu accent pe serviciile de prevenție;

*„Ce poate face medicul de familie este să dea un telefon pacientului- dacă părinții vor vaccina sau nu copilul, asta nu mai ține de medicul de familie. Ar fi mai ușor să se facă în școli, pentru că aici sunt copii tot timpul. Ar fi mult mai ușor pentru noi să oferim informații copiilor și părinților și să solicităm acordul părinților în școli.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal- medicină școlară***

- Efectuarea unor manevre microchirurgicale care nu pun în pericol viața și unor tratamente minore;

*„Ei bine, cred că absolut tot ce se poate asigura în ambulatoriu se poate asigura și în medicina școlară, ca un prim pas. Dacă prima consultație de urgență s-ar face în cabinetul medicului școlar, este clar că nici ambulatoriile și nici secțiile de primiri urgențe nu ar fi atât de aglomerate, atât timp cât ai un cabinet de medicină școlară în care există un medic și un asistent medical școlar. Asta înseamnă presiune pe care o putem elimina din sistemul ambulatoriu și de urgență.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal- medicină școlară***

- Monitorizarea afecțiunilor pe termen lung la copii (de exemplu, diabet de tip 2, astm);

*„Printr-o comunicare mai bine structurată cu omologii noștri din medicina de familie am putea simplifica triajul epidemiologic, astfel încât să putem evalua dacă copilul este apt să intre în comunitate, fără a-i deranja pe colegii noștri din medicina de familie pentru asta.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal- medicină școlară***

- Furnizarea contraceptivelor și tratamentului de protecție împotriva BTS;

Cum ar putea arăta partajarea atribuțiilor pentru medicii de familie?

- Obținerea unor competențe prin programe de calificare de scurtă durată în diferite domenii medicale (de exemplu, diabet, ginecologie) și asigurarea anumitor servicii în cabinetele lor medicale, în loc

³¹ Jokhio, A. H., Winter, H. R., & Cheng, K. K. (2005). An intervention involving traditional birth attendants and perinatal and maternal mortality in Pakistan. *New England Journal of Medicine*, 352(20), 2091-2099.

³² Kane, S. S., Gerretsen, B., Scherpbier, R., Dal Poz, M., & Dieleman, M. (2010). A realist synthesis of randomised control trials involving use of community health workers for delivering child health interventions in low and middle income countries. *BMC health services research*, 10(1), 1-7.

să trimită pacienții direct la medicul specialist - de exemplu, monitorizarea pacienților diabetici, efectuarea de ecografii pentru femeile însărcinate, testare pentru diferite tipuri de cancer pentru mame și copii, evaluarea ORL pentru copii etc.;

*„Tratamentele inițiale pentru afecțiuni mai ușoare, chirurgie mică, microchirurgie... toate acestea pot fi făcute de un medic de familie.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal- pediatrie***

- Organizarea unor clinici cu 2-3 medici de familie în locul funcționării în cabinete medicale individuale și angajarea unor medici specialiști din diferite domenii și amenajarea unui laborator medical pentru consultații de specialitate (de exemplu, pediatrie, ginecologie, reabilitare etc.) pentru depistarea și tratarea unor afecțiuni minore (de exemplu, infecții urinare, microchirurgie etc.) în aceeași clinică;
- Monitorizarea compliancei la tratament și colaborarea cu alți medici specialiști pentru îngrijirea integrată a pacientului;

*„În primul rând, medicul de familie trebuie să observe dacă un copil, să spunem, nu are capacități motorii adecvate vârstei sale, mai ales în cazul sugarilor. Formarea medicilor de familie în acest sens este esențială. De exemplu, eu pregătesc întotdeauna niște pliante [n.r. cu informații esențiale despre reabilitarea pediatrică] și le trimit medicilor de familie.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal- reabilitare pediatrică***

Cum ar putea arăta partajarea atribuțiilor pentru lucrătorii din domeniul asistenței medicale comunitare?

- Efectuarea unei evaluări preliminare a stării de sănătate în comunitate, conform instrucțiunilor medicului de familie;

*„În unele comunități, medicul de familie și lucrătorul din domeniul asistenței medicale comunitare lucrează bine împreună. Lucrătorul din domeniul asistenței medicale comunitare trece dimineața prin comunitate și evaluează starea de sănătate a copiilor și a femeilor însărcinate și raportează medicului de familie.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal- asistență medicală comunitară***

- Asigurarea compliancei la tratament în cadrul comunității și sprijinirea refacerii rețetelor;

Cum ar putea arăta partajarea atribuțiilor pentru medicii școlari?

- Acordarea sprijinului medical de primă linie și supravegherea compliancei la tratament, conform recomandărilor medicului de familie sau ale unui specialist;

*„Poate că atunci când facem măsurători, controale periodice - să avem posibilitatea, atunci când depistăm anomalii, să implicăm (trimitem copilul la) un pediatru sau un medic specializat în astfel de probleme. Ne-ar fi mai ușor nu doar să detectăm unele probleme, ci și să ne asigurăm că nu se pierde undeva pe drum și că copiii primesc ajutor.” – **Extras dintr-un interviu cu un factor decizional principal – medicină școlară***

5. Concluzii și recomandări

5.1. Concluzii

5.1.1. Factorii sistemului de sănătate

- Cantitatea și calitatea (acuratețea, exhaustivitatea, fiabilitatea) datelor privind forța de muncă din domeniul asistenței medicale primare sunt deficitare în toate categoriile analizate, atribuțiile de raportare fiind apanajul mai multor instituții (Institutul Național de Statistică, Institutul Național de Sănătate Publică, Ministerul Sănătății, asociații profesionale). Chiar și atunci când sunt disponibile date (de exemplu, cu privire la numărul de medici de familie), există discrepanțe între deținătorii de date;
- Există puține indicii că datele disponibile sunt utilizate pentru a genera dovezi care, la rândul lor, pot fundamenta politici eficiente. Motivul este reprezentat de mecanisme organizaționale deficitare pentru elaborarea de politici bazate pe dovezi la nivel local și central;
- Colaborarea intersectorială între ministerele competente (Ministerul Sănătății, Ministerul Educației, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale) este precară în sensul evaluării nevoilor de sănătate ale copiilor, adolescenților și mamelor, care ar putea fundamenta necesarul de forță de muncă în ceea ce privește numărul angajaților, distribuția, abilitățile și competențele acestora;
- Este nevoie de o strategie standardizată, precum și de mecanisme și instrumente de planificare și prognoză în privința resurselor umane din domeniul asistenței medicale. Discrepanța dintre ofertă (categoriile de personal sanitar) și nevoi (serviciile de sănătate care trebuie furnizate copiilor, adolescenților și mamelor) duce la perioade de așteptare îndelungate, nevoi nesatisfăcute, spitalizări evitabile și, eventual, decese, toate acestea constituind încălcări ale dreptului copilului la acces la asistență medicală de calitate.

5.1.2. Procesele privind forța de muncă în domeniul sănătății

- Nevoile resimțite în teritoriu nu sunt aliniate cu politicile de admitere.
- Stimulentele financiare pentru ca medicii de familie să înscrie copii pe listele lor sunt în continuare considerate nesatisfăcătoare;
- Legislația privind asistența medicală primară este fragmentată și nu acoperă întregul sector, lăsând unele profesii din domeniul asistenței medicale primare fără atribuții specifice (de exemplu, asistenții medicali din cabinetele medicilor de familie);
- Accesul la asistența medicală primară va fi grav afectat pe termen scurt și mediu, având în vedere dezechilibrul actual între intrările și ieșirile personalului din sistem.

5.1.3. Rezultatele privind forța de muncă în domeniul sănătății

- Copiii, adolescenții și mamele din comunități (în special din cele vulnerabile și marginalizate) nu au acces adecvat la asistență medicală de înaltă calitate și bine coordonată;
- Mecanismul instituțional pentru specialiștii din asistența medicală primară este inadecvat pentru urmărirea pacienților copii, adolescenți și mame; chiar și atunci când există interacțiuni între diferite categorii profesionale, aceasta se bazează mai degrabă pe relații personale;

- Motivația specialiștilor din domeniul sănătății de a se implica în inovare și schimbare este scăzută, ca urmare a absenței unui cadru de conducere și de guvernare puternic asigurat de instituțiile responsabile de politica RUS de la nivel central (de exemplu, Ministerul Sănătății);
- Există numeroase domenii în care sunt necesare eforturi substanțiale pentru formarea competențelor necesare (utilizarea instrumentelor digitale, comunicarea interpersonală, colaborarea interprofesională etc.) în rândul personalului sanitar.

5.2. Recomandări

În baza informațiilor prezentate mai sus și a constatărilor în urma interviurilor și a cadrelor pentru cele mai bune practici internaționale³³, 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);

³³ Organizația Mondială a Sănătății & Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF). (2020). Operational framework for primary health care: transforming vision

	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 componenței 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;	

6. Studiu de caz: județul Bistrița-Năsăud

Disponibilul și distribuția actuală a forței de muncă în domeniul asistenței medicale primare în Bistrița-Năsăud

Medici de familie: În anul 2021, în județul Bistrița-Năsăud existau 129 de medici de familie care aveau contract cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate. Cei mai mulți dintre aceștia (32%) se aflau în orașul Bistrița. Un număr de 2 comune nu aveau un medic de familie în 2021³⁴.

Asistență medicală primară - servicii de gardă: Datele primite de la Direcția de Sănătate Publică Bistrița-Năsăud arată că există 4 centre de asistență medicală primară care au cameră de gardă, 2 în zona urbană și 2 în zona rurală (dintre care doar unul este funcțional).

Lucrători din domeniul asistenței medicale comunitare (LAMC): 28 de asistenți medicali comunitari (AMC) și 9 medieri sanitari (MSR) în 2021. Există angajați în 4 orașe și în 24 de comune. Astfel, deși 63,32% din populația județului trăiește în mediul rural, mai puțin de jumătate (46,55%) din unitățile administrativ teritoriale din mediul rural angajează LAMC³⁵.

Medici școlari: 16 (10 cabinete de medicină școlară generală și 6 cabinete de medicină școlară dentară) în 2020.

Asistenți medicali școlari: 41 (35 în cabinete de medicină școlară generală și 6 în cabinete de medicină școlară dentară) în 2020.

Datele primite de la Direcția de Sănătate Publică Bistrița-Năsăud arată că, în 2021, existau 12 medici școlari și 38 de asistenți medicali școlari, în scădere față de datele raportate în 2020 de Ministerul Sănătății.

Rețeaua școlară a județului Bistrița-Năsăud: 293 de unități de învățământ de stat și 12 private. Din totalul de 305 unități de învățământ, 178 sunt școli gimnaziale și licee, 108 sunt grădinițe, 6 sunt școli speciale, 9 sunt structuri cu activități extrașcolare și 4 sunt școli postliceale. În mediul rural, doar două dintre cele 54 de primării de comună au încheiat convenții cu medicii de familie pentru supravegherea elevilor și preșcolarilor. În toate celelalte comunități, echipe formate dintr-un medic și un asistent medical din cadrul Compartimentului de Igienă Școlară al Direcției de Sănătate Publică desfășoară ocazional în școli activități de prevenție.

Figurile 1 și 2 prezintă distribuția lucrătorilor din domeniul asistenței medicale comunitare și a medicilor de familie din județul Bistrița-Năsăud, indicând că există zone care nu sunt deservite nici de medic de familie, nici de lucrător din domeniul asistenței medicale comunitare (Ciceu-Mihăiești, Monor, Miceștii de Câmpie).

³⁴ List of primary care providers under contract with NIH-BN from August 1 to December 31, 2021, Disponibil accesând: <http://www.casan.ro/casbn/media/pageFiles/Furnizori%20asistenta%20medicale%20primara%20august%20-%20decembrie%202021.pdf>

³⁵ Data received from the Ministry of Health

Fig. 1. Numărul populației/lucrători din domeniul asistenței medicale comunitare în județul Bistrița Năsăud în 2015

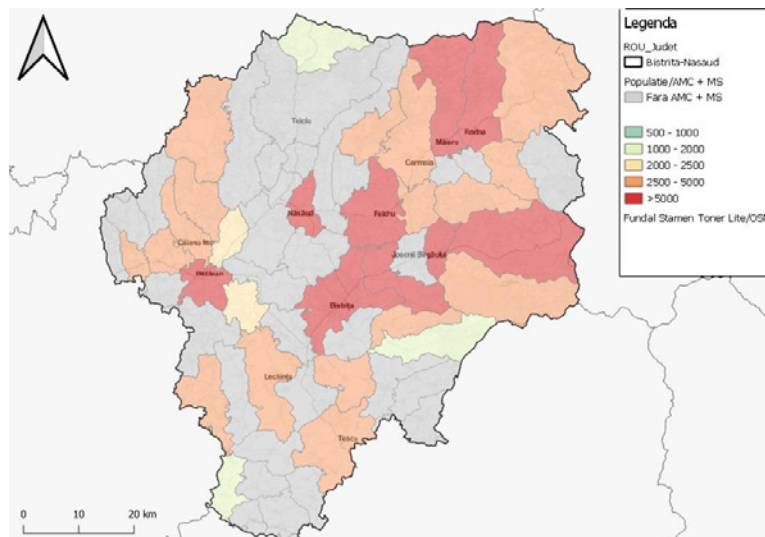
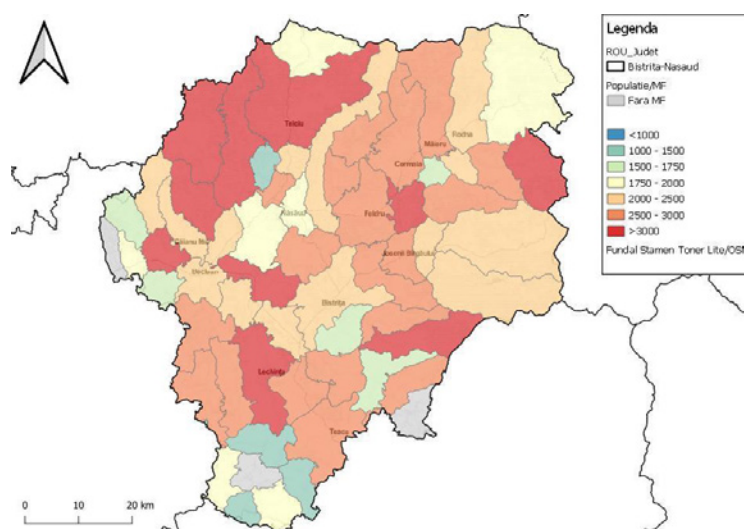


Fig. 2. Numărul de locuitori/medici de familie în județul Bistrița Năsăud în 2015



Mai mult, există zone din Bistrița-Năsăud (Telciu, Zaga, Târlîșua, Spermezeu, Lechința, Dumitrița, Lunca Ilvei, Ilva Mică, Uriu) cu peste 3000 de persoane la un medic de familie, dar deservite de un număr suficient de lucrători din domeniul asistenței medicale comunitare. Cu toate acestea, constatăm în Lechința un deficit, atât de medici de familie cât și de lucrători din domeniul asistenței medicale comunitare. Alte comune, precum Maieru, Feldru, Beclean, Livezile, Prundu Bârgăului și Tiha Bârgăului prezintă, de asemenea, un deficit de lucrători din domeniul asistenței medicale comunitare (1 lucrător din domeniul asistenței medicale comunitare la peste 3000 de persoane).

Datele referitoare la populația minoră (0-19 ani) din România) prezentate în figurile 3 și 4 arată că, în Beclean și Năsăud, există peste 2500 de minori la fiecare lucrător din domeniul asistenței medicale comunitare, iar numărul medicilor de familie este, teoretic, suficient pentru a asigura o acoperire corespunzătoare a asistenței medicale primare.

Figura 3. Numărul de minori/lucrători din domeniul asistenței medicale comunitare în județul Bistrița Năsăud în 2015

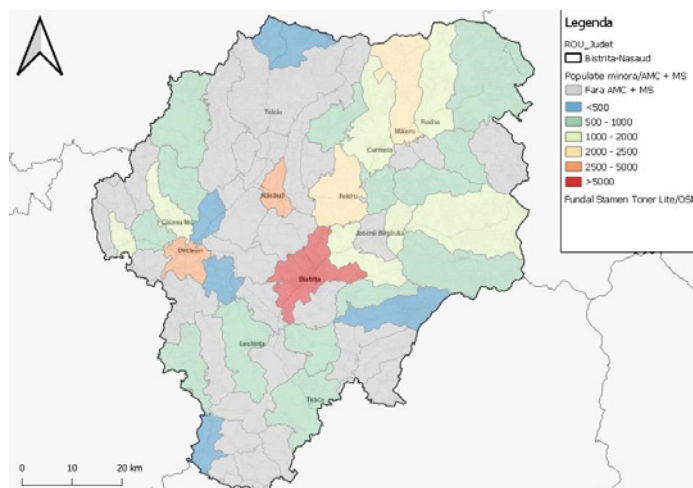
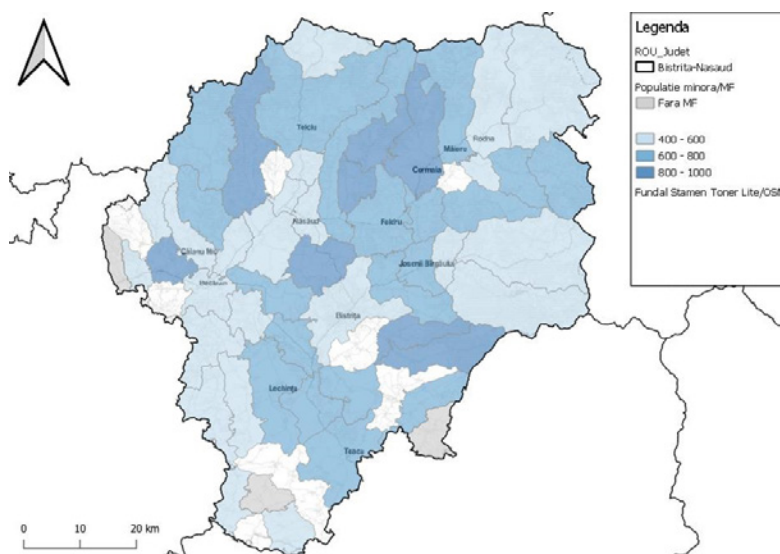


Figura 4. Numărul de minori/medic de familie în județul BN în anul 2015



Figurile 5, 6 și 7 indică densitatea medicilor de familie și modul în care aceștia sunt grupați în jurul orașelor și comunelor mai mari din județul Bistrița-Năsăud și arată că există regiuni ale județului (Șanț, Maieru, Sângeorz-Băi) de unde oamenii trebuie să călătorească pe distanțe mai mari de 10 kilometri pentru a consulta un medic de familie, Șanț având cel mai dificil acces la serviciile de asistență medicală primară din cauza zonei montane care îl înconjoară.

Figura 5. Densitatea medicilor de familie din județul Bistrița Năsăud

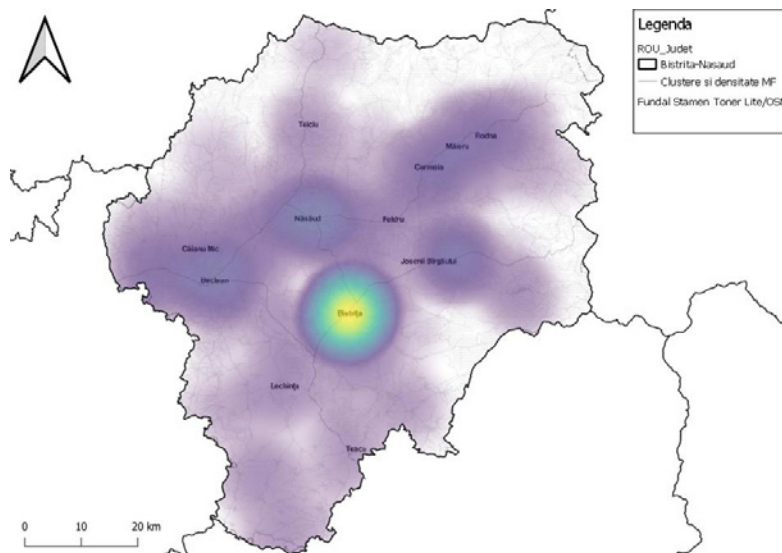


Figura 6. Aria de deservire a medicilor de familie din Bistrița-Năsăud

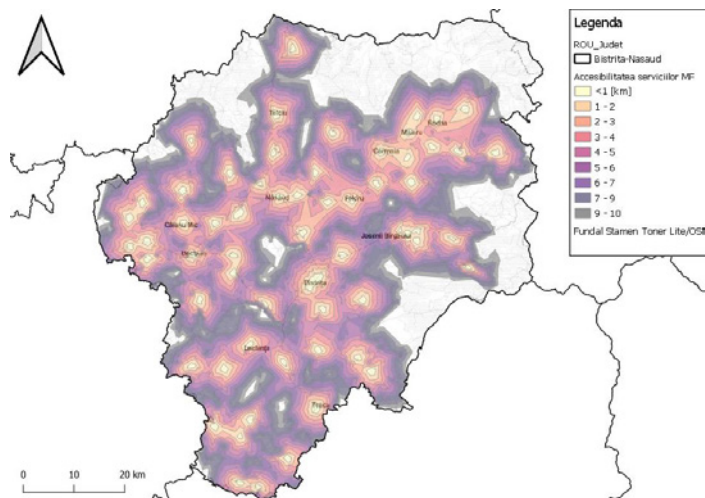
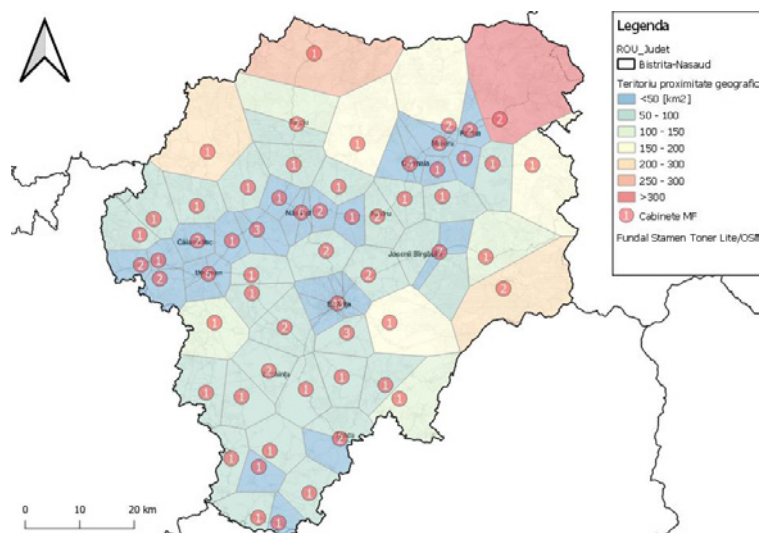


Figura 7 Proximitatea cabinetelor de medicină de familie în județul Bistrița-Năsăud



MEDICINA DE FAMILIE

Principalele activități desfășurate în anul 2021 de către medicii de familie de la nivelul județului prin programele naționale de sănătate coordonate de Direcția de Sănătate Publică Bistrița-Năsăud³⁶

- Programul național de vaccinare: vaccinarea copiilor și a populației generale - inclusiv vaccinarea împotriva COVID-19 în 46 de cabinete medicale de familie (19 în mediul urban și 27 în mediul rural);
- Programul de screening pentru cancerul de col uterin: în prima rundă, din 2012 până în 2017, aproape toți medicii de familie au participat la componenta de informare și consiliere, iar 4 medici de familie au participat la prelevarea de frotiuri pentru testul Papanicolau (procent de eșantionare 25%); în a doua rundă (2017-2021), mai puțin de jumătate dintre medicii de familie au participat la componenta de informare și consiliere, iar procentul de prelevare frotiuri a scăzut la 11%; în octombrie 2021, a început o nouă rundă a programului de screening pentru cancerul de col uterin; 18 medici de familie s-au înscris la componenta de informare și consiliere, în timp ce doar 1 medic de familie s-a înscris la prelevare pentru testul Papanicolau;
- Subprogramul de supraveghere a stării de sănătate - în legătură cu factorii de mediu: raportare deficitară; implicarea sporadică a medicului de familie;
- Programul de sănătate a femeii și copilului:
 - o Subprogramul pentru ameliorarea stării de nutriție a mamei și copilului: implicarea medicilor de familie în profilaxia distrofiei la sugari (recomandarea/distribuirea de lapte praf) este în scădere;
 - o Subprogramul de sănătate a femeii: în continuă scădere, până la 0 pentru planificare familială; în județ există 3 cabinete de planificare familială, cu activitate în declin;
 - o Nu există date privind supravegherea gravidelor comunicate Direcției de Sănătate Publică Bistrița-Năsăud

Activitățile raportate mai sus nu sunt exhaustive în ceea ce privește responsabilitățile și activitățile principale ale medicilor de familie, așa cum sunt acestea specificate în Legea 25/2006 (explicate pe larg în documentul sinteză). Însă aceste activități sunt cele raportate către Direcția de Sănătate Publică Bistrița-Năsăud și către Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Bistrița-Năsăud. O explicație pentru declinul activității acestora ar putea fi corelată cu informațiile prezentate în tabelul 1.

Transferul atribuțiilor medicilor de familie: Prelevarea de frotiuri pentru testul Papanicolau

Partajarea atribuțiilor medicilor de familie: Asigurarea sprijinului nutrițional pentru ameliorarea stării de nutriție a mamei și a copilului

Secțiunea 4.2. prezintă posibile activități de transfer și partajare a atribuțiilor pentru medicii de familie

³⁶ Rapoarte primite de la Direcția de Sănătate Publică Bistrița-Năsăud

MEDICINA ȘCOLARĂ

Principalele activități desfășurate în anul 2021 de către medicii școlari la nivel județean³⁷

- Examinări medicale pentru evaluarea stării de sănătate pentru copiii preșcolari care intră în sistemul școlar, clasa I, clasa IV, clasa VIII și clasa XII: 1.110
- Măsurarea înălțimii și greutateii preșcolarilor din toate grupele și ale elevilor din toate clasele și toți anii: 1.743
- Triaaj epidemiologic după sărbătorile de Crăciun și Paște pentru toți elevii, de la grădiniță până la liceu: 58.755
- Examinări dentare periodice pentru elevi: 1.784
- Cariii tratate pentru elevi: 1.356
- Numărul de cazuri de afecțiuni cu trimitere la un specialist și ținute sub supraveghere medicală: 57

Nu există activități de transfer sau partajare a atribuțiilor specifice medicinei școlare.

Secțiunea 4.2. prezintă posibile activități de transfer și partajare a atribuțiilor pentru medicii școlari

SĂNĂTATE COMUNITARĂ

Principalele activități desfășurate în 2019 și 2020 de LAMC la nivel județean³⁸

- Campanii de promovare a sănătății la nivelul comunității și al unor grupuri țintă (inclusiv activități dedicate Zilelor Mondiale ale Sănătății și problemelor legate de infecția cu COVID-19): 8 campanii;
- Formare profesională (curs online sprijinit de Universitatea Babeș-Bolyai și UNICEF) și activități specifice COVID-19;
- Formare profesională (formare online, Colgate și UNICEF) și demararea activităților în cadrul Programului Școala Colgate în 23 de unități administrativ-teritoriale din județ;
- Acțiuni de sănătate publică în conformitate cu prioritățile naționale și/sau locale specifice în materie de sănătate: 649 de acțiuni;
- Ședințe metodologice și îndrumări metodologice pe diferite canale de comunicare (telefon, internet, grup WhatsApp) pentru personalul angajat în asistența medicală comunitară.
- Campania „Ziua Națională de Testare a Alcoolemiei” - organizarea a 5 centre de testare;
- Organizarea și desfășurarea a 2 activități „Caravana cu medici”;

³⁷ Raport de activitate. (2020). Direcția de Sănătate Publică a județului Bistrița Năsăud. Disponibil accesând: <https://dspbn.bistrita.ro/wp-content/uploads/RAPORT-activitate-2020-DSP-BN.pdf>

³⁸ Rapoarte primite de la coordonatorul LAMC din județul Bistrița Năsăud

- O campanie de informare despre gripă; activități curente de promovare a vaccinării și de recuperare a vaccinării în rândul copiilor defavorizați;
- Activități de formare profesională în cadrul proiectului „Magia lecturii” - promovarea lecturii în familiile defavorizate din județ: 5 module de formare pentru 25 de mediatori sanitari și asistenți medicali comunitari, urmate de activități în cadrul comunității organizate și derulate de personalul rețelei LAMC;
- Ședințe metodologice pentru personalul LAMC: 11 ședințe metodologice, inclusiv 10 sesiuni de formare profesională și un atelier de lucru creditat de Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România;
- Participare la întâlnirile dedicate Zilei Naționale a Romilor și Zilei Minorităților Naționale, organizate de Instituția Prefectului și de Consiliul Județean Bistrița Năsăud;

Contribuția rețelei LAMC din județ la îmbunătățirea accesului populației defavorizate la servicii de sănătate¹⁸

Activitatea desfășurată în 2020 a adus beneficii comunităților, reflectate de evoluția principalilor indicatori:

- O creștere a numărului total de beneficiari înregistrați (16.274 în 2020, față de 14.764 în 2019);
- Creșterea numărului de persoane (inclusiv femei însărcinate și nou-născuți) înscrise la medicul de familie prin implicarea rețelelor LAMC; Nu sunt monitorizate sarcini la minore: 31;
- Creșterea numărului de beneficiari cu boli cronice monitorizate (inclusiv în categoria pacienților cu boli rare: 24);
- Creșterea numărului de cazuri medicale și sociale identificate și monitorizate împreună cu asistentul social;
- Creșterea numărului de persoane sprijinite să obțină acte de identitate și să beneficieze de prestații sociale;
- Creșterea numărului de servicii la domiciliu/administrare de medicamente pentru persoanele vulnerabile;
- Monitorizarea și furnizarea de alimente, medicamente, materiale de protecție (măști) pentru persoanele aflate în izolare sau carantină (COVID-19);
- Creșterea numărului de beneficiari ai triajului epidemiologic în unitățile cu copii și elevi;
- Creșterea numărului de persoane informate cu privire la un stil de viață sănătos și evitarea factorilor de risc (de exemplu, prevenirea/limitarea transmiterii infecției cu SARS-CoV-2 etc.);
- Aproximativ 5.000 de copii cu vârste cuprinse între 6 și 12 ani au beneficiat de Programul Școala Colgate.

Transferul și partajarea atribuțiilor: Distribuirea de medicamente în comunitate în timpul pandemiei COVID-19; Educație în domeniul sănătății orale pentru copii și controale de sănătate pentru minori.

Secțiunea 4.2. prezintă posibile activități de transfer și partajare a atribuțiilor pentru medicii școlari

Lista acronimelor

ADHD	Tulburare cu deficit de atenție / hiperactivitate
AMC	Asistent medical comunitar
LAMC	Lucrători din domeniul asistenței medicale comunitare
OUG	Ordonanță de urgență a Guvernului
ORL	Otorinolaringologie
FNPMF	Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
GIS	Sistem informațional geografic
RUS	Resurse umane din domeniul sănătății
CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
OAMGMAMR	Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România
CP	Centre de permanență
AMP	Asistență medicală primară
MSR	Mediatori sanitari romi
SMS	Servicii de medicină școlară
UNICEF	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii
OMS	Organizația Mondială a Sănătății

Definiții și legislație³⁹

Definiții

Conform OMS, **asistența medicală primară** constituie „o abordare privind sănătatea la nivelul întregii societăți, care urmărește să asigure cel mai înalt nivel posibil de sănătate și bunăstare și distribuirea echitabilă a acestora, concentrându-se asupra nevoilor oamenilor, cât mai devreme posibil de-a lungul continuumului asistenței medicale, de la promovarea sănătății și prevenirea bolilor la tratament, reabilitare și îngrijiri paliative, și cât mai aproape de mediul cotidian al oamenilor”⁴⁰. Forța de muncă din domeniul asistenței medicale primare (AMP) este constituită din „**toate persoanele angajate în sistemele și serviciile specifice asistenței medicale primare al căror scop principal constă în îmbunătățirea stării de sănătate**”⁴². Aceasta include toate categoriile profesionale implicate în activitățile de prevenție, de promovare a sănătății, de tratament și de îngrijiri paliative. În plus, forța de muncă din domeniul asistenței medicale primare include **voluntari și îngrijitori, majoritatea femei, care sprijină sistemele și serviciile AMP asistând persoanele în derularea activităților cotidiene, oferind sprijin psihologic sau de transport către serviciile de asistență medicală și monitorizând medicația**⁴¹. 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 vaccinală⁴².

La nivel internațional, **medicina de familie** este definită ca fiind o „**specialitate a medicinei care se ocupă cu furnizarea de asistență medicală individului și familiei și care integrează științele biomedicale, comportamentale și sociale**”⁴³. Aceasta include toate ocupațiile implicate în activitățile de promovare a sănătății, prevenire a bolilor, tratament, reabilitare și îngrijiri paliative, inclusiv serviciile paraclinice și ambulatorii. Medicul de familie este un medic specialist pregătit să ofere servicii de asistență medicală pentru orice persoană, indiferent de vârstă, sex sau tipul de problemă de sănătate, și care acționează ca un punct de prim contact. Medicul de familie oferă asistență medicală primară și continuă pentru familii întregi în cadrul comunităților deservite; se ocupă de problemele fizice, psihologice și sociale și coordonează servicii multidisciplinare de asistență medicală alături de alți specialiști, după caz. Medicii de familie mai sunt denumiți medici generaliști, în funcție de locul de practică⁴⁴.

Serviciile de medicină școlară (SMS) sunt „servicii furnizate de personal medical elevilor înscriși în învățământul primar sau secundar, fie în incinta școlii, fie într-o unitate medicală situată în afara școlii. Majoritatea țărilor au o formă de SMS, dar multe dintre aceste programe nu sunt în prezent bazate pe dovezi, nu sunt corespunzător implementate, sunt subfinanțate și/sau sunt furnizate în mod limitat”⁴⁴. OMS definește **lucrătorii din domeniul asistenței medicale comunitare (LAMC)** ca fiind „membri ai comunităților în care lucrează, care trebuie să fie selectați de comunități, să răspundă în fața comunității pentru activitățile lor, să fie sprijiniți de sistemul de sănătate, dar nu neapărat să facă parte din acesta, și să aibă o pregătire de durată mai scurtă decât cadrele medicale”⁴⁵.

³⁹ Definiții ale Organizației Mondiale a Sănătății

⁴⁰ Organizația Mondială a Sănătății. (2021). Primary health care. Accesată la <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

⁴¹ Organizația Mondială a Sănătății. (2018). Building the primary health care workforce of the 21st century. WHO Report, 1–29. Accesată la <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328072/WHO-HIS-SDS-2018.48-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁴² UNICEF (2020). HEALTH RESULTS 2020 PRIMARY HEALTH CARE. <https://www.unicef.org/media/102671/file/Health-Results-2020-Primary-Health-Care.pdf>

⁴³ Organizația Mondială a Sănătății.. (2003). Family medicine: report of a regional scientific working group meeting on core curriculum. Din Family medicine: report of a regional scientific working group meeting on core curriculum. Disponibil accesând: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205046/B3426.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁴⁴ World Health Organization. (2021). WHO guideline on school health services. Disponibil accesând: <https://www.who.int/publications/item/9789240029392>

⁴⁵ Lehman, U., & Sanders, D. (2007). Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. World Health Organization: Evidence and Information for Policy, Department of Human Health Geneva. Disponibil accesând: https://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers_brief.pdf

Lucrătorii din domeniul asistenței medicale comunitare sunt cunoscuți sub denumiri diferite în diferite țări. Termenul generic de „lucrător din domeniul asistenței medicale comunitare” (LAMC) include o varietate de persoane care asigură sprijin în acordarea asistenței medicale în cadrul comunității, selectate, formate și care lucrează în comunitățile din care provin, inclusiv, dar fără a se limita la moașe tradiționale, personal sanitar din sate, asistenți medicali, voluntari din cadrul comunității și lucrători în domeniul sănătății⁴⁶. LAMC pot beneficia de un tip de formare profesională recunoscută de serviciile de sănătate și de autoritatea națională de certificare, dar această formare nu face parte dintr-un program finalizat cu acordarea unui certificat de absolvire a învățământului terțiar. Dacă primele programe puneau accentul pe rolul LSC nu doar în calitate de (și, poate, nici măcar în primul rând) furnizori de asistență medicală, ci și de avocați ai comunității și agenți ai schimbării sociale, programele actuale pun accentul pe funcția lor tehnică și de gestionare a comunității.

Transferul atribuțiilor reprezintă procesul de delegare prin care anumite atribuții sunt transferate, după caz, către categorii de personal medical mai puțin specializat. Această restructurare a forței de muncă și extinderea programelor de formare și de păstrare a forței de muncă pot permite unui sistem de sănătate să utilizeze mai eficient forța de muncă existentă și să reducă blocajele în furnizarea de servicii, dezvoltând în același timp capacitatea forței de muncă⁴⁷.

Printre exemplele de transfer de atribuții în AMP se numără delegarea responsabilităților de la medici la asistenți medicali în ceea ce privește gestionarea cazurilor și furnizarea de îngrijiri, monitorizarea și gestionarea bolilor la copii (de exemplu, boli infecțioase, cum ar fi rujeola) și asistența maternală și vizitele la domiciliu. Alte transferuri de atribuții de la medici la asistenți medicali includ educația pentru sănătate și autogestionarea bolilor, în special pentru copii și adolescenți⁴⁸. Literatura internațională oferă, de asemenea, exemple de transfer de atribuții de la medici la LAMC în ceea ce privește monitorizarea mamelor și a nou-născuților, educația și realizarea unor proceduri medicale minore (de exemplu, triajul epidemiologic pentru boli infecțioase)¹¹. Cu toate acestea, programele care se bucură de succes sunt caracterizate prin bun management, sprijin, supraveghere și angajament politic²¹.

Partajarea atribuțiilor constă în lărgirea categoriilor de lucrători din domeniul sănătății care pot furniza anumite servicii medicale. În cazul partajării atribuțiilor, acestea nu sunt luate de la o persoană și date alteia, ci sunt distribuite între grupuri. Partajarea atribuțiilor permite profesioniștilor din domeniul sănătății cu nivel de calificare redus și mediu să îndeplinească atribuții și proceduri care, de obicei, sunt rezervate specialiștilor din domeniul sănătății, economisind astfel timp pentru acești furnizori de servicii de nivel superior în cadrul unui sistem de sănătate⁹.

Printre exemplele de partajare de atribuții între diferite categorii de personal din domeniul sănătății se numără constituirea de echipe multidisciplinare pentru asigurarea asistenței medicale în cazuri complexe (de exemplu, reabilitare pediatrică, îngrijiri obstetricale), în care AMP a asigurat monitorizare și sprijin de primă linie⁴⁹. Mai mult, partajarea atribuțiilor poate, de asemenea, să valorifice aportul specialiștilor în sănătate mintală pentru a sprijini asistența medicală acordată în diferite contexte, atât în cadrul asistenței medicale primare, cât și în cadrul comunității, în special pentru copii și adolescenți⁵⁰.

⁴⁶ Hyde, S. H. K., & Hawkins, K. (2017). The Cost-Effectiveness of Close-to-Community Health Programmes: What do We Know and Where are the Gaps. *Economic Evaluation of Community Based Practitioners in Low-and Middle-Income Countries: A Literature Review, Country Case Studies and a Generalized Cost-Effectiveness Model*. Organizația Mondială a Sănătății. Disponibil accesând: https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/cost_effectiveness_brief/en/

⁴⁷ Centrele pentru controlul și prevenirea bolilor. (2020). Sharing and Shifting Tasks to Maintain Essential Healthcare During COVID-19 in Low Resource, non-US settings. Accesat în data de 4 decembrie 2021, la <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/task-sharing.htm-1#foot01>

⁴⁸ Siew Lian Leong, Siew Li Teoh, Weng Hong Fun & Shaun Wen Huey Lee (2021) Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review, *European Journal of General Practice*, 27:1, 198-210, DOI: [10.1080/13814788.2021.1954616](https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1954616). Disponibil accesând: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34334095/>

⁴⁹ De Maeseneer, J., Bourek, A., McKee, M., & Brouwer, W. (2019). Task shifting and health system design: report of the expert panel on effective ways of investing in health (EXPH). Disponibil accesând: https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/023_taskshifting_en_0.pdf

⁵⁰ Hoeft, T. J., Fortney, J. C., Patel, V., & Unützer, J. (2018). Task-Sharing Approaches to Improve Mental Health Care in Rural and Other Low-Resource Settings: A Systematic Review. *The Journal of rural health* : official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association, 34(1), 48–62. <https://doi.org/10.1111/jrh.12229>

Legislație

În România, actul normativ care introduce rolurile și mecanismele de funcționare a asistenței medicale primare este Legea 25/2006⁵¹. Aceasta este completată de diverse alte ordonanțe de urgență ale Guvernului, hotărâri de guvern și ordine ministeriale. Ordonanța de urgență a Guvernului 18/2017 reglementează asistența medicală comunitară la nivelul comunelor, orașelor, municipiilor și sectoarelor municipiului București, precum și înființarea, organizarea și funcționarea centrelor comunitare integrate, pentru a facilita și îmbunătăți accesul populației și, în special, al diferitelor categorii vulnerabile la servicii de sănătate, integrate la nivel comunitar cu servicii sociale și educaționale. Categoriile de persoane vulnerabile includ persoanele care se găsesc în următoarele situații: nivel economic sub pragul sărăciei; șomaj; nivel de educație scăzut; persoane cu dizabilitate; boli cronice, boli aflate în faze terminale, care necesită tratamente paliative; **graviditate; vârsta a treia; vârstă sub 18 ani; fac parte din familii monoparentale; risc de excluziune socială**; alte categorii identificate ca fiind vulnerabile din punct de vedere medical sau social la nivelul comunității. Hotărârea de Guvern 324/2019 aprobă normele metodologice de organizare, funcționare și finanțare a asistenței medicale comunitare. Legea 174/2011 aprobă Ordonanța de urgență a Guvernului 162/2008 care stabilește cadrul legal privind transferul tuturor responsabilităților și autorității Ministerului Sănătății către autoritățile locale, asigurând totodată resursele umane, fizice și financiare necesare exercitării acestora. Ordinul de ministru 438/4.629/2021 pune accentul pe asigurarea asistenței medicale pentru preșcolari, elevi din învățământul preuniversitar și studenți din instituțiile de învățământ superior pentru a menține sănătatea comunităților și a promova un stil de viață sănătos.

Medicina de familie

Titlul III, articolul 63² din Legea 25/2006 reglementează asistența medicală primară asigurată de serviciile de medicină de familie. La data de 26 iunie 2021, Guvernul a adoptat Hotărârea de Guvern 696/2021, prin care a fost introdus noul Contract-cadru care reglementează condițiile asigurării asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru perioada 2021-2022⁵². Potrivit Contractului-cadru, medicii care activează în medicina de familie sunt acei furnizori care coordonează și integrează serviciile medicale acordate pacienților în sectorul asistenței medicale primare. Prin cabinetele medicale situate la nivelul comunității, medicii de familie constituie primul punct de contact al pacienților cu sistemul de sănătate. Medicii de familie pot înființa cabinete individuale sau de grup sub forma unor societăți civile medicale sau a unor asociații informale. Cabinetele de medicină de familie pot fi parte din clinici mai mari, înființate ca entități comerciale, alături de servicii medicale de specialitate. De asemenea, pot include un cabinet principal și cabinete secundare în mai multe comunități⁵³.

Cabinetele medicilor de familie angajează și alte categorii de personal medical (de obicei, unul sau mai mulți asistenți medicali, indiferent de numărul de persoane asigurate de pe lista lor, care pot fi angajați cu normă întreagă sau parțială) și personal nemedical (registratori, contabili, personal de curățenie etc.). Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 144/2008 privind exercitarea profesiilor de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical⁵⁴, completată prin normele metodologice din 2014⁵⁵, dispune

⁵¹ Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății – Titlul III: Asistența medicală primară -<http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/71139>

⁵² 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>

⁵³ Chukwuma, A., Comsa, R., Chen, D., & Gong, E. (2021). Provider Payment Reforms for Improved Primary Health Care in Romania.

⁵⁴ Emergency Governmental Ordinance no. 144 of October 28, 2008 (* updated *) on the exercise of the profession of general nurse, the profession of midwife and the profession of nurse, as well as the organization and functioning of the Order of General Nurses, Midwives and Nurses in Romania <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/99454>

⁵⁵ Methodological norms of December 2, 2014 regarding the exercise of the profession of generalist nurse, midwife and independent nurse <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/188872>

că asistentul medical generalist, moașa și asistentul medical pot presta servicii medicale delegate, conform instrucțiunilor medicului, precum și servicii de autoîngrijire, în limita competențelor profesionale dobândite de către furnizor. Furnizarea serviciilor medicale se face cu respectarea protocoalelor sau procedurilor de exercitare a activităților de asistent medical generalist, moașă și asistent medical, aprobate prin ordin al ministrului sănătății. Cu toate acestea, nici ordinul 144/2008 nici actele normative ulterioare nu prevăd responsabilități specifice pentru asistenții medicali care lucrează în cabinetele medicilor de familie. Fiecare cabinet al unui medic de familie are propria fișă de post și atribuții specifice. Asistenții medicali care lucrează cu medici de familie au aceleași atribuții ca și asistenții medicali generalişti. Cu toate acestea, au și alte atribuții specifice (vaccinare, epidemiologie, registrele de consultații, SIUI, raportare medicală etc.) pentru care au nevoie de competențe specifice, care nu sunt prevăzute în mod expres în legislație⁵⁶.

Medicii de familie și asistenții medicali oferă servicii medicale pacienților asigurați și neasigurați, în baza unui contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS). Potrivit Legii 25/2006, serviciile furnizate de medicii de familie copiilor/adolescenților/tinerilor/mamelor sunt următoarele: servicii medicale preventive- vaccinări, monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei, depistarea activă a riscului de îmbolnăvire pentru boli selectate conform dovezilor științifice, supraveghere medicală activă, adulți asimptomatici și copii cu risc normal sau ridicat, pe grupe de vârstă și sex; și servicii medicale extinse (servicii care pot fi furnizate la nivelul asistenței medicale primare ca opțiune și/sau în anumite condiții), cum ar fi:- servicii de consiliere specială; planificare familială; unele proceduri chirurgicale minore; servicii medicale și sociale: îngrijire la domiciliu. Cu toate acestea, în România, medicina de familie nu este percepută ca oferind servicii paraclinice și ambulatorii.

În anul 2004 a fost publicată Legea 263/2004⁵⁷ privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență, lege care are ca scop reglementarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență de la nivelul comunităților locale, a zonelor, criteriilor, responsabilităților factorilor implicați (medici de familie, consilii locale, direcții de sănătate publică, case județene de asigurări de sănătate, ministerul sănătății). Prin Ordinul ministrului nr. 697/2011⁵⁸, au fost aprobate Normele privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență, iar prin Ordonanța de Urgență nr. 61/2018⁵⁹ ta fost adăugată la Legea 263/2004 noțiunea de desființare a centrelor de permanență. Centrele de permanență sunt forme de organizare a activității medicale fără personalitate juridică, în cadrul cărora se asigură continuitatea asistenței medicale primare, în mod gratuit. Centrele de permanență funcționează în regim de gardă, în afara programului cabinetului de medicină de familie. Centrele de permanență acordă servicii medicale tuturor persoanelor care le solicită, indiferent de statutul de asigurat sau neasigurat al acestora. Fiecare centru de permanență funcționează cu un număr minim de 5-7 medici de familie și 5-7 asistenți medicali. În cadrul centrului de permanență, garda este asigurată în mod obligatoriu de o echipă medicală formată din medic de familie și asistent medical. Serviciile medicale acordate de medicii de familie în cadrul centrelor de permanență sunt următoarele: asistență medicală în afecțiunile acute și urgențele medico-chirurgicale, în limitele competenței medicului de familie și posibilităților tehnice; administrarea medicației necesare tratamentului de urgență; eliberarea unei adeverințe medicale pentru pacient, cu care se va prezenta a doua zi la medicul său de familie; prescrierea rețetei; administrarea de tratamente injectabile; îngrijiri postoperatorii (suturi sau schimbarea pansamentelor chirurgicale).

⁵⁶ Medicii de familie și asistenții medicali: <https://www.viata-medicala.ro/ars-medici/medicii-de-familie-si-asistentii-medicali-9849>

⁵⁷ Legea nr. 263 din 16 iunie 2004 privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/52981>

⁵⁸ Ordinul de ministru nr. 697 din 25 mai 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice cu privire la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/147320>

⁵⁹ Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 61 din 12 iulie 2018 pentru modificarea și completarea Legii nr. 263/2004 privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/202638>

Asistența medicală comunitară

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 prevenire**⁶⁰. Scopul asistenței medicale comunitare constă în îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin asigurarea 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. Ministerul Sănătății finanțează asistența medicală comunitară prin intermediul autorităților locale⁶¹. Local authorities provide community healthcare services to the population, mainly to medically, economically, or socially vulnerable groups, within the limits of existing human and financial resources. Autoritățile locale furnizează servicii de asistență medicală comunitară populației, în special grupurilor vulnerabile din punct de vedere medical, economic sau social, în limitele resurselor umane și financiare existente.

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). În activitatea lor, LAMC colaborează cu personalul din cabinetele medicilor de familie, cu personalul din cadrul serviciului public de asistență socială, cu personalul centrului comunitar integrat și cu alți furnizori de servicii de sănătate, sociale, educaționale (inclusiv cu organizații neguvernamentale care furnizează servicii de profil)

Conform OUG 18/2017⁶², serviciile furnizate de LAMC copiilor/adolescenților/tinerilor/mamelor sunt următoarele: identificarea persoanelor neînscrise pe listele medicilor de familie și transmiterea informațiilor despre acestea către medicul de familie, cu precădere a copiilor și a gravidelor, în scopul obținerii calității de asigurat de sănătate și a asigurării accesului acestora la servicii medicale; supravegherea în mod activ a stării de sănătate a sugarului și a copilului mic și promovarea alăptării și practicilor corecte de nutriție; efectuarea de vizite la domiciliul sugarilor cu risc medical sau social și urmărirea aplicării măsurilor terapeutice recomandate de medic; identificarea, urmărirea și supravegherea medicală a gravidelor cu risc medical sau social în colaborare cu medicul de familie și cu asistenta medicală a acestuia, prin efectuarea de vizite periodice la domiciliul gravidelor și al lăuzelor; identificarea femeilor de vârstă fertilă vulnerabile din punct de vedere medical, social sau al sărăciei și informarea acestora despre serviciile de planificare familială și contracepție, precum și asigurarea suportului de a accesa aceste servicii.

⁶⁰ Ordonanță de urgență nr. 18 din 27 februarie 2017 privind asistența medicală comunitară: <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/186978>

⁶¹ Hotărârea de guvern nr. 324 din 23 mai 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară - <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/214842>

⁶² Ordonanța de urgență nr. 18 din 27 februarie 2017 privind asistența medicală comunitară: <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/186978>

Medicina școlară

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 școlari**⁶³. 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 162/2008⁶⁴ și Legii 174/2011⁶⁵. Potrivit Ordinului de ministru 438/4.629/2021⁶⁶, evaluarea stării de sănătate, realizată prin serviciile de asistență medicală și stomatologică școlară, are următoarele componente: servicii profilactice de menținere a stării de sănătate individuale și colective; acțiuni medicale curative gratuite: servicii medicale de asigurare a stării de sănătate pe parcursul întregului an școlar, inclusiv a sănătății orale, acordarea de consultații medicale și stomatologice, eliberarea de bilete de trimitere către medici de alte specialități, eliberarea de rețete gratuite și acordarea primului ajutor în caz de urgență; activități de educație pentru sănătate, inclusiv sănătate reproductivă, sănătate orală și promovarea unui stil de viață sănătos; consilierea în vederea aplicării precoce a tratamentelor curative și de recuperare medicală.

⁶³ 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>

⁶⁴ 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>

⁶⁵ 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/DetaliiDocumentAfis/132225>

⁶⁶ Ordinul nr. 438/4.629/2021 privind asigurarea asistenței medicale a preșcolarilor, elevilor din unitățile de învățământ preuniversitar și studenților din instituțiile de învățământ superior pentru menținerea stării de sănătate a colectivităților și pentru promovarea unui stil de viață sănătos <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/245900>