

Cum ne protejăm resursa umană din asistența medicală primară?



Dacă ne uităm la indicatorii de sănătate, o persoană care se naște în România pare evident defavorizată, față de cineva care se naște într-un alt stat membru al Uniunii Europene.

Ce anume indică acest lucru?

Câțiva indicatori ne dau argumentele: primul, speranța de viață la naștere în România este printre cele mai scăzute din Uniunea Europeană (74.2 ani, în 2020 și 72.8 ani, în 2021). În plus, speranța de viață la vârsta de 65 de ani a scăzut de la 16,9 ani, în 2019 la 14,6 ani, în 2021. Apoi, nevoia nesatisfăcută auto-raportată de servicii de îngrijire medicală în 2021 a fost mai mult decât dublă în România (4,9%) față de media UE (2%). Mai mult, România a avut cea mai mare rată de mortalitate pentru afecțiuni tratabile la persoanele cu vârsta sub 75 de ani, dintre statele membre ale Uniunii Europene, în 2020, cu 235.1 decese la 100.000 de locuitori și cea mai mare rată de mortalitate prevenibilă, cu 358.14 decese la 100.000 de locuitori, cu un decalaj semnificativ între sexe (sursa: Eurostat, 2023).

Prin comparație, sisteme de sănătate bazate pe o asistență medicală primară solidă, precum cele din Spania, Norvegia, Danemarca sau Olanda sunt caracterizate de indicatori mai buni în ceea ce privește speranța de viață sau costurile cu asistența medicală. Acestea sunt, practic, acele sisteme de sănătate din Uniunea Europeană unde s-a investit în mod sistematic în consolidarea asistenței medicale primare.

Spre deosebire de ele, dacă ne uităm la datele privind sistemul de asistență medicală primară din România ultimilor 20 de ani vedem că el a fost mereu subfinanțat și sub utilizat, în primul rând pentru că sistemul de sănătate s-a bazat excesiv de mult pe tratarea pacienților, mai degrabă decât de menținerea sănătății populației. Aceasta este una dintre principalele explicații pentru care România are un sistem de sănătate ineficient. Faptul că nu se pune mai mult accent pe asistența medicală primară în sistemul de sănătate românesc poate fi reflectat și în decalajul drastic dintre rural și urban, în lipsa unei culturi a prevenției în rândul populației, în birocrăția excesivă, precum și în deficitul de medici de familie în anumite zone considerate "neattractive".

Noul contract cadru ce va reglementa condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale pe viitor (cuprins în [HG 521/2023](#)), programat să intre în vigoare de la 1 iulie 2023, pare în sfârșit să pună accentul pe stimularea prevenției în asistența medicală primară și în ambulatoriul de specialitate, prin întărirea rolului medicului de familie în sistemul de sănătate și prin creșterea accesului persoanelor ce trăiesc în mediul rural la servicii de asistență medicală primară.

Însă, discutând mai în profunzime cu profesioniștii din asistența medicală primară care sunt factorii care influențează decizia de migrare a medicilor, inclusiv a medicilor de familie, cum am făcut-o în cadrul unei cercetări derulate în România, în ultimii 2 ani, în cadrul proiectului Pillars of Health (aici găsiți [raportul de cercetare](#)) descoperim că rămân de rezolvat teme mai complicate precum: **independența profesională a medicului de familie, nevoia de a construi o mai bună colaborare între asistența medicală primară și alte specialități, sau nevoia de mai multă practică pentru studenții la medicină, inclusiv în mediul rural, pentru a-i încuraja mai mult să opteze pentru medicina de familie în zonele unde ei sunt atât de necesari.**

Astfel, potrivit uneia dintre mărturiile, medicul de familie resimte lipsa independenței sale profesionale. *”Este greșit ca tu (n.b. medic de familie) să trimiți pacientul la specialist, ca apoi să revină la tine, ca tu iar să-l trimiți la specialist și iar să vină înapoi. În loc ca tu să fii cel care să decizi dacă este nevoie de specialiști și la ce specialiști să trimiți pacientul. Căci, până la urmă, asta face un medic de familie în toată lumea. Este un fel de ”gatekeeper” în sistem (n.b sistemul de sănătate)... Desigur că trebuie un anumit ghidaj, iar acest ghidaj se face pentru anumite diagnostice și pe anumite prezumții de diagnostic, prin protocoale. Dar este normal să nu pot să trimit la investigații când eu (n.b. medicul de familie) am toate semnele, să zicem, pentru o hernie de disc? Este normal să nu pot recomanda un examen radiologic de mai mare tehnicitate, adică să nu pot recomanda un CT sau un RMN?”.* (medic de familie din urban, România)

Este o situație care diferă semnificativ de asistența medicală primară din Spania, de exemplu. În această țară, principala caracteristică a asistenței medicale primare este cu adevărat rolul de "gatekeeper" pe care îl joacă în sistemul de sănătate, deoarece asistența medicală de specialitate nu poate fi accesată fără o trimitere prealabilă din partea medicului de familie. Iar numărul de trimiteri este relativ scăzut, deoarece sub 6% dintre vizitele în cadrul asistenței medicale primare spaniole se soldează cu o trimitere către un alt nivel de îngrijire (Peiró, 2008). Acest lucru este influențat, în primul rând, de inexistența barierelor pentru medicii de familie în ceea ce privește solicitarea de teste de laborator și de imagistică, în majoritatea comunităților autonome spaniole și, în al doilea rând, de nivelul de calificare și formare a acestor profesioniști (Violan et al., 2009).[1]

Apoi, discuțiile din cadrul cercetării derulate în România au arătat că practica realizată în mod adecvat rămâne un deziderat care ar putea limita migrația tinerilor medici și i-ar putea orienta spre medicina de familie, în zonele unde ei sunt atât de necesari. *"În general, pleacă copii buni. Marea majoritate sunt tineri cu potențial, care ar putea să rămână și să profeseze în țară. Cei mai mulți dintre cei care pleacă reușesc și dincolo. Uneori au nostalgia țării din care provin și se mai și întorc. Se întorc cu altă experiență, ceea ce este benefic. Dar nu toți o fac. Depinde cât de mult au fost „scârbiți” de sistem, depinde de experiența pe care au avut-o în sistem. Dar școala românească rămâne una foarte bună. Povestea este că, după mine, ar trebui să fie regândită perioada de rezidențiat și perioada de dobândire a experienței practice. Ar trebui să fie focusată pe experiența practică, ca în modelele din alte țări".* (medic de familie din urban, România)

Pentru mai multe detalii despre temele discutate și concluziile cercetării privind factorii care influențează migrația lucrătorilor români din domeniul sănătății, analiza experiențelor personale de lucru a acestora, precum și soluțiile identificate de respondenți pentru retenția și întoarcerea lucrătorilor medicali, vă încurajăm să răsfoiți [raportul de cercetare](#).

Echipa Pillars of Health România

[1] [Spain - Building primary care in a changing Europe - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#).