



# DOCUMENT DE POZIȚIE PRIVIND RESURSA UMANĂ DIN SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA

**PROVOCĂRI ȘI POSIBILE SOLUȚII IDENTIFICATE ÎN CADRUL  
PROIECTULUI „PILLARS OF HEALTH – TOWARDS SOLIDARITY FOR  
HEALTH WORKER BALANCE IN EUROPE”**

Iulie 2023

## Cuprins

Introducere .....	3
Metodologia de cercetare folosită în România (două etape de cercetare).....	3
Dialogul privind soluțiile pentru retenția personalului medical în România.....	6
Posibile intervenții strategice sau tactice pentru retenția personalului medical în România .....	7
Educația medicală: provocări.....	7
Educația medicală: soluții propuse .....	8
Sistemul de asistență medicală spitalicească și ambulatorie: provocări.....	10
Sistemul de asistență medicală spitalicească și ambulatorie: soluții propuse .....	11
Sistemul de asistență medicală primară și comunitară: provocări.....	12
Sistemul de asistență medicală primară și comunitară: soluții propuse.....	13
Concluzii .....	16

## Introducere

Pentru ca țările din întreaga regiune europeană să beneficieze de forță de muncă în domeniul sănătății care este accesibilă întregii populații (nu doar celei din marile aglomerări urbane, ci și celei din zonele mai izolate, inclusiv din mediul rural, din toate mediile sociale) sunt necesare programe privind resursa umană în sănătate definite pe termen mediu și lung, investiții susținute și adecvate, strategii eficiente de formare, recrutare și de retenție, precum și atenuarea potențialelor efecte negative ale mobilității sau migrației forței de muncă.

Însă, pentru definirea acțiunilor cu cel mai mare impact la diverse niveluri (național, al Uniunii Europene, sau regional) avem nevoie de dovezi și de revizuirea datelor, de cunoașterea aprofundată a problemelor și de împărtășirea acestor cunoștințe, inclusiv între țări. Folosind toate acestea, în etapa următoare sunt necesare dialoguri publice asupra soluțiilor, pentru a putea influența politicile relevante care să ducă la o distribuție echitabilă a lucrătorilor din domeniul sănătății, atât la nivelul Uniunii Europene, în țările membre, cât și la nivelul țărilor non-membre.

Prin programul „*Pillars of Health – Towards solidarity for health worker balance in Europe*”, un program de trei ani (2021-2023) care se concentrează pe obținerea de dovezi, consolidarea dialogului cu toate părțile interesate și realizarea de acțiuni de advocacy la nivel național, în țările selectate (România, Olanda, Germania, Franța, Serbia) și la nivelul Uniunii Europene, *milităm ca factorii de decizie politică să se concentreze pe aplicarea unor politici care să asigure îmbunătățirea disponibilității și accesibilității lucrătorilor din domeniul sănătății pentru toți cetățenii europeni, alături de toți actorii din sistemele de sănătate și de societatea civilă din țările europene incluse în proiect și de la nivelul Uniunii Europene.*

Informații suplimentare despre proiect și activitățile desfășurate pe durata acestuia obțineți accesând [Pillars of Health](#).

## Metodologia de cercetare folosită în România (două etape de cercetare)

Alături de beneficiile aduse de piața internă a Uniunii Europene, precum libertatea de circulație, țările membre trebuie să facă față și provocărilor generate de fluxurile disproporționate de mobilitate și migrație, care au contribuit la o disponibilitate inegală a lucrătorilor din domeniul

sănătății, ceea ce, la rândul său, are un impact negativ asupra calității asistenței medicale din unele țări și regiuni. Simplu spus, mobilitatea lucrătorilor din domeniul sănătății tinde să avantajeze, în primul rând, statele membre ale Uniunii Europene mai bogate (așa numitele „țări de destinație”), în timp ce pierderea de competențe și experiență profesională slăbește sistemele de sănătate din țările mai sărace (așa numitele „țări sursă”) și adâncește decalajul de acces la servicii de sănătate.

România este, în general, cunoscută drept „țară sursă”, care furnizează resursă umană din domeniul sănătății pentru țări din vestul Europei. Pe de altă parte, ea este și o „țară de destinație”. Un exemplu este cel al medicilor și asistenților medicali din Republica Moldova care, și datorită facilității adusă de limba comună, aleg să profeseze în România.

Pentru a surprinde cele 2 fațete ale problematicii mobilității și migrației din și către România, în cadrul proiectului am derulat două etape de cercetare, prima centrată pe modelul de „țară sursă”, și a doua pe cel de „țară de destinație”.

Studiul România „țară sursă” (derulat între septembrie 2021 și aprilie 2022) a urmărit să identifice factorii care influențează migrația lucrătorilor români din domeniul sănătății, să analizeze experiența personală de muncă a acestora, precum și să prezinte soluțiile respondenților pentru a rămâne sau a reveni în țară.

Cercetarea a fost elaborată pe baza unei evaluări documentare și a unei serii de 19 interviuri în profunzime realizate cu profesioniști din domeniul sănătății care au absolvit în România și au rămas să lucreze în țară, profesioniști din domeniul sănătății care au absolvit în România și care lucrează în prezent în străinătate, manageri din diferite unități sanitare din România, reprezentanți ai organizațiilor profesionale precum Colegiul Medicilor și Ordinul Asistenților Medicali, reprezentanți ai asociațiilor de studenți și, în final, un reprezentant al unei organizații a diasporei de lucrători din domeniul sănătății.

Metoda interviului în profunzime a fost aleasă cu scopul de a colecta informații despre comportamentul de mobilitate, percepțiile respondenților legate de acesta și factorii favorizanți, de respingere și de atracție, precum și atitudinea lor față de fenomenul migrației și potențialele soluții pe care le văd, fără nicio limitare care ar fi fost generată de metode de cercetare mai controlate (cum ar fi un chestionar scris).

Din analiză a reieșit că există două aspecte predominante care încă încurajează migrația sau mobilitatea personalului medical din România, în pofida creșterii semnificative a unora dintre veniturile din sistemul de sănătate public românesc:

- Pentru medici, oportunitatea de dezvoltare profesională și carieră constituie factorul principal în decizia de a pleca.
- Pentru asistenții medicali, găsirea unui loc de muncă mai bine plătit, cu o încărcătură de lucru adecvată, încă încurajează decizia de a practica în afara granițelor țării..

Studiul România „țară de destinație” (studiu derulat în perioada mai - septembrie 2023)

Având în vedere că un număr semnificativ de lucrători medicali din Republica Moldova a ales să migreze în România, pentru explorarea motivațiilor, a modului în care se face integrarea lor profesională și recunoașterea studiilor, dar și pentru a aproxima numărul lor și a oferi perspective pentru politicile publice, Organizația Mondială a Sănătății a derulat un studiu care a avut ca obiective exact aceste aspecte. Studiul a arătat că motivațiile care stau la baza deciziei de a migra au variat, de la cele centrate pe situația sistemului de sănătate din Republica Moldova, în prima etapă a migrației lucrătorilor medicali moldoveni în România, între 1991 și 1996, la cele centrate pe nevoile familiei, în a doua etapă, între 1997 și 2006, și la cele legate de avantajele României ca „țară de destinație”, în perioada de după aderarea României la Uniunea Europeană, în 2007 (OMS 2014, p. 62; Cheianu-Andrei 2016). De asemenea, studiul a subliniat și faptul că intenția de a se întoarce în țara de origine nu este neapărat comună în rândul profesioniștilor din sănătate originari din Rep. Moldova care lucrează acum în România.

În completarea studiului derulat de OMS, pentru componenta a doua a cercetării din România derulată în cadrul proiectului am avut ca obiectiv să explorăm în profunzime impactul experiențelor de migrație asupra vieții indivizilor, integrați în mediile lor personale și sociale din diferite etape ale vieții. Prin faptul că nu ne-am concentrat asupra unei teme specifice, ci asupra vieții și biografiei persoanei în ansamblu, poate deveni vizibil modul în care experiențele de migrație sunt legate de alte evenimente de viață și cum indivizii dau sens, atât vieții lor în ansamblu, cât și evenimentelor sau experiențelor specifice din diferite perioade. Astfel, obiectivul principal al acestei cercetări a fost să investigăm modul în care emigrarea în România este înțeleasă în profunzime de către medicii proveniți din Republica Moldova. Având în vedere caracterul exploratoriu al acestei evaluări, am realizat și analizat doar 10 interviuri, unul cu un asistent medical și nouă cu medici care au emigrat din Republica Moldova în România.

Deși metoda aleasă nu permite generalizarea concluziilor, putem spune că, la nivelul respondenților cu care s-au făcut interviurile în cadrul proiectului, analiza a reconfirmat împărțirea pe „valuri de migrație” indicată de studiul OMS. În plus, pentru respondenți, oportunitatea unui rezidențiat bazat pe mai multă practică, și după finalizarea acestuia, de dezvoltare profesională și carieră, în condițiile unor salarii competitive pentru medici în România, similare cu alte țări din vestul Uniunii Europene, dar și opțiunile existente pentru familie și o viață socială împlinită constituie factorii principali în decizia de rămâne și profesia aici.

## Dialogul privind soluțiile pentru retenția personalului medical în România

Literatura de specialitate demonstrează că aplicarea cu succes a politicilor privind forța de muncă din sănătate implică obținerea consensului între diferitele părți interesate asupra soluțiilor existente<sup>1</sup>.

Urmând acest model, rezultatele cercetării *România „fără sursă”* au fost prezentate și discutate de către echipa proiectului din România în cadrul unei serii de evenimente (derulate în Târgu Mureș, Brașov, București) care a urmărit identificarea celor mai viabile soluții, care pot fi susținute în cadrul unor inițiative deja demarate, sau a celor care pot constitui tema unor viitoare acțiuni, de către o rețea de promotori care acționează pe diferite arii tematice, promovând schimbări și reforme la nivelul resursei umane în sănătate în România, sau la nivelul sistemului de sănătate.

Beneficiile metodei au inclus:

1. Părțile interesate au dobândit o mai bună înțelegere a factorilor care contribuie la mobilitate și migrație (privită ca efect) și s-au concentrat pe soluții structurale la cauzele mai profunde care le generează.
2. Diferitele părți interesate au discutat și au dobândit o mai bună înțelegere a opiniilor și intereselor celorlalți.

---

<sup>1</sup> Hendriks, Carolyn M. 2009. “Deliberative Governance in the Context of Power.” *Policy and Society* 28 (3): 173–84.  
Innes, Judith E., and David E. Booher. 1999. “Consensus Building and Complex Adaptive Systems.” *Journal of the American Planning Association*. *American Planning Association* 65 (4): 412–23.

3. Toate părțile interesate au fost implicate în procesul de identificare a măsurilor strategice sau tactice, ceea ce poate contribui la o mai bună punere în aplicare a soluțiilor găsite, prin acțiunile ce vor fi preluate și susținute de diversele entități.

Prin dezvoltarea acestui model de construire a consensului asupra factorilor ce generează migrația și a soluțiilor viabile de rezolvare a provocărilor sistemice, ne-am dorit să atingem un dublu obiectiv:

1. **Identificarea de soluții practice, fezabile de retenție sau revenire a personalului medical** care pot sprijini decidenții să ia măsuri și pot contribui la creșterea atractivității locurilor de muncă din sănătate în România;
2. **Crearea unei rețele de suport și acțiune privind măsurile identificate (sau a altora care sunt acum în discuție publică)** și care să poată fi stimulată, inclusiv prin componenta de advocacy inclusă în proiect, pentru a se implica activ în procesul de reformă a resursei umane din sănătate, la nivel național și la nivelul Uniunii Europene.

## Posibile intervenții strategice sau tactice pentru retenția personalului medical în România

Pornind de la cercetarea privind factorii care influențează migrația sau mobilitatea lucrătorilor români din domeniul sănătății și soluțiile respondenților pentru a rămâne sau a reveni în țară, cele mai eficiente intervenții au fost grupate în trei categorii: **1. Provocări și schimbări recomandate pentru sistemul de educație medicală**; **2. Provocări și schimbări recomandate pentru sistemul de asistență medicală spitalicească și ambulatorie**; **3. Provocări și schimbări recomandate la nivelul asistenței medicale primare.**

### **Educația medicală: provocări**

Principalele motive care generează încă plecarea profesioniștilor din sănătate din România sunt legate și de aspecte ce țin de sistemul de educație medicală. Astfel, experiența din perioada formării poate reprezenta factorul determinant în decizia de a părăsi sau de a rămâne în sistemul de sănătate românesc, pentru profesioniștii din sănătate la început de carieră. Similar, educația pe parcursul carierei poate fi un factor motivant sau de-motivant, pentru cei cu ceva mai multă experiență.



Pe scurt, provocările actualului sistem de educație medicală de bază rezultate din cercetarea derulată în proiect sau nevoile care, o dată abordate, ar putea aduce îmbunătățiri sunt listate mai jos, separat pentru medici și pentru asistenții medicali:

#### **Pentru medici:**

1. Nevoia de a actualiza programa de învățământ la unele discipline (manuale, informații sau bibliografie învechite).
2. Nevoia de a aborda eficient problemele sociale (locuire, transport).
3. Nevoia de a oferi mai multe oportunități de studiu sau de participare la programe de cercetare în alte universități, în timpul studiilor (fizic și online).
4. Nevoia de a aborda structural și eficient pregătirea practică a studenților și a rezidenților care acum sunt deficitare (de exemplu, nu primesc suficientă atenție în perioada de formare, îndrumarea sau mentoratul nefiind bine gândite și organizate; pregătirea practică nu ține pasul cu dezvoltarea științifică accelerată, sau cu TIC).
5. Dificultăți în a schimba specializarea în timpul rezidențiatului.

#### **Pentru asistenții medicali:**

1. Programe educaționale diferite la asistenții medicali cu studii superioare față de cei care studiază în colegii, ceea ce generează diferențe foarte mari în pregătire.
2. Pregătire practică redusă sau inegală.
3. Învățământ orientat pe cunoștințe teoretice (profesorii sunt, în general, medici) și prea puțin pe abilitățile practice adecvate misiunii de îngrijire a asistentului medical.
4. Lipsa oportunităților de dezvoltare profesională pe parcursul vieții.

În plus, atât la medici, cât și la asistenții medicali, nu este promovată educația medicală continuă bazată pe nevoi, ci cea bazată pe ofertă.

### **Educația medicală: soluții propuse**

Soluțiile privind direcțiile cheie de intervenție în zona educației medicale, identificate din cercetare și din rundele de consultări cu factorii cheie din cadrul mediului academic, al societăților profesionale, al instituțiilor publice, cu cei reprezentând angajatorii, sindicatele din domeniul sănătății sau organismele internaționale interesate pot fi clasificate în **cinci obiective strategice (OS)**:



**OS 1. Încurajarea autonomiei studenților la medicină și asistență medicală și creșterea gradului de motivare a acestora** printr-un program de consiliere pentru orientare profesională disponibil încă din primii ani de studiu. Dezvoltarea serviciilor de suport pentru orientare profesională prin introducerea unei evaluări periodice a intențiilor de carieră ale studenților, astfel încât aceștia să aibă posibilitatea de a-și configura și asuma un plan de studii și carieră.

**OS 2. Facilitarea procesului orientării studenților la medicină, asistență medicală sau moașe și a rezidenților în sistemul de sănătate din România** prin elaborarea și implementarea unui program de mentorat și practică bine definit, bazat pe proceduri clare. Acesta va fi sprijinit prin crearea și implementarea unui program de pregătire riguros pentru mentori sau îndrumătorii de practică, iar rolul lor esențial în educația studenților sau a rezidenților va fi încurajat și promovat pe baza unui sistem de premiere și recunoaștere care să-i motiveze să performeze. Procesul de mentorat (sau îndrumare) să fie unul interactiv, bazat pe regula implicării ambelor părți, de ghidare a dezvoltării învățării și de asumare a obligațiilor ce le revin conform statuturilor lor.

**OS 3. O cât mai bună corelare a pregătirii teoretice și practice a studenților la medicină, a rezidenților și a studenților la asistență medicală sau moașe cu cerințele pieței muncii** prin: **a.** revederea curriculelor programului de formare, atât pentru medici și rezidenți, cât și pentru asistenții medicali și armonizarea lor, inclusiv prin corelarea elementelor teorie-practică; **b.** utilizarea pe o scară tot mai mare a tehnologiilor informației și comunicațiilor și a celor digitale în sistemul de educație universitară și în rezidențiat, pentru a dezvolta practici bazate pe mijloace moderne de predare; **c.** definirea unui mecanism prin care să fie asigurată îmbunătățirea continuă a calității învățământului.

**OS 4. Utilizare mai eficientă a resursei umane disponibile prin task-shifting:** pregătirea și punerea în practică a unui model în care anumite sarcini sunt transferate de la lucrătorii din domeniul sănătății mai calificați către lucrătorii din domeniul sănătății care au mai puține calificări.

**OS 5. Creșterea calității sistemului de educație medicală continuă, printr-o mai bună structurare (centrată pe nevoi) și organizare a acestuia,** inclusiv prin inițierea de colaborări între universitățile de medicină și alte instituții profesionale specifice.

## **Sistemul de asistență medicală spitalicească și ambulatorie: provocări**

Lista de motive care argumentează plecarea profesioniștilor din sănătate din România cuprinde și aspecte ce țin de organizarea și funcționarea actualului sistem de asistență medicală spitalicească și ambulatorie.

Pe scurt, provocările actualului sistem de asistență medicală spitalicească și ambulatorie rezultate din cercetarea derulată în proiect și elementele care, dacă ar fi gestionate, ar putea aduce îmbunătățiri cuprind:

**1. Aspecte de natura investițiilor în infrastructura spitalicească în toate spitalele:** necesitatea de a investi în clădiri moderne și funcționale, în întreținerea și modernizarea celor existente, în aparatură medicală modernă, în materialele necesare unei practici moderne.

**2. Aspecte de natură socială:** a. necesitatea de a gestiona activ tensiunile, conflictele și competiția ineficientă de la nivel interdisciplinar sau din cadrul echipelor medicale formate din medici și asistenți medicali; b. necesitatea de a găsi mecanisme de formare și consolidare a echipei medicale într-un sistem pe care, pe de o parte, asistenții medicali îi consideră paternalist, bazat pe autoritatea incontestabilă a medicilor și, pe de altă parte, în care medicii consideră că asistenții medicali nu reușesc uneori să se adapteze la noutățile în materie de tratament și proceduri și nu le respectă autoritatea.

**3. Aspecte de natură psihologică generate de:** a. nevoia de a evalua și gestiona eficient volumul foarte mare de muncă, sub o presiune extremă, combinat cu deficitul de personal, care poate duce, în unele situații, la epuizare și burn-out la locul de muncă; b. nevoia de analiza și găsi soluții pentru dificultățile psihologice asociate cu dezorganizarea percepută la locul de muncă, cu lipsa unor responsabilități și îndatoriri clar atribuite sau cu lipsa unui sprijin explicit din partea superiorilor și a colegilor, precum și cu absența unor abilități și a unor mecanisme de management mai eficiente; c. nevoia de a găsi soluții pentru ca personalul să nu mai simtă că-și desfășoară activitatea sub teama permanentă de a răspunde penal și de a fi amendat.

**4. Aspecte de natură politică sau a politicilor din sistemul de sănătate generate de faptul că:** a. sistemul este perceput, în general, ca suferind de lipsă de transparență, fiind uneori guvernat de relații personale; b. există percepția că sistemul de promovare în spitale nu este legat de nivelul de competență și de merit al unei persoane, ci mai degrabă de afilierea politică a acesteia; c.

există percepția că sistemul de sănătate a fost supus la diverse reforme, nu toate fiind coerente între ele, este fragmentat, nu demonstrează că are o viziune națională și pe etape (centrate pe traseul pacientului în sistem, de la prevenirea îmbolnăvirii la servicii de recuperare sau paliative). d. există opinia că parte dintre aceste incoerențe se datorează lipsei unei constanțe manageriale la nivelul Ministerului Sănătății.

## **Sistemul de asistență medicală spitalicească și ambulatorie: soluții propuse**

Direcțiile majore de intervenție în zona asistenței medicale spitalicești și ambulatorii, identificate din cercetare și din rundele de consultări cu factorii cheie din cadrul mediului academic, al societăților profesionale, al instituțiilor publice, cu cei reprezentând angajatorii, sindicatele din domeniul sănătății sau organismele internaționale interesate pot fi clasificate în **patru obiective strategice (OS)**:

**OS 1. Promovarea investițiilor gândite pentru a asigura condiții mai bune de lucru și îmbunătățirea infrastructurii din spitale și din ambulatoriul de specialitate.**

**OS 2. Dezvoltarea și organizarea serviciilor de asistență medicală spitalicească centrate pe pacient** prin **a.** standardizarea calității serviciilor medicale prin actualizarea permanentă a standardelor naționale de tratament (protocoale și ghiduri) și definirea și operaționalizarea unor sisteme eficiente de instruire periodică și monitorizare a implementării lor; **b.** analize periodice pe niveluri și categorii de servicii cu obiectivul de a monitoriza și îmbunătăți experiența pacientului în sistem; **c.** parcurs mai facil al pacientului prin sistem prin digitalizare, interoperabilitatea aplicațiilor (exemplu - dosar medical al pacientului); **d.** dezvoltarea serviciilor de specialitate ambulatorii (în toate spitalele), cu sistem de lucru flexibil; **e.** cursuri de formare pentru personalul medical cu privire la tehnicile de consiliere centrate pe pacient (inclusiv despre cum să inițieze și să mențină conversații despre conduită terapeutică, metode de prevenție și stiluri de viață sănătoase).

**OS 3. Orientarea sistemului spre promovarea muncii în echipa medicală** (inclusiv limitarea concurenței nesănătoase) și **valorizarea echipei de lucru intra și inter-disciplinar, pentru creșterea coeziunii profesionale, a motivației și a satisfacției muncii** prin: **a.** cursuri de formare în domeniul comunicării și interacțiunii interpersonale în spitale și contexte de instruire în echipă care au ca scop consolidarea relației dintre medici și asistenți medicali sau între profesioniștii din diverse specialități și înțelegerea poziției și rolului fiecăruia, prin raportare la

activitatea derulată și în relație cu pacientul; **b.** dezvoltarea de proiecte pilot menite să ofere personalului medical sprijin pentru sănătatea lor fizică și mintală, precum și să faciliteze medii sigure pentru schimbul de experiențe și sfaturi. Extinderea programului, dacă se dovedește eficient.

**OS 4. Centrarea pe modele de management performant în spitale** prin: **a.** profesionalizarea managementului de spital; **b.** planificarea și o bună gestionare a resurselor pentru asigurarea specialităților deficitare și o bună distribuție teritorială (inclusiv prin măsuri de motivare gândite regional sau local); **c.** implementarea unui program național de premiere sau recunoaștere, care să diferențieze medicii sau asistenții medicali care oferă îngrijiri exemplare pacienților, pe baza unui sistem unitar și transparent de recunoaștere a meritelor; **d.** programe pilot de plată per performanță, ce pot fi apoi extinse.

### **Sistemul de asistență medicală primară și comunitară: provocări**

Evantaiul de motive care justifică plecarea profesioniștilor din sănătate din România cuprinde și aspecte ce țin de organizarea și funcționarea actualului sistem de asistență medicală primară, ca principal pilon al serviciilor de sănătate la nivelul comunităților.

Pe scurt, provocările actualului sistem de sănătate în comunitate rezultate din cercetarea derulată în proiect și elementele care, dacă ar fi gestionate, ar putea aduce îmbunătățiri cuprind:

1. Aspecte privind accesul la servicii de asistență medicală primară sau comunitară în zonele defavorizate sau izolate, inclusiv în anumite localități din mediul rural: a. necesitatea de a investi în încurajarea absolvenților universităților de medicină pentru a opta pentru specialitatea medicină de familie și, ulterior, de a o practica, mai ales în mediul rural; b. nevoia de regândi și reforma serviciile ce ar putea fi oferite în comunitate de către moașe; c. nevoia de a construi o relaționare și colaborare eficiente între membrii echipei de asistență medicală primară și cei din echipa de asistență medicală comunitară; d. nevoia de a oferi infrastructura și finanțarea necesare asistenței medicale primare și comunitare la nivelul unităților administrativ teritoriale.
2. Aspecte privind rolul medicului de familie și rolul său în societate și sistemul de sănătate: a. nevoia de a crește statusul și rolul social al medicului de familie în societate (*unul dintre aspectele intens discutate în studiu a fost faptul că deciziile luate la nivel central cu privire la*

*pandemia COVID-19 și imaginea prezentată de mass-media au afectat profund imaginea și credibilitatea medicilor de familie în fața societății și au provocat lipsă de încredere chiar și în rândul pacienților lor, situație care nu poate fi lăsată să se corecteze de la sine); b. nevoia de a crește rolul medicului de familie în structura sistemului de îngrijiri de sănătate din România (un alt aspect dezbătut în studiu a fost acela că medicul de familie este, de cele mai multe ori, forțat să îndrume pacienții către medici specialiști, chiar și pentru proceduri de bază; acțiuni de rutină, cum ar fi evaluarea pacientului și prescrierea unui tratament, au ieșit, în prezent, din responsabilitățile medicului de familie din România, situație care transferă spre medicina ambulatorie și spre spital cea mai mare parte a cazurilor).*

**3. Aspecte privind organizarea sistemului de asistență medicală primară și limitarea birocrăției:** nevoia de a avea un sistem informațional precis și eficient, gândit pornind de la studii de caz realizate pe teren, în cabinete ce servesc drept model, care ulterior sunt extinse prin reglementări clare. (*Organizațiile din domeniul sănătății generează de obicei date referitoare la pacienți în scopuri interne. Cu toate acestea, opiniile exprimate în cercetare au indicat că nu există formulare standardizate de colectare a datelor, instrumente de măsurare sau sisteme unice de raportare în asistența medicală primară. Sunt necesare intervenții care să pună capăt birocrăției excesive, generată de procesele greoaie, de solicitările redundante de informații, de structurile de responsabilitate neclare. Cel mai adesea, volumul mare de birocrăție care trebuie îndeplinită nu permite medicului să se concentreze asupra pacienților. În plus, inițiativele recente menite să reducă numărul de documente necesare nu au avut un impact pozitiv).*

**4. Aspecte privind promovarea prevenției:** necesitatea de a gândi sistemul de susținere și promovare a prevenției prin asistența medicală primară astfel încât aceasta să rămână o prioritate a medicului de familie, indiferent de numărul de pacienți din listă sau de alte considerente formale (*de exemplu, cercetarea a indicat o anumită reticență în prescrierea procedurilor de prevenție, din cauza sistemului existent la momentul studiului, care „pedepsea” medicul de familie pentru această activitate, în sensul că, dacă pacientul căruia medicul îi recomandă un set de analize medicale nu se întorcea la cabinetul medicului de familie cu rezultatele, acesta nu putea solicita rambursarea acestui serviciu).*

### **Sistemul de asistență medicală primară și comunitară: soluții propuse**

Directiile majore de intervenție în zona asistenței medicale primare și comunitare, identificate din cercetare și din rundele de consultări cu factorii cheie din cadrul mediului academic, al

societăților profesionale, al instituțiilor publice, cu cei reprezentând angajatorii, sindicatele din domeniul sănătății sau organisme internaționale interesate pot fi clasificate în **cinci obiective strategice (OS)**:

**OS 1. Creșterea atractivității specializării medicină de familie pentru practica în mediul rural** prin: **a.** elaborarea unei analize profunde de tip „business case” urban vs rural care să urmărească trei elemente: traseul de carieră predictibil, venitul predictibil și structurarea unui model de pregătire, folosind exemple internaționale și europene, dar adaptate la contextul românesc, care să ajute la regândirea planului de carieră al medicului de familie; **b.** pregătirea, organizarea și stimularea unor cabinete de practică acreditate să atragă studenți și rezidenți, cu obiectivul de a-i motiva pe aceștia să aleagă și să prefere specialitatea medicina de familie, listarea și promovarea lor; **c.** necesitatea unor modificări curriculare adaptate practicii din mediul rural pentru rezidenții la medicină de familie (cursuri, seminare, expunere timpurie la practica din mediul rural); **d.** organizarea de stagii de practică pentru studenții la medicină în cabinete din mediu rural acreditate în acest sens pentru înțelegerea particularităților practicii medicale în comunități rurale, creșterea atractivității acestora, inclusiv prin expunerea la relația cu pacienții acestor practici și dezvoltarea legăturilor cu pacienții lor; **e.** promovarea studiilor în medicină de familie pentru studenții din mediul rural, prin acordarea de burse; **f.** reglementări pentru stimularea asocierii medicilor de familie în general, dar și gândirea unor măsuri care să încurajeze practica multi-generațională prin asocierea medicilor de familie și practica de grup ce va sprijini integrarea tinerilor specialiști.

**OS 2. Creșterea atractivității rolurilor de asistent medical care lucrează în cabinetele de medicină de familie, de asistenți medicali comunitari și de moașe** prin: **a.** specializarea unor asistenți medicali, cu obiectivul de a-i încuraja să profeseze în asistența medicală primară. Ca parte a modelului, regândirea planului de carieră al asistentului medical angajat în cabinetul medicului de familie; **b.** organizarea de stagii de practică pentru asistenții medicali în cabinetele de medicină primară acreditate în acest sens (și stimulate corespunzător) pentru a crește atractivitatea acestor joburi; **c.** modelul de stimulare a practicii comunitare poate fi gândit și pentru moașe, putând fi recuperată această profesie pentru medicina din comunitate. **d.** recunoașterea importanței asistenților medicali din cabinetele medicilor de familie care oferă îngrijiri exemplare pacienților, pe baza unui sistem unitar și transparent; **e.** definirea unui model viabil, stimularea și valorizarea practicii independente a asistentului medical și a moașei.

**OS 3. Îmbunătățirea accesibilității medicinei de familie în zonele rurale, defavorizate sau greu accesibile**, prin **a.** conștientizarea reprezentanților UAT asupra importanței sănătății, prevenției, educației pentru sănătate, și a rolului lor în asigurarea sănătății comunității în societatea modernă și cum pot contribui la aceasta prin cultivarea relației dintre reprezentanții Ministerului Sănătății din județe de la Direcțiile de Sănătate Publică, medicii de familie (prin organizațiile acestora) și asociațiilor UAT-urilor, pentru a promova modelele de succes și a învăța din exemplele pozitive; **b.** stimularea implicării autorităților locale pentru dezvoltarea infrastructurii necesare (dotarea cabinetelor cu aparatura necesară desfășurării în condiții optime a activității de cabinet; oferirea de cazare și echipamente medicale) și acordarea de stimulente medicilor de familie pentru a-i atrage să practice în aceste zone, folosind oportunitățile de finanțare existente (inclusiv fonduri europene) și având în vedere durabilitatea intervențiilor; **c.** fiecare UAT să-și promoveze eficient punctele forte ale comunității sale și să acționeze sistematic pentru atragerea personalului medical (promovarea avantajelor: de ce să vină să lucreze în acea comunitate și nu în spital?, care sunt perspectivele de dezvoltare ale comunității, cum sprijină comunitatea furnizorii de servicii de sănătate etc.); **d.** utilizarea pe o scală mai largă a medicinei mobile, pentru oferirea de servicii medicale în mediul rural, cu implicarea UAT pentru analiza nevoilor și planificarea intervențiilor; **e.** analiza posibilității angajării absolvenților facultăților de medicină care nu intră în rezidențiat în centrele comunitare integrate din mediul rural, pe baza unor competențe clar definite, cu finanțare de la bugetul de stat (testare prin proiecte cu finanțare europeană); **f.** promovarea utilizării telemedicinei de către medicii de familie în toate cazurile în care este posibil și oportun, inclusiv în ceea ce privește educația pentru sănătate.

**OS 4. Creșterea rolului medicului de familie în societate și în sistemul de sănătate** prin: **a.** regândirea atribuțiilor medicului de familie (nevoia de a-i crește rolul) prin cooperarea dintre forurile competente; **b.** sprijinirea standardizării practicii din asistența medicală primară prin continuarea elaborării și actualizării standardelor naționale (protocoalelor și ghidurilor de practică, procedurilor de lucru), urmând standardele internaționale și europene, adaptate la contextul românesc; **c.** dezvoltarea cercetării în asistența medicală primară prin susținerea colaborării cu European General Practice Research Network (rețeaua medicală europeană de cercetare din cadrul WONCA); **d.** recunoașterea importanței medicului de familie în comunitate prin stabilirea unui program național de premiere, care să diferențieze medicii de familie care oferă îngrijiri exemplare pacienților, pe baza unui sistem unitar și transparent; **e.** revizuirea reglementărilor privind practica medicului de familie (studii practice de caz), pentru simplificarea măsurilor percepute ca restrictive și birocratice.



**OS 5. Definirea și operaționalizarea colaborării dintre asistența medicală primară și cea comunitară** prin: **a.** stabilirea unui cadru legal adecvat colaborării multidisciplinare strânse în prima linie a asistenței medicale primare și comunitare, prin definirea unor mecanisme clar definite care facilitează crearea unui scop comun în cadrul echipei, existența unor modele de organizare care reflectă obiectivele și activitățile echipei și mecanisme de instruire, monitorizate și raportare / interacțiuni eficiente; **b.** desemnarea de atribuții clare din zona asistenței medicale primare altor membri ai echipei, inclusiv către asistentul medical comunitar angajat de primărie; **c.** realizarea de contracte separate pentru asistenții medicali din cabinetele de medicină de familie cu Casa de Asigurări de Sănătate, de exemplu pentru activități de sănătate publică în domeniile prioritare.

## Concluzii

Deși analiza reconfirmă un adevăr cu care suntem cu toții de acord, și anume acela că libertatea de mobilitate este o valoare europeană prețioasă în sine, care permite persoanelor să profite de oportunități de angajare mai atractive în alte state membre, trebuie conștientizat și faptul că, în timp, exodul creierelor exacerbează inegalitățile în materie de sănătate.

În plus, așa cum arată analiza din alte „țări destinație” incluse în proiectul *Pillars of Health*, dar și cercetarea privind migrația personalului din sănătate din Rep. Moldova spre România, în ciuda mobilității semnificative din cadrul Uniunii Europene și dinspre țările vecine înspre țările membre, aceasta nu a rezolvat sistemic problema deficitului de lucrători din domeniul sănătății din aceste țări care au preluat personal medical pregătit de alte state.

În Europa post-pandemică, caracterizată de un număr mare de nevoi de sănătate (fizică și mentală) nesatisfăcute, pledăm pentru o mai bună monitorizare a acestor tendințe și pentru o mai mare responsabilitate în ceea ce privește factorii sistemici care determină mobilitatea forței de muncă din domeniul sănătății și accesul inegal la servicii de sănătate.

În mod ideal, lucrătorii din domeniul sănătății ar trebui să se poată aștepta la perspective de carieră și condiții de muncă similare în întreaga Uniune Europeană, ceea ce le-ar permite să contribuie cu competențele lor acolo unde este cea mai mare nevoie de ele.

În plus, migrația dinspre țările vecine Uniunii Europene ar trebui să fie abordată responsabil de „țările destinație”, pentru a nu transfera inechitatea de acces în zonă.

În cele din urmă, mobilitatea lucrătorilor din domeniul sănătății în cadrul Uniunii Europene nu reprezintă o problemă în sine, ci trebuie privită ca un simptom al unor probleme mai ample care trebuie abordate în cadrul sistemelor de sănătate europene.

Noile amenințări la adresa sănătății, inclusiv cele geopolitice, trag un semnal de alarmă și semnaleză urgența unor măsuri comune: fără stocuri adecvate de lucrători calificați în domeniul sănătății, rezistența sistemelor de sănătate nu poate fi realizată, solidaritatea rămâne un vis fără speranță, iar costul inacțiunii este pur și simplu prea mare pentru a fi ignorat.

#### **Resurse utile**

Detalii despre această inițiativă și rezultatele cercetării se regăsesc pe site-ul proiectului <https://pillars-of-health.eu/>