



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

COMUNICAT DE PRESĂ

Societatea Națională de Medicina Familiei prin departamentul de rural și Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie au luat act de intenția Ministerului Sănătății și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate de a modifica radical criteriile de încadrare a cabinetelor medicale (de orice specialitate) aflate în mediul rural. Această modificare este făcută cu intenția clară de a reduce accesul pacienților la servicii medicale de calitate și de a renunța la sprijinirea cabinetelor din mediul rural prin reducerea abruptă a finanțării.

Nu este o noutate pentru nimeni că în România rurală se trăiește în alt secol – secolul XIX. Nu există drumuri, nu există apă curentă, nu există canalizare. În aceste condiții aportul personal al medicului este de neprețuit, el fiind cel care trebuie să găsească permanent soluția prin care să împace gradul scăzut de educație medicală din rural cu legislația strictă și uneori absurdă, să impună primăriilor să facă analizele de depistare a nitriților în apa din fântâni, să fie psiholog pentru minorele de 16 ani ce nasc prin șanțuri, să ajusteze tratamentele după periodicitatea muncilor agricole și multe altele. Pentru asemenea tip de medicină îți trebuie chemare, dăruire și timp să înveți ceea ce de la asfaltul orașului nu e deloc vizibil.

În viziunea Ministerului Sănătății și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate însă, toate problemele pacienților de la sate au fost rezolvate. Pentru că altfel nu ne explicăm de ce proiectul Ministerului Sănătății a ales criterii absolut abracadabrante. Localități mai lungi de 20 de km? Nici orașele mari nu au asemenea lungimi! Distanța pînă la o structură de urgență mai mare de 60 de kilometri? Majoritatea județelor au lungimi mai mici de 60 de kilometri!

În condițiile acestui proiect, majoritatea medicilor din zonele defavorizate nu vor mai avea practic nici un fel de sporuri. Este o modalitate foarte facilă pentru cele două instituții să facă o economie pe termen scurt. Din păcate efectele pe termen mediu înseamnă plecarea acestor medici din rural în urban și din România în acele țări în care comunitatea locală înțelege mult mai bine ce înseamnă să ai un medic.

SNMF și FNPMF își exprimă dorința revizuirii reale a criteriilor de încadrare, motivate prin studii care există inclusiv în România și analizarea lor cu seriozitate, fără a mai sacrifica din nou populația și medicii. Dacă dorința noastră de dialog și de respectare a politicilor ministerului pe termen mediu și lung nu este agreată, repercusiunile asupra sistemului vor fi tragice și costurile vor fi suportate tot de pacienți.

În aceste condiții solicităm MS și CNAS să retragă acest proiect și să mențină grila actuală de criterii pentru anul 2011 iar pentru anul 2012 propunem o grilă de criterii realiste, realizată de medici practicieni, adaptate la realitățile din România și pe care să le discutăm serios astfel încât sprijinul pentru medici și pacienți să fie real și consistent.

Cu stimă,

Președinte FMPMF
Dr. Doina Mihăilă



Președinte SNMF
Dr. Rodica Tănăsescu





SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI / MEDICINĂ GENERALĂ

Str. Grigore Cobălcescu nr. 2 Sector 1, București Cod poștal 010194

Tel. 021/3154656, 0374/010843, Fax. 021/3154656

IBAN: RO42 RNCB 0082 0441 8731 0001 BCR Sucursala Unirea

CUI: 7165839

Web: www.snmf.ro , www.snmf.eu Email: office@snmf.ro

ANEXE





SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI / MEDICINĂ GENERALĂ

Str. Grigore Cobălcescu nr. 2 Sector 1, București Cod poștal 010194

Tel. 021/3154656, 0374/010843, Fax. 021/3154656

IBAN: RO42 RNCB 0082 0441 8731 0001 BCR Sucursala Unirea

CUI: 7165839

Web: www.snmf.ro , www.snmf.eu Email: office@snmf.ro

PRACTICA MEDICINEI DE FAMILIE IN RURAL

Dr. Paul Șerban

Practicarea medicinei de familie in mediul rural sau in zone izolate, necesita din partea medicilor o anumita vocatie. Nu oricine poate face fata situatiilor ivite si atunci este normal sa te gindesti bine inainte de a alege sa practici in rural.

Este adevarat ca pe parcursul anilor sistemul impunea medicilor, dupa terminarea facultatii, sa lucreze in mediul rural, fara nicio pregatire prealabila, pina li se permitea sa participe la un concurs de specialitate organizat sub forma de rezidentiat, cum i se spune acum.

Practica in mediul rural necesita o serie de abilitati pe care medicul trebuie sa le stapineasca bine, iar acestea nu se deprind pe perioada studentiei, din varii motive. Pentru a deprinde aceste abilitati trebuie desfasurata o practica specifica, sub indrumarea unor medici cu experienta. Nu se pot face experimente pe sanatatea pacientilor din mediul rural, trimitand *la tara* absolventi fara experienta practica.

Practicarea unei profesii, indiferent care, in conditii deosebite presupune anumite sacrificii, personale si familiale. Acest lucru este valabil si pentru practicarea medicinei. Numai ca, decidentii refuza sa stie aceste lucruri, considerind ca este normal sa lucrezi la tara si ca nu este nicio diferenta intre rural si urban, pentru ca lucram cu oameni.

Totusi, asa cum ne-au invatat profesorii nostri, nu avem de a face cu "boli", ci cu "bolnavi". Si la tara si la oras exista si hipertensiune, si ulcer, si cancer si hepatita dar accesul la servicii medicale, diferite, nu este acelasi. Cei din urban au acces direct si fara sa treaca pe la medicul de familie, chiar si la roboti chirurgicali. Ambulanta ajunge adesea foarte repede in urban, pentru orice problema minora, dar in rural se intampla frecvent sa nu ajunga nici dupa o ora pentru un infarct miocardic acut sau o nastere. In rural, pacientii se decid destul de greu si de cele mai multe ori nu au posibilitatea sa se deplaseze la un serviciu de specialitate, ei dorind sa-si rezolve cit mai multe probleme pe plan local, la cabinetul din sat.

Din pacate acest lucru nu este posibil din mai multe motive. Unul dintre ele este lipsa aparaturii de specialitate. Medicii de familie ar putea sa cumpere aparatura, daca ar avea finantare. Dar serviciile furnizate cu ajutorul aparaturii nu sunt decontate medicilor de familie de catre CNAS, asa cum sunt platite medicilor din ambulatoriul de specialitate. Nedecontarea acestor servicii insemna neamortizarea costurilor cu achizitia aparaturii. Daca medicii de familie solicita pacientilor plata directa a acestor servicii, atita timp cit sunt decontate prin sistemul de asigurari pentru alti medici specialisti, populatia va refuza plata directa a serviciilor iar medicii de familie nu pot sa faca investitii care nu pot fi amortizate. Un cerc vicios pentru care solutia este in mainile autoritatilor, care de 11 ani nu au hotarat care este pachetul de servicii medicale de baza care pot fi oferite celor 18 milioane de asigurati.



SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI / MEDICINĂ GENERALĂ

Str. Grigore Cobălcescu nr. 2 Sector 1, București Cod poștal 010194

Tel. 021/3154656, 0374/010843, Fax. 021/3154656

IBAN: RO42 RNCB 0082 0441 8731 0001 BCR Sucursala Unirea

CUI: 7165839

Web: www.snmf.ro , www.snmf.eu Email: office@snmf.ro

Un alt motiv este reprezentat chiar de deficitul de medici care lucreaza in rural. Acest lucru duce adesea la existenta unui singur medic care se ingrijeste de sanatatea locuitorilor din 2-3 sate, uneori si mai multe. Este evident ca un singur om nu poate fi in mai multe locuri in acelasi timp, astfel incat adesea medicul nu poate sa ingrijeasca pacientii dintr-un sat decat cateva ore pe zi, una-doua zile pe saptamana.

Mai exista o problema: atragerea personalului medical în mediul rural. Aceasta motivare trebuie sa tina cont de citeva considerente: sacrificarea familiei, conditiile in care isi desfasoara activitatea medicul etc., trebuie compensate material. Prin venituri mai mari acordate, bonusuri sau sporuri, scutirea de impozit, beneficii oferite de primarie.

Pentru faptul ca multi medici refuza sa lucreze in mediul rural, exista un numar mai mic de medici care activeaza, raportati la o populatie mai mare per medic. Asta inseamna un volum de munca mai mare, responsabilitate mai mare.

Decidentii acopera aceste lucruri prin depunere la capitate si reducerea pina la neacordarea sporurilor pentru conditiile in care isi desfasoara activitatea medicii din rural, omitind faptul ca, locuind acolo, sunt la dispozitia pacientilor 24/24 si nu doar 7 ore/zi. Tot ce se desfasoara in afara programului de lucru, este munca voluntara in folosul comunitatii pentru medici, neavind, totusi, nicio „condamnare” pentru care ar trebui sa desfasoare aceste activitati in folosul comunitatii.

Prin aceste activitati neplatite, medicii subventioneaza sistemul.

Incepind cu 2007, au fost scoase platile pentru solicitarile in afara programului de activitate, pe motiv ca s-au cumparat ambulante care sa fie deservite de medicii de familie, iar pacientii sa apeleze acest tip de serviciu la domiciliu, ambulanta deplasindu-se la astfel de solicitari. A facut cineva un studiu comparativ intre costul deplasarii unei ambulante si costul platii medicului de familie pentru serviciul solicitat? Probabil ca nu, atita timp cit au facut acest schimb pagubos. Precizam ca ambulantele se afla la sediile serviciilor de ambulanță si nu la domiciliul sau cabinetul medicului.

Din 2008 s-a schimbat ordinul prin care se acordau sporuri pentru conditiile in care isi desfasurau activitatea medicii din rural. Au fost modificate, anulate sau schimbate criteriile pe baza carora se calculeaza punctajele, ducind, la foarte multi colegi diminuarea sporurilor anterioare cu pina la 50%.

Acum este un proiect de modificare al ordinului 163/2008, postat pe site-ul CNAS, care duce la anularea completa a acestui spor pentru peste 90% dintre medicii care activeaza in mediul rural. Acest lucru se datoreaza “inventarii” unor criterii care pot fi indeplinite de foarte putine localitati din mediul rural.

Localitatile rurale sunt dispuse de-a lungul unor drumuri/sosele dar casele nu sunt numai pe marginea soselei, existind si o profunzime a localitatii, ceea ce inseamna multe drumuri laterale, ulite, mai mult sau mai putin amenajate. Distanțele pe care trebuie sa le parcurga medicii si asistentele sunt la fel de mari, indiferent daca sunt parcurse pe piatra sau asfalt, iar drumurile se infunda sau inunda, in functie



SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI / MEDICINĂ GENERALĂ

Str. Grigore Cobălcescu nr. 2 Sector 1, București Cod poștal 010194

Tel. 021/3154656, 0374/010843, Fax. 021/3154656

IBAN: RO42 RNCB 0082 0441 8731 0001 BCR Sucursala Unirea

CUI: 7165839

Web: www.snmf.ro , www.snmf.eu Email: office@snmf.ro

de condițiile atmosferice, indiferent dacă sunt din piatra sau asfalt și dacă sunt în rural sau urban. Diferența constă în timpul de intervenție până la deblocare, timpul de răspuns al serviciilor de ambulanță pentru situațiile de urgență și mijloacele materiale aflate la dispoziție pentru rezolvarea cazurilor.

Într-un spital există posibilitatea consultului interclinic și a aparaturii de specialitate aflată la dispoziția medicilor, precum și personalul corespunzător. În rural, medicul este singur cu pacientul, fără prea multe dotări la dispoziție și fără ajutor calificat. În aceste condiții, medicul este cel care trebuie să rezolve sau să mențină funcțiile vitale ale pacientului până sosește un serviciu de ambulanță pentru a prelua pacientul către un serviciu de specialitate.

Și cu toate acestea, cazurile de malpraxis sunt mai frecvente în spitale și mai puțin în cabinetele medicilor de familie. Se poate spune că la cabinet nu se realizează intervenții mari sau complicate, este adevărat. Noi facem lucruri banale, care nu ies în evidență, dar care s-ar evidenția, dacă nu am fi acolo!

Autoritățile locale își fac campanie electorală pe seama noastră dar nu se îngheșuie să ne ofere nici cel mai mic ajutor când au fost aleși. Motivează că nu au bani, nu prezentăm niciun interes și oricum noi trebuie să ne facem datoria pentru că am depus un jurământ, avem un contract și cistigăm destui bani ca să renovăm cabinete care nu ne aparțin, deși legile în vigoare spun altceva.

Având în vedere toate aceste lucruri, ne întrebam care ar fi motivațiile pentru care un medic, nu numai unul cu experiență dar mai ales un tinar absolvent de rezidentiat în medicina de familie, să aleagă mediul rural ca să profeseze? Autoritățile se gîndesc, probabil, că dacă tot a făcut o facultate, decît să moară de foame, mai bine se duce și lucrează pe mai nimic la țară. Părinții tot l-au susținut, pînă acum, la facultate, l-au ținut și la rezidentiat, pentru că statul nu-l poate plăti atît cît să se întrețină singur, iar dacă, tot acești părinți, o să-i dea bani ca să plătească utilitățile cabinetului și salariul asistentei, precum și impozitele și taxele aferente, cu atît mai bine, că a scăpat statul de o grijă în plus.

În toate statele există o preocupare pentru atragerea și menținerea medicilor în mediul rural, iar pentru asta, atît guvernele respective, cît și comunitățile locale, fac eforturi pentru a-i motiva pe medici, existînd chiar strategii naționale care reprezintă priorități absolute. România nu are nici un document oficial referitor la susținerea medicinei rurale ! Iar ordinul acesta referitor la acordarea sporurilor este pe cale de a fi schimbat, astfel încît mai puțin de 10% dintre cei și așa puțini medici din mediul rural să mai beneficieze de ele !

În alte state, majoritatea medicilor primesc sporuri salariale, în diferite procente, facilități fiscale, asigurarea cazării și serviciului pentru sot/sotie, împrumuturi pentru a se susține pe perioada școlarizării și rambursarea după ce devine medic și profesează, plata obligatiilor ce îi revin: asigurarea de sănătate și de malpraxis, etc.



SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI / MEDICINĂ GENERALĂ

Str. Grigore Cobălcescu nr. 2 Sector 1, București Cod poștal 010194

Tel. 021/3154656, 0374/010843, Fax. 021/3154656

IBAN: RO42 RNCB 0082 0441 8731 0001 BCR Sucursala Unirea

CUI: 7165839

Web: www.snmf.ro , www.snmf.eu Email: office@snmf.ro

Cu toate acestea, fiecare stat are probleme cu mentinerea medicilor in rural, pentru ca fiecare doreste conditii de munca mai bune, venituri mai mari si un risc asumat cit mai mic. Pentru aceste considerente exista deficit de acoperire in rural, in toate statele lumii, dar incearca tot felul de metode pentru retinerea si atragerea medicilor in aceste zone.

La noi, totul pare normal ca la tara sa fie medici care sa lucreze fara sporuri ca doar s-au imbunatatit conditiile: drumurile s-au asfaltat dar canalizare si apa curenta nu exista inca, medicul fiind obligat sa asigure aceste conditii; cladirile sa fie renovate ca sa nu se darime peste ei tot cu fonduri proprii, desi nu sunt proprietari ai acestor locatii. Consiliile locale s-au trezit proprietari pe aceste cladiri dar nu investesc nimic pentru renovare, nici nu vor sa le vinda ca sa nu se imbogateasca medicii peste noapte, transformindu-le in circiumi, magazine sau bordeluri, asa cum cred consilierii locali, desi legislatia prevede foarte clar ca nu se poate schimba destinatia acestor spatii, nici daca sunt vindute, ele fiind destinate, pe vecie, pina se darima, ca spatii medicale. Probabil, la fel se va intimpla si cu spitalele care au fost trecute in proprietatea consiliilor locale.

Descentralizarea, fara supravegherea aplicarii legislatiei nu va duce decit la ruina sistemului medical, nicidecum la imbunatatirea acestuia.

Poate vreti sa stiti in ce consta o zi din activitatea medicului de familie din rural. Pe linga consultatiile obisnuite si vizitele la domiciliu, medicul trebuie sa raspunda si la solicitarile de urgenta, din afara programului de lucru, solicitari care pot insemna rezolvarea unei plagi, asistarea unei nasteri, ingrijirea unui copil/sugar cu arsuri de diferite cauze sau pusee febrile sau crize astmatice, chiar si in miezul noptii pentru medicii care locuiesc in localitate; ingrijirea copiilor din scoli, cu triaje periodice pentru verificarea incidentei scabiei, a paduchilor etc., in mod voluntar, pentru ca primariile nu vor sa plateasca aceste servicii neacoperite de asigurari, imunizari, masuri de preventie in caz de epidemii in colectivitati, in caz de gripa, hepatita sau alte boli contagioase; probleme administrative de aprovizionare cu combustibil pentru iarna, materiale consumabile, aducerea vaccinului din resedinta de judet, plata utilitatilor si drumurile la banci pentru achitarea ratelor facute in scopul dotarii sau renovarii cabinetelor; drumurile la fisc, casa pensiilor, casa de asigurari etc.

Toate aceste deplasari pentru consultatii sau pentru problemele administrative ale cabinetului sunt realizate de medicul de familie in timpul sau liber, de odihna, recreere sau studiu si pe banii proprii. Timpul consumat de medicul din rural pentru aceste activitati este mai mare decat pentru alti medici, deoarece distanta dintre cabinet si pacienti este adesea mai mare si toate institutiile pentru problemele administrative se afla in resedinta de judet, situata uneori si la 1-200 km distanta de cabinet sau de domiciliul medicului.

Pentru mai multe detalii, colegii pot prezenta situatii concrete din activitatea zilnica, din diferite zone de rural.



THE NATIONAL ROMANIAN SOCIETY OF FAMILY MEDICINE/GENERAL PRACTICE

Grigore Cobălcescu 2, Sector 1, Bucharest, Romania, Zip Code 010194

Tel. +4021 315 4656, +4037 401 0843, Fax. +4021 315 4656

Web: www.snmf.ro , www.snmf.eu Email: office@snmf.ro

DATE STATISTIC

Populatia Romaniei, in conformitate cu ultimele date statistice disponibile (1 ianuarie 2010) este de **21.462.186** de locuitori din care 55,17% in mediul urban – 320 municipii si orase - si 44,93% este populatie rurală – 2.860 comune.

În 2008 statul român a cheltuit, în medie, aproape 280 de euro pentru sănătatea fiecărui român.

Marcat de o subfinantare cronică, de o centrare a asistentei medicale pe spital și nu pe asistenta medicală primară, astăzi sistemul sanitar este considerat aproape în colaps și nici perspectivele apropiate nu par a fi foarte optimiste, deoarece niciodată sănătatea nu a fost o prioritate reală a unui guvern după 1989. Problemele din sistemul sanitar românesc sunt accentuate de deficitul pronunțat de cadre medicale, un deficit prezent chiar și în statisticile oficiale, accentuat în ultimii doi ani atât de lipsa de implicare a tinerilor în aceste profesii dar și de emigratia îngrijitoare din ultimii doi ani în țările uniunii europene unde deficitul de medici există și diplomele eliberate de universitățile românești sunt recunoscute

Până la jumătatea acestui an (datele oficiale ale colegiului național al medicilor) au cerut certificate de conformitate pentru a putea să lucreze în străinătate un număr de aproximativ 1000 medici (din care 500 în București). Anul trecut au plecat 1400, în 2008, 1200. Dintre cei 1000 , 500 sunt din București.

Franta are un total de 261.000 de medici din care 64.683 sunt medici de familie. Din totalul de medici de familie de pe întreg teritoriul Franței, 1353 sunt veniți din România. Din totalul de medici de familie din întreaga Franța, emigranți, sunt ca și pondere, pe primul loc medicii belgieni 16,4% și apoi medicii români 13,6%.

În acest context extrem de nefavorabil, medicina de familie în România traversează o perioadă extrem de dificilă. Finantarea asistentei medicale primare este extrem de scăzută și privind la bugetul pentru anul viitor constatăm că este în scădere. Medicina românească este centrată pe spital, majoritatea cheltuielilor în sistemul de sănătate fiind în mediu spitalicesc.

În România sunt înregistrate la sfârșitul anului 2009, 11 390 de cabinete de medicina familiei, dar acest număr reflectă doar numărul cabinetelor care funcționează individual, în mediu public și privat. În afara de acestea există și cabinete grupate, asociate, societăți civile medicale sau medici de familie angajați în SRL-uri sau la cabinetele altor medici de familie.

Cabinetele de medicina familiei sunt localizate în procent de 59% în mediul urban și 41% în mediul rural. În 2009 au fost înregistrați în România 12 009 medici de familie, din care 7563 își desfășoară activitatea în mediul urban și 4446 în mediul rural.

Din totalul medicilor români la sfârșitul anului 2009, 23,8% sunt medici de familie, dintre aceștia 63,0% își desfășoară activitatea în mediul urban și 37,0% în mediul rural. Pe grupe de vârstă, medicii de familie din România sunt **1656** între 25 și 34 de ani, **2934** între 35 și 44 de ani, **4878** între 45 și 54 de ani, **2350** între 55 și 64 de ani și **211** medici de familie peste 65 de ani. În total, în România, în 2009 sunt înregistrați 12 735 de medici de familie cu



THE NATIONAL ROMANIAN SOCIETY OF FAMILY MEDICINE/GENERAL PRACTICE

Grigore Cobălcescu 2, Sector 1, Bucharest, Romania, Zip Code 010194

Tel. +4021 315 4656, +4037 401 0843, Fax. +4021 315 4656

Web: www.snmf.ro , www.snmf.eu Email: office@snmf.ro

aceasta specialitate, din care 1680 sunt medici rezidenti (NB, o parte din medicii de familie din Romania isi efectueaza in prezent rezidentiatul in timp partial). Marea majoritate a medicilor de familie sunt de sex feminin (77,38%).

În anul 2009, numărul populației ce revine la un cadru medico-sanitar (sector public și privat) se prezintă astfel:

- 426 locuitori la un medic
- 1788 locuitori la un medic de familie
- 1718 locuitori la un medic dentist
- 1790 locuitori la un farmacist
- 166 locuitori la un cadru sanitar mediu.

În medie la 10000 locuitori revin: 5 farmaciști, 5 medici dentiști, 22 medici și 63 persoane cu pregătire sanitară medie.

În rezoluția celei de-a 57-a reuniuni OMS au fost făcute următoarele recomandări:

- dezvoltarea strategiilor care să atenueze efectele adverse ale migrării personalului medical și să minimizeze impactul negativ asupra sistemului de sănătate;
- structurarea și implementarea politicilor și strategiilor care să conducă la menținerea reală a personalului medical, incluzând fără a fi limitat la dezvoltarea planificatorilor și a managerilor în domeniul sanitar și revizuirea salariilor din sănătate cu implementarea unor scheme de stimulente materiale
- Formarea doctorilor este costisitoare si această investiție trebuie protejată și utilizată
- De calitatea doctorilor și densitatea distribuției lor, depind rezultatele unui sistem de sănătate.
- Doctorii identifică oportunități pentru utilizarea eficientă a resurselor costisitoare: medicamente, vaccinuri, materiale sanitare sau investigații medicale.
- Nu există sisteme de sănătate performante fără medici motivați.

Nevoile populației din zone rurale sunt mult mai grave si mai mari comparativ cu zona urbana unde se concentrează in prezent serviciile specializate.

Exista o migrație interna a medicilor. Cauze:



THE NATIONAL ROMANIAN SOCIETY OF FAMILY MEDICINE/GENERAL PRACTICE

Grigore Cobălcescu 2, Sector 1, Bucharest, Romania, Zip Code 010194

Tel. +4021 315 4656, +4037 401 0843, Fax. +4021 315 4656

Web: www.snmf.ro , www.snmf.eu Email: office@snmf.ro

De unde pleacă	Unde se duc
Venituri mici (absolute și/sau relative)	Venituri mari
Condiții de muncă precare	Condiții de muncă mai bune
Lipsa dotărilor adecvate pregătirii profesionale	Dotări mai bune ale sistemului de sănătate
Oportunități limitate de dezvoltare a carierei	Oportunități pentru dezvoltarea carierei
Oportunități educaționale limitate	Oportunități educaționale
Impactul HIV/SIDA, TB și hepatită	Sprijin la locul de muncă

Fenomenul migrației interne are loc către:

- marile centre universitare (București, Cluj-Napoca, Iași, Timișoara, etc.)
- zonele mai dezvoltate economic (vestul României și București)
- zonele urbane (98 de localități din mediul rural care nu au medic de familie)

Strategii care să conducă la diminuarea factorilor determinanți ai migrației:

- Întărirea capacității Ministerului Sănătății pentru managementul crizei de personal sanitar, cu accent pe implementarea (IHR) Regulamentului Internațional din Domeniul Sanitar.
- Întărirea performanței financiare a sistemului de sănătate,
- Asigurarea veniturilor cu recunoașterea valorii sociale a muncii medicilor
- Implicarea comunității locale, mai ales pentru asigurarea cu medici de familie în rural (prin susținerea costurilor de transport, amenajarea și dotarea spațiului, etc).

SURSE:

- <http://www.insse.ro/cms/files/pdf/ro/cap1.pdf>
- <http://www.insse.ro/cms/rw/pages/index.ro.do>
- Raport la sfârșitul **Conferinței internaționale** cu tema “**Servicii medicale și sociale în România Rurală: nevoi și soluții**” organizată de Fundația de Sprijin Comunitar, 7-8 Octombrie 2010
- Raportul comisiei prezidențiale
- <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/index.html> Ghidul OMS pentru retenție



SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI / MEDICINĂ GENERALĂ

Str. Grigore Cobălcescu nr. 2 Sector 1, București Cod poștal 010194

Tel. 021/3154656, 0374/010843, Fax. 021/3154656

IBAN: RO42 RNCB 0082 0441 8731 0001 BCR Sucursala Unirea

CUI: 7165839

Web: www.snmf.ro , www.snmf.eu Email: office@snmf.ro

Asigurarea serviciilor medicale în rural prin Centre de Permanență

Dr Gindrovel Dumitra

Sadova - Dolj

Tel 0722524044

Fax 0351815241

Centrele de permanență sunt organizate conform Legii nr. 263 din 2004 cu modificările ulterioare și Ordinul MSP nr. 1024 din 2008. Acest sistem de asigurare a continuității serviciilor medicale în medicina primară reprezintă singura opțiune legală, contractuală, de acordare a serviciilor medicale de urgență în afara programului de lucru al cabinetelor medicilor de familie.

În acest moment, în România funcționează un număr de 88 centre de permanență, din care 24 sunt organizate în mediul urban și 64 în mediul rural, în marea lor majoritate fiind centre de permanență fixe, unul singur fiind organizat ca mobil. Cele din mediul urban se regăsesc în orașe mici de circa 5000 – 10000 locuitori care prin specificul activităților și caracteristicilor demografice se apropie mai mult de zona rurală. Interesantă este evoluția acestor centre care de la înființarea acestora în anul 2002, au cunoscut perioade de apreciere a necesității funcționării acestora în spațiul rural cât și perioade de evidențiere a inutilității lor.

Un moment important în evoluția centrelor îl reprezintă data de 01 aprilie 2008, când s-a orientat activitatea de la asigurarea continuității serviciilor medicale către asistarea urgențelor în teritoriile dificil acoperite de către serviciile specializate (UPU, SMURD, Ambulanță) cât și plata serviciilor de la Ministerul Sănătății înlocuind fondurile provenite din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS). Hiatusul legislativ din perioada 01.04.2010 – 01.07.2010 a determinat pe lângă neremunerarea serviciilor acordate și desființarea unui număr de circa 39 centre. Trebuie spus că înainte de 2008 au fost desființate circa 160 centre, în special la inițiativa autorităților.

Reorganizarea impusă de către Ordinul MSP nr. 1024 din 2008 a regăsit doar un număr de 100 centre dispuse să își desfășoare activitatea în noile condiții de finanțare și de organizare. Meritul aparține în special medicilor și asistenților care au acceptat prestarea serviciilor în condiții dificile, cu un sprijin modest din partea autorităților locale, autorități care aveau obligația legală de a asigura personalul auxiliar, utilități, spațiul de desfășurare a activității, sprijin pentru preluarea autoturismelor pentru consultații la domiciliu. Din datele comunicate de către colegii noștri, doar în 11 cazuri, Consiliul Local a angajat îngrijitor curățenie și în puține situații a susținut preluarea autoturismelor. În condițiile în care s-au suprapus și întârzierile plății serviciilor (uneori chiar și 6 luni), nu e de mirare că un număr de 32 centre s-au desființat ulterior anului 2008.

Cu toate acestea, acolo unde autoritățile locale au înțeles necesitatea asigurării serviciilor medicale în regim permanent s-au mai înființat din anul 2008 încă 20 centre aducând numărul acestora în acest moment la 88. Înființarea mai multora a fost împiedicată și de prevederile Ordonanței de Urgență nr. 32 din 2009 prin care s-a modificat numărul minim de medici din centre de la 5 la 7.

Există județe care nu sunt acoperite cu nici un centru, așa cum sunt județe care dețin un număr de 7 sau 8. Considerăm că neacoperirea acestor zone nu poate fi pusă decât în sarcina autorităților care nu au găsit resurse necesare pentru a dezvolta condițiile materiale, infrastructura și modalități de atragere a medicilor în aceste formule de prestare servicii medicale.



SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI / MEDICINĂ GENERALĂ

Str. Grigore Cobălcescu nr. 2 Sector 1, București Cod poștal 010194

Tel. 021/3154656, 0374/010843, Fax. 021/3154656

IBAN: RO42 RNCB 0082 0441 8731 0001 BCR Sucursala Unirea

CUI: 7165839

Web: www.snmf.ro , www.snmf.eu Email: office@snmf.ro

nr. crt	JUDET	TOTAL JUDET	urban	din care		rural	din care		infintate din 2008	desfintate pana in 2008	desfintate din 2008	desfintate in 2008	contrib locala cu personal	personal restructurat	observatii
				fix	mobil		fix	mobil							
1	Alba	0								8	8		0		
2	Arad	5	5	5							5				
3	Arges	0										5			
4	Bacau	0								5					
5	Bihor	5				5	5			29	0		0	0	Fara buget practica pt medici angajati
6	Bistrita Nasaud	0								6					
7	Botosani	2				2	1	1	2	6			1	0	
8	Braila	1	1	1									1		utilitati
9	Brasov	3	1	1		2	2		1			1	0		
10	Bucuresti	0													
11	Buzau	0								7					
12	Calarasi	0										3			
13	Caras Severin	1	1	1					1	3			0		
14	Cluj	5	4	4		1	1			4		4	0	0	
15	Constanta	3	1	1		2	2		2	2			0	0	
16	Covasna	1	1	1						1					
17	Dambovita	2				2	2		2	5			1		
18	Dolj	5				5	5		4	3	4		1	1	
19	Galati	4				4	4					7	0	0	
20	Giurgiu	5				5	5		2		1		2		implicare locala
21	Gorj	5				5	5						5	0	3 in curs infintare
22	Harghita	0									9				
23	Hunedoara	0										3			
24	Ialomita	0													
25	Iasi	7	1	1		6	6		1				0	0	
26	Ilfov	0													
27	Maramures	5				5	5			4			0	0	
28	Mehedinti	0													
29	Mures	3				3	3		3	12			0	0	
30	Neamt	0										3			
31	Olt	2				2	2				5	6	0		
32	Prahova	0													
33	Salaj	0													
34	Satu Mare	5	2	2		3	3		1			2	0	0	
35	Sibiu	2	2	2						1			0	0	
36	Suceava	0								7					
37	Teleorman	5				5	5			18			0	0	
38	Timis	8	3	3		5	5		1	25			0	0	
39	Tulcea	1				1	1						0	0	
40	Valcea	3	2	2		1	1		0			2	0	0	
41	Vaslui	0								3		3			
42	Vrancea	0								4				0	
TOTAL		88	24	24	0	64	63	1	20	153	32	39	11	1	



SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI / MEDICINĂ GENERALĂ

Str. Grigore Cobălcescu nr. 2 Sector 1, București Cod poștal 010194

Tel. 021/3154656, 0374/010843, Fax. 021/3154656

IBAN: RO42 RNCB 0082 0441 8731 0001 BCR Sucursala Unirea

CUI: 7165839

Web: www.snmf.ro, www.snmf.eu Email: office@snmf.ro

Proiectul “Ingrijirea medico-sanitara a batranilor si a persoanelor nevoiase din mediul rural”

Dr. Emma-Maria Erdos

Saschiz , județul Mures

Totul a inceput in aprilie 1994, cand la usa dispensarului din Saschiz, judetul Mures , a batut o doamna micuta, dolofana, zambitoare si m-a intrebat in limba germana daca poate sa ma deranjeze pentru cateva minute. S-a prezentat, astfel am aflat ca este presedinta Asociatiei Region Thun Hilft Rumanien din Elvetia, de profesie asistenta medicala, si ca asociatia pe care o conduce este alcatuita din voluntari, care doresc ajutorarea Romaniei in principal in domeniul medico-social. Nu prea stiam pe atunci ce inseamna exact asistenta medico-sociala, dar 16 ani de colaborare deschisa cu un grup de oameni minunati, impreuna cu care in actiunile noastre umanitare am luat la pas, cum s-ar zice fiecare ulita, fiecare poteca care ne ducea catre casele persoanelor cu venituri de multe ori inexistente, in niste locuri in care cu greu imi puteam inchipui ca poate trai o familie, pot sa spun ca am invatat. Trebuie sa recunosc ca la inceput ma miram sau mi se pareau exagerate preocuparile si grija cu care abordau problema varstnicilor si a nevoiasilor, nu incercau sa impuna un stil elvetian si nici sa descarce un sac de mancare sau de haine si cu asta sa considere ca si-au indeplinit menirea ci cautau rezolvarea optima si reala a problemelor in asa fel ca sa existe o continuitate si o imbunatatire a situatiei pas cu pas.

Astfel de la ei am invatat ce inseamna “te ajut ca sa te ajuti” si ca adevaratii nevoiasi niciodata nu iti cer ajutorul. In 1996, la primul schimb de experienta din Elvetia , am descoperit un sistem extraordinar de bine pus la punct, un adevarat lant de institutii care lucreaza pentru binele omului varstnic si bolnav, care de multe ori, exact cand ii este cel mai greu, se trezeste singur pe lume. Atunci am inteles ca in Romania nu exista nimic care sa sprijine omul varstnic, bolnav si ajuns neputincios. Pur si simplu sunt abandonati, putini sunt cei care au norocul si pensia suficient de mare care sa le permita sa fie primiti intr-un azil de batrani, dupa o lista de asteptare.

In 1998 am creat grupul de lucru romanesc, constand din medic coordonator, asistenti medicali, asistenti sociali, cu care intr-un areal de 42 de comune din jurul Sighisoarei sa identificam persoanele din zonele izolate imbatrinita, cu venituri mici, fara apartinatori, cu accesibilitate greoaie catre sistemul sanitar, care necesita ajutor direct, indiferent de apartenenta etnica, religioasa sau medicul de familie la care este inscris. Pot sa spun, fara rezerve, ca fara medicii de familie locali acest proiect ar fi fost greu de infaptuit. De foarte multe ori acestia identifica persoanele care au nevoie de ajutor, ii cunosc pe fiecare, ne semnaleaza nevoile persoanei, colaboreaza cu noi pentru imbunatatirea situatiei celor in cauza.

In timp am realizat ca este important ca si oamenii din partea locului sa se implice. Astfel am inceput sa sponsorizam scolarizarea de asistente, psiholog social, intermediari sanitari. Am luat si oameni din randul rromilor, ceea ce a contat foarte mult, fiindca realitatea de zi cu zi ne-a invatat ca indiferent cat am spune noi si am incerca sa ne impunem, daca nu ai colegi de echipa care sa stie cum sa le



SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI / MEDICINĂ GENERALĂ

Str. Grigore Cobălcescu nr. 2 Sector 1, București Cod poștal 010194

Tel. 021/3154656, 0374/010843, Fax. 021/3154656

IBAN: RO42 RNCB 0082 0441 8731 0001 BCR Sucursala Unirea

CUI: 7165839

Web: www.snmf.ro, www.snmf.eu Email: office@snmf.ro

vorbeasca, pe limba lor, pe intelesul lor, cum sa relationeze cu ei, nu ai multe sanse sa colaborezi cu ei. Asa mi-am alcatuit echipa. Am cerut sprijinul Partidului Rromilor si, spre suprinerea mea, astfel am aflat ca exista fonduri speciale alocate de UE pentru scolarizarea si integrarea rromilor dar ca adresabilitatea este destul de mica, una din cauze fiind lipsa motivatiei si alta ca cei deja scolarizati nu sunt acceptati sau greu acceptati in structurile sociale. Eu i-am motivat si i-am si acceptat. Astfel intermediarii santari care sunt din randul comunitatii de rromi sunt platiti si isi indeplinesc atributiile cu corectitudine. Asistentii medicali la fel sunt platiti, restul echipei desfasurand aceasta munca pe baza de voluntariat.

Materialele sanitare si de igiena sunt asigurate de fundatia din Elvetia care trimestrial ne furnizeaza cele necesare sau solicitate, dupa puterile ei, bineinteles.

Ca medic de familie in rural, ma intalnesc din pacate tot mai des cu asemenea cazuri: batrani singuri care inca sunt in stare sa vina la cabinet si mai au posibilitatea sa-si plateasca restul de plata la reteta compensata, dar se intorc de la farmacie in cabinet, cu "cutiutele portionate" date tot de mine, sa le pun medicamentele in compartimentele de dimineata, pranz si seara, ca altfel nu stiu cum sa le ia. Par lucruri simple dar din pacate foarte importante.

Fara acest proiect m-as simti si mai neputincioasa ca medic de familie.

Pe langa monitorizarea mea ca medic, pe langa medicamente, un varstnic singur mai are nevoie si de o mancare calda, de o lenjerie curata, de lemne pentru caldura, de cateva minute macar sa vorbeasca cu cineva; daca este si imobilizat in pat, cazul este de-a dreptul dramatic... chiar si activitatea echipei este insuficienta.



SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI / MEDICINĂ GENERALĂ

Str. Grigore Cobălcescu nr. 2 Sector 1, București Cod poștal 010194

Tel. 021/3154656, 0374/010843, Fax. 021/3154656

IBAN: RO42 RNCB 0082 0441 8731 0001 BCR Sucursala Unirea

CUI: 7165839

Web: www.snmf.ro, www.snmf.eu Email: office@snmf.ro

Ruralul tulcean

Dr. Simona Șopov

Pentru județul Tulcea, nouă grilă de acordare a sporurilor este, puțin spus, un motiv în plus ca medicii de familie din zonele Deltei Dunării, și așa în număr insuficient, să migreze spre alte zone, unde sunt apreciați fără eforturile supraomenești de a rezista cu venituri din ce în ce mai mici, obligații din ce în ce mai mari.

Particularitatea acestor zone nu rezidă numai din izolarea lor, localitățile fiind la distanțe de minimum 20 km una de cealaltă, nu numai din accesul greoi, uneori numai pe apă, la pacienți sau la cabinete, ci și din lipsa medicilor de familie; astfel, un medic ajunge să acopere întinderi mari în kilometri, având puncte de lucru în două, trei și chiar patru locații.

Dr. Cristea, de exemplu, are în îngrijire 3400 pacienți, aflați în patru puncte de lucru. Deplasarea se face la cabinete cu mașină proprie, combustibilul nu se mai decontează decât direct din buzunarul venitului propriu. Una din localități aflându-se departe de uscat, transportul (de asemenea decontat din buzunarul propriu) este asigurat cu barca. Fiecare punct de lucru are o asistentă, căreia medicul de familie îi decontează naveta la domiciliu, săptămânal, motivându-o astfel să nu plece într-un loc de muncă mai comod...

Toate aceste puncte de lucru sunt în clădiri ce aparțin primăriilor, iar renovarea lor, pornind chiar de la structură, dr. Cristea a făcut-o tot din buzunarul propriu, apelând la bănci, finanțele refuzând să le considere investiții din "banii cabinetului". Scăderea tot mai mare a sporurilor și a venitului medicului de familie a făcut că numai două din aceste puncte de lucru să fie renovate la nivel competitiv cu cele din "civilizație"... restul a rămas așa cum primăria a crezut de cuviință să nu se implice... medicul însă plătește în continuare redevența, care nu a fost acceptată în compensare măcar, deși diferența este enormă...

Toate aceste puncte de lucru trebuie încălzite iarna... banii provin din banii cabinetului, tot mai puțini, mai ales că și consultațiile decontate sunt destul de puține, pacienții nefiind asigurați în totalitate. Sumele alocate încălzirii pentru acest an sunt uriașe, pe măsură scăderii veniturilor medicului de familie.

Dr. Cristea nu se plânge pe sine, el a lucrat în altă localitate, Sf. Gheorghe, tot tulceană, la 90 km de municipiu, cu acces numai pe apă. Acolo din toamnă până în primăvara accesul se face numai dacă nu este ceață, nu bate vântul, nu este îngheț... adică ambulanta poate întârzia și 24 de ore... de aceea dr. Cristea a învățat cum se "tratează" urgențe inimaginabile: placenta praevia cu hemoragie masivă, spânzurați, AVC-uri cu perfuziile puse în cuiul de la ușă... și totuși, a rămas 5 ani acolo, fără familie, fără să-și vadă fetița crescând... însă avea un spor de 100%... măcar a MERITAT.

Dr. Cristea își plânge însă pacienții, cei ce vor sta pe viitor în frig, fără lumină... în cabinete... asta în cazul în care nu vor rămâne fără medic, din cauza falimentului... primăria nu se va implica, așa cum nu se implica nici acum, spitalul nu va veni mai aproape... dar loc în cimitire mai este încă. Ce vină au însă copiii din aceste comunități?

La fel nu se plânge nici dr. Roxana, mămica unui copilăș de 4 ani, pe care nu îl vede prea des... nu are când, făcând naveta cum poate să asigure serviciile medicale pentru care s-a pregătit pentru locuitorii din trei localități, separate între ele prin mari întinderi de ape... Banii din buzunarul propriu fiind tot mai puțini, ea se gândește serios la o țară din Europa care i-ar oferi ceva mai mult decât propria țară... încă o mai stimulează patriotismul adevărat, încăpățănarea tinerească de a crede că nu poate fi mai rău... personal, îi doresc succes...

Dr. Raluca Surianu are 1000 de pacienți, la Grindu... fără sporul de rural, fără nivelul normal al acestui spor... dr. Surianu își aduce aminte că nu mai are mult până la pensie, dacă o mai apucă... ce se vor face însă cei 1000 de oameni din grijă să, pe unii i-a adus pe lume, pe alții i-a văzut crescând și devenind părinți la rândul lor... iar cu alții a îmbătrânit împreună... Acolo înghețul vine mai devreme, din cauza vântului deja celebru, de Dobrogea dintre ape... se duce mai târziu, dar doctoriței îi este drag locul de muncă, pe care îl consideră o parte importantă din viața ei... acum, banii îi vor ajunge cât să-și plătească ratele pentru investiția în cabinet... și cam atât.

Sunt doar trei exemple, din cele 50, câți medici de familie lucrează în ruralul tulcean. Poate că nu toți 50 lucrează în condiții grele, însă cu siguranță ei nu ar putea fi înlocuiți... dacă ar pleca. Nu sunt amatori nici pentru orașele tulcene, departe de miezul țării, de centrele universitare... primăriile nu s-au înghesuit să-și ajute medicii, deși pretenții au, mai ales în campaniile electorale... medicii de familie din aceste zone s-au chinuit cum au putut, au vrut să muncească și să ofere servicii cât mai de calitate... însă fără bani... apostolatul nu există în această meserie, pentru că și medicii trebuie să trăiască, să se perfecționeze... și au totuși și familii...



SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINĂ FAMILIEI / MEDICINĂ

Str. Grigore Cobălcescu nr. 2 Sector 1, București Cod poștal 010194
Tel. 021/3154656, 0374/010843, Fax. 021/3154656
IBAN: RO42 RNCB 0082 0441 8731 0001 BCR Sucursala Unirea
CUI: 7165839
Web: www.snmf.ro , www.snmf.eu Email: office@snmf.ro

Extrase din Raportul comisiei prezidențiale 2008

(...) În același timp asistența primară se confruntă cu un **deficit de personal** și în special de medici, prognozele fiind și mai îngrijorătoare dacă actualele tendințe se mențin (Așa cum rezultă și dintr-un recent document finanțat de USAID "Summary Report of Financing and Training Needs of Small Scale Health Service Providers and Distributors in Romania" Draft Report, Banking on Health Project, June 2007.). Deși medicul de familie este în multe cazuri singura instituție medicală accesibilă la nivelul comunităților rurale și în acest domeniu există numeroase disparități, existând aproape 100 de **localități fără medic**.

La nivel național, numărul de locuitori care revin la un medic în zona rurală este de peste 6 ori mai mare decât în urban. Și aceste date ascund însă importante dezechilibre regionale, în timp ce în regiunile din Sud și Sud-est revin 773 și, respectiv 655 locuitori la 1 medic, în regiunea de Nord-Est se înregistrează 1 medic la 2778 locuitori, pentru a da doar câteva exemple.

O altă insuficiență a actualului sistem de asistență primară se referă la **infrastructura** aferentă asistenței primare care este **slab dezvoltată**; din momentul în care au devenit furnizori privați de servicii, niciun program de investiții nu a mai fost elaborat pentru dotarea cu aparatură medicală necesară în conformitate cu cerințele secolului XXI, deși au existat propuneri de îmbunătățire a acestei situații venite din partea unor organisme internaționale. Fondurile alocate pentru practica medicală au fost insuficiente în majoritatea cazurilor pentru a permite investiții proprii. În plus, sistemul de rambursare a oferit puține stimulente pentru medicii care ar fi dorit să facă investiții individuale în propriile cabinete.

De asemenea, serviciile de asistență primară **în afara orelor de program** sunt insuficient dezvoltate, în special în zonele rurale sau ale orașelor mici unde nu există alte instituții medicale care să preia solicitările populației în afara medicilor de familie, cauzele fiind în bună măsură cele menționate anterior (organizare și motivare).

(...) Situația este pe cale de a se înrăutăți ca urmare a posibilității personalului medical din România de a lucra în țările UE, fapt ce va duce la o diminuare a personalului în domeniul medical, mai ales în rândul tinerilor și a celor înalt specializați. Este de așteptat ca structura pe vârste a medicilor de familie și mobilitatea crescândă a forței de muncă (odată cu integrarea în UE) să supună sistemul de sănătate la presiuni considerabile.

Un recent studiu USAID arată că majoritatea medicilor de familie au vârsta cuprinsă între 45 și 55 ani, urmând a se pensiona în 10-15 ani, și că puțini sunt doctorii tineri care practică medicina de familie. Dacă această tendință va continua, numărul medicilor, al medicilor de familie în special, va scădea dramatic, conducând la o scădere a accesului și creșterea cheltuielilor de funcționare a sistemului.

.....
Ca urmare a acestor aspecte, analiza comparativă a țărilor din UE, coroborată cu faptul că România are printre cei mai slabi indicatori ai stării de sănătate – ceea ce ar necesita un număr crescut de personal medical – conduce la aserțiunea că există un **important deficit de personal** medical la nivel național.

.....
Un alt factor ce afectează performanța resurselor umane din sănătate este cel legat de prezența unui **sistem insuficient de motivare**. Acesta se referă atât la **veniturile** obținute de personalul medical, cât și la aspecte precum **condiții nesatisfăcătoare de muncă** și posibilitatea redusă de **promovare profesională** pe baza unor criterii obiective.

Din punct de vedere al câștigurilor, la nivel internațional se consideră că un venit decent mediu al unui medic ar trebui să fie de circa trei ori câștigul mediu la nivel național. La nivelul anului 2008 în România acest raport este pentru medicii specialiști de circa 1,5 - 2 față de câștigul mediu salarial pe economie.



SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI / MEDICINĂ GENERALĂ

Str. Grigore Cobălcescu nr. 2 Sector 1, București Cod poștal 010194

Tel. 021/3154656, 0374/010843, Fax. 021/3154656

IBAN: RO42 RNCB 0082 0441 8731 0001 BCR Sucursala Unirea

CUI: 7165839

Web: www.snmf.ro , www.snmf.eu Email: office@snmf.ro

	Judet	Numar minim de pacienti stabilit de comisia paritara pentru rural
1	Alba	500
2	Arad	500
3	Arges	500
4	Bacau	700
5	Bihor	500
6	Bistrita Nasaud	1000
7	Botosani	800
8	Braila	1000
9	Brasov	1000
10	Bucuresti	1000
11	Buzau	500
12	Calarasi	700
13	Caras Severin	x
14	Cluj	500
15	Constanta	z
16	Covasna	1000
17	Dambovita	500
18	Dolj	500
19	Galati	1000
20	Giurgiu	x
21	Gorj	500
22	Harghita	x
23	Hunedoara	500
24	Ialomita	700
25	Iasi	700
26	Ilfov	1000
27	Maramures	700
28	Mehedinti	500
29	Mures	1000
30	Neamt	500
31	Olt	700
32	Prahova	500
33	Salaj	500
34	Satu Mare	700
35	Sibiu	500
36	Suceava	1000
37	Teleorman	500
38	Timis	100
39	Tulcea	500
40	Valcea	1000
41	Vaslui	800
42	Vrancea	1000

Strategii de atragere și menținere a personalului medical în mediul rural

Norvegia – Dr. Oleg Kravtchenko

- negociere directă între medic și administrația locală – salariu + beneficii; funcționează legea cererii și ofertei;
- zonele cu condiții extreme (nord) – Finnmark, Svalbard/Spitzbergen – taxe foarte mult reduse.

Finlanda – Dr. Ilkka Kunnamo

- situație similară cu cea din Norvegia, însă fără taxe reduse;
- în ciuda salariilor foarte mari, dictate de oferta pietii, din mediul rural, deficitul încă există în unele zone;
- “mi-ar placea ca sporurile pe care le aveți în România să fie introduse și în Finlanda”

Franta – Dr. Jean-Michel Mathieu

- la prețul consultăției (22€ în 2010, 23€ în 2011) se adaugă prețul fiecărui kilometru din distanță până la pacient, în funcție de drum plat sau accidentat, acces dificil:

IK plaine (plat)	0,61€ abattement 2*2 km
IK montagne (munte)	0,91€ abattement 2*1 km
IK à pied ou à ski (mers pe jos sau cu skiuri)	4,57€

- prețul consultăției la domiciliu se majorează și în funcție de momentul zilei (sambătă, duminică, între orele 20-24 sau 6-8, solicitare nejustificată, pediatrie), cu sume între 3,5€ și 43,5€.

sursa: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins-generalistes/tarifs-des-medecins-generalistes-en-metropole.php>

alte măsuri:

- prime de instalare și avantaje fiscale – scutire de impozit;
 - crearea de cabinete asociate, centre medicale, pentru a reduce gradul de izolare a medicului din cabinetul individual și pentru a permite perioade de concediu;
 - stagii de pregătire pentru studenți în cabinetele din mediul rural, pentru a familiariza și atrage viitori absolvenți;
 - burse de studiu în schimbul cărora absolventul va profesa în mediul rural un număr de ani
- sursa: Dr. Jean-Michel Mathieu

Nicolas Sarkozy a anunțat săptămâna aceasta schimbarea sistemului de plată – un “sistem de beneficii” și plată studiilor pentru medicii care profesează în mediul rural
sursa: http://www.lepoint.fr/sante/nicolas-sarkozy-veut-reformer-le-systeme-de-remuneration-des-generalistes-01-12-2010-1269309_40.php

Belgia

- primă de instalare de 20 000 euro, care are impozit redus;
 - orele de gardă sunt scutite de impozit până la suma de 3 780 euro.
- sursa: <http://www.lavenir.net/article/detail.aspx?articleid=429742>

Grecia – Dr. Foteini Anastasiou

- până în prezent existau suplimente financiare și medicului i se oferea posibilitatea de a alege, în mod preferențial, în ce regiune dorește să lucreze, după 5 ani petrecuți în mediul rural (în general insulele grecești fiind considerate mediul rural);
- în prezent sistemul asistenței medicale primare este în proces de reformă, și nu se știe dacă strategia guvernamentală pentru mediul rural se va păstra

Spania – Dr. Jaume Banqué Vidiella, Dr. Jose Lopez-Abuin

- se ia ca referință distanța de maximum 20 de km pentru deservirea unei ambulanțe, ca rază de acțiune, pentru un cabinet;
- nu există o strategie națională de atragere a medicilor în zonele rurale, fiecare regiune poate lua măsuri în mod independent;
- în unele zone se oferă stimulente financiare;
- În general în mediul rural sunt medici tineri, care trebuie să câștige un anumit număr de puncte prin contracte pe perioade determinate înainte să poată candida pe un post în mediul urban cu un contract pe perioadă nedeterminată. Medicii de familie sunt angajați ai statului.

Italia – Dr. Ferdinando Petrazzuoli

Nu există strategie națională, nici stimulente financiare.

Ungaria – Dr. Simek Ágnes

- Institutul Național de Asistență Medicală Primară plătește 100.000 Ft (360 Euro) pe lună medicului din mediul rural;
- administrația locală asigură cazare și plată utilitatilor;
- deficitul există în continuare, medicii fiind atrași de condițiile din țările vestice și nordice.

Scotia – Dr. George Hannah

- strategie nationala pentru atragerea medicilor in mediul rural, initiata in 1913 prin raportul Dewar, inaintea aparitiei sistemului national de asigurari de sanatate (NHS):
 - medicii, care lucrau in regim privat, au inceput sa primeasca si un venit garantat din partea statului, dar puteau si continua sa taxeze pacientii in regim privat;
 - guvernul asigura medicului casa, telefon, masina sau barca cu motor si fonduri pentru studii si vacante.
 - 16 ani mai tarziu existau 175 de asistente si 160 doctori in 150 de cabinete, activitatea in mediul rural devenind foarte atractiva;
 - in 1930, strategia a fost extinsa si la nivelul spitalelor, iar in 1935 a fost lansat serviciul de ambulanta pe calea aerului;
 - toata finantarea a provenit de la stat, inclusiv de la consiliile locale.
- sursa: <http://www.60yearsofnhsscotland.co.uk/history/birth-of-nhs-scotland/highlands-and-islands-medical-service/>

- in 1970 s-a infiintat asociatia medicilor atrasi in aceste zone, care avea ca scop lobby-ul pentru crearea de cabinete asociate, ca solutie pentru sentimentul de izolarea al medicilor si pentru a permite medicilor perioade de concediu.
- in 2004, NHS a realizat un nou contract pentru medicii de familie, prin care serviciile de permanenta (24 din 24 de ore, 7 zile pe saptamana) au fost separate de activitatea contractuala a medicului. Daca medicul opteaza sa realizeze si aceste servicii, este platit separat, cu sume mult mai mari decat plata pe vechiul contract. Exista firme specializate care pot acoperi aceste servicii.
- in prezent medicii din zonele izolate au un venit garantat.
- 2005 - The National Framework for Service Change in NHS Scotland - Rural Access Action Team raport privind masurile care trebuie luate in viitor.
<http://www.sehd.scot.nhs.uk/nationalframework/documents/remoterural/final%20draft170505.pdf>

Anglia – Dr. Tony Mathie, presedinte WONCA Europe (Asociatia Europeana a Medicilor de Familie)

- au existat in trecut sporuri pentru atragerea medicilor in rural, dar nu mai exista in prezent.

SUA – Richard Roberts, președinte WONCA World (Asociația Internațională a Medicilor de Familie)

- în general, un spor de 10%, în Canada și SUA;

- plata studiilor – pentru fiecare an de studii, medicul se obligă să practice 1 an în mediul rural – programe existe la nivelul guvernului federal și statal;
- program special de vize pentru medicii care vor să lucreze în SUA – pot lucra 2-3 ani în zonele cu deficit de medici.

Australia – Dr. Robert Craig

- exista o strategie nationala pentru atragerea fortei de munca din domeniul medical in mediul rural - Rural Health Workforce Strategy - <http://www.doctorconnect.gov.au/>
- In cadrul universitatilor de medicina exista departamente de medicina rurala.
- in cadrul pregatirii in medicina de familie exista stagii in mediul rural, cu scopul de a familiariza viitorii specialisti cu particularitatile activitatii din mediul rural

- prime de relocare pentru medicii care se muta in mediul rural, care pot ajunge pana la \$120.000, in functie de zona;
- sporuri (prime de retentie) pentru cei care lucreaza deja in mediul rural - in 2010, suma a fost dublata, de la \$25000 la \$47000 pe an;
- medicii imigranti isi pot reduce perioada de timp in care au accesul limitat la anumite posturi profesand in mediul rural;
- creditele studentilor pentru plata studiilor pot fi platite cu pana la 3 ani mai repede, daca accepta sa lucreze in mediul rural.

sursa: <http://www.thegovmonitor.com/health/new-incentives-bring-doctors-to-rural-and-regional-australia-34815.html>

- sunt stabiliti coeficienti de la 3 la 7 pentru care se acorda procente ce duc la cresterea facturii medicului din rural, pe dou tipuri de criterii: gradul de izolare, valabil pentru tot personalul din zona, si incarcarea cu proceduri si urgente rezolvate care la rindul lor au alte subcriterii.

sursa: Dr. Paul Serban

- Clasificarea Australiana Geografica a Zonelor de Izolare

<http://www.health.gov.au/internet/otd/publishing.nsf/Content/locator>

Australian Standard Geographical Classification – Remoteness Areas (ASGC-RA)

RA1 – Orase mari; RA2 – Interiorul regiunilor; RA3 – Exteriorul regiunilor; RA4 – Izolat; RA5 – Izolare extrema.

studiu: Retention policies for allied health professionals in rural areas: a survey of private practitioners. <http://www.rrh.org.au/articles/showarticlenew.asp?ArticleID=1331>

- medicii care functioneaza in regim privat stau mai multi ani in mediul rural decat cei care sunt angajati ai statului (sector public).
- bonusurile financiare au vizat doar medicii angajati in sectorul public
- medicii din sector privat s-au aratat interesati sa colaboreze cu cei din sectorul public, si sa beneficieze de bonusuri financiare din partea guvernului.

Canada – Dr. James Rourke, decanul Facultatii de Medicina, Memorial University of Newfoundland

- atragerea si mentinerea personalului medical in zonele rurale reprezinta o problema importanta in Canada, din cauza suprafetelor intinse cu o populatie redusa;
- sistemul de sanatate canadian este finantat din fonduri publice in cea mai mare parte;
- in Canada exista 10 provincii si 3 teritorii, fiecare cu propriul sistem de sanatate, dar toate respectand prevederile legii sanatatii (Canada Health Act <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/cha-lcs/index-eng.php>); fiecare provincie si teritoriu isi poate stabili felul in care atrage si mentine personalul medical;
- nicaieri nu a existat o strategie complet eficienta, dar cele mai bune rezultate au fost obtinute acolo unde au fost folosite toate modalitatile, incepand cu cele de mai jos:
 - admiterea in facultatile de medicina a unui numar semnificativ de studenti proveniti din mediul rural;
 - experienta semnificativa de pregatire in mediul rural, in cadrul facultatii, ca parte din curricula de baza si din cea optionala;
 - programe specifice de pregatire vocationala in perioada rezidentiatului, orientate pe abilitatile specifice necesare pentru practicarea in medicul rural, si includerea unei perioade semnificative de timp de pregatire intr-un praxis din mediul rural;
 - sprijin pentru practica in mediul rural – echipa medicala pluridisciplinara, cu asistente si alte tipuri de personal colaborator si de sprijin,
 - mediu de lucru placut si adecvat;
 - retele regionale puternice de sprijin pentru ingrijirea pacientilor cu patologii complicate;
 - stimulente financiare, ca recunoastere deosebita si compensare a greutatilor generate de asigurarea asistentei pe parcursul noptii si in weekend si a abilitatilor suplimentare pe care le au medicii din mediul rural, comparativ cu medicii din mediul urban;
- solutiile pentru cresterea numarului de medici din mediul rural au fost prezentate si intr-un articol din revista Asociatiei Medicale Canadiene: www.cmaj.ca/cgi/content/full/178/3/322

India

- 1,4 milioane de medici, doar 28% in mediul rural;
- 1 medic la 1507 locuitori, 1 asistenta la 1205 locuitori in medie, deficit in mediul rural;
- strategie nationala din 2005 – National Rural Health Mission <http://www.mohfw.nic.in/nrhm.htm>
- in 2005 – lansarea strategiei –
 - cresterea procentului din PIB alocat sanatatii – de la 0,9% la 3%
 - angajarea de personal medical – al doilea medic si 3 asistente in asistenta medicala primara; 9 asistente si 7 medici, dintre care 5 specialisti in centrele comunitare cu 30 de paturi
 - in 2 ani au fost angajate 82 000 de persoane cu pregatire medicala superioara, cu mentinerea insa a unui deficit important

- personalul medical din mediul rural lucreaza in sectorul public, 80% din cheltuielile din sectorul sanitar sunt acoperite de stat, 70% din suma alocata pentru salarii.
- din 2007 – stimulente financiare pentru atragerea si mentinerea personalului medical in rural
- sporuri salariale, diferite in functie de urmatoarele criterii: distanta fata de zona urbana, zona geografica (deal, desert, padure), acces (drumuri, transport public), posibilitati de cazare, zone de conflict (triburi, extremisti), gradul profesional si clasificarea zonala proprie fiecarui stat.
 - articolul mentioneaza ca nu se poate face inca o evaluare a eficientei acestor sporuri in atragerea si mentinerea personalului medical, insa unele studii indica un rol scazut atunci cand sporurile sunt mici
- alte posibile solutii propuse – rotirea medicilor la 1-3 ani prin stagii obligatorii in mediul rural, burse acordate preferential studentilor din sate, cu conditia sa se intoarca in sat si sa profeseze o perioada de timp (7 ani), perioade mai scurte de pregatire pentru urgente obstetricale si asistenta medicala primara, pentru personal selectionat din mediul rural, cu limitarea posibilitatii de a practica exclusiv in mediul rural si in sistemul public.

sursa: http://www.who.int/bulletin/online_first/09-070862.pdf

Mesaje:

Tony Mathie, presedinte WONCA Europe (Asociatia Europeana a Medicilor de Familie)

Cele mai multe țări care au deficit de personal medical în mediul rural optează pentru stimulente financiare și nu pentru repartitia obligatorie.

Cred că trebuie să încercăm să găsim o perioadă potrivită la începutul anului 2011 în care să fac vizita promisă în România.

Cele mai bune urări pentru Crăciun

Roger Neville-Smith (UK)

Este absolut îngrozitor ce vi se întâmplă în România. Deși suntem nemulțumiți și în Marea Britanie referitor la finanțare, în comparație cu voi suntem răsfățați. Ceea ce m-a atras în mediul rural a fost dorința mea de a avea o calitate a vieții mai bună și un salariu echivalent cu cel din cabinetele din mediul urban. Cum poate România să concureze cu asta ? Nu pot decat să vă asigur de înțelegerea mea și cele mai bune urări.