



EUROPE



**EVALUAREA STRUCTURII ȘI FURNIZĂRII  
ASISTENȚEI  
PRIMARE ÎN ROMÂNIA**

**Un proiect pe bază de sondaj în rândul medicilor de familie și al pacienților**

Asistența primară în Regiunea europeană OMS



**EVALUAREA STRUCTURII ȘI FURNIZĂRII  
ASISTENȚEI  
PRIMARE ÎN ROMÂNIA**

**Un proiect pe bază de sondaj în rândul medicilor de familie și al pacienților**





# Rezumat

În numeroase țări aflate în tranziție, reformele sanitare fac parte din schimbările profunde și vaste în ceea ce privește funcțiile și valorile sociale. Reformele de servicii medicale (primare) nu se bazează întotdeauna pe dovezi, iar progresul acestora poate fi influențat de conflicte politice sau de interesele grupurilor profesionale specifice, și nu de o serie de evaluări raționale. Totuși, factorii de decizie și managerii din ziua de azi solicită dovezi cu privire la progresul reformelor și la capacitatea de reacție a serviciilor. Implementarea celor două instrumente OMS combinate, Instrumentul de evaluare a asistenței primare (IEAP) și Instrumentul de management al asistenței primare (IMAP) au ca scop furnizarea unui abordări structurate în acest sens, fiind bazate pe funcțiile sistemului sanitar, cum ar fi gestionarea, finanțarea și generarea resurselor, precum și pe caracteristicile unui sistem eficient de furnizare a serviciilor medicale primare: accesibilitate, complexitate, coordonare și continuitate. Raportul de față oferă o perspectivă asupra rezultatelor din România.

Proiectul a fost lansat în România în 2009 și implementat în 2010, în cadrul Acordului bienal de colaborare 2010-2011 încheiat între Biroul Regional OMS pentru Europa și Ministerul Sănătății din România, un acord care stabilește domeniile principale de activitate în care vor colabora cele două părți. Alți parteneri implicați în proiect au fost Institutul Olandez de Cercetare în Servicii Sanitare (The Netherlands Institute for Health Services Research – NIVEL), care este Centru de colaborare OMS pentru serviciile medicale primare, Centrul de Politici și Servicii de Sănătate (CPSS) din România, precum și alți factori de decizie din sistemul sanitar din România, cum ar fi experți în politici naționale, manageri, educatori medicali, medici de familie și pacienții acestora.

Pentru eventualele solicitări cu privire la publicații ale Biroului Regional OMS la, scrieți la adresa:

Publications

WHO Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen, Denmark

De asemenea, puteți completa o solicitare online pentru documentare, informații de sănătate sau pentru a obține permisiunea de citare sau traducere, la web site-ul Biroului Regional (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

Cuvinte-cheie

SERVICII PRIMARE

STUDII DE EVALUARE

PLANURI DE SISTEME MEDICALE – organizare și administrare

REFORMA SERVICIILOR MEDICALE

POLITICĂ SANITARĂ

CHESTIONARE

ROMÂNIA

© World Health Organization 2011

Toate drepturile rezervate. Biroul Regional al Organizației Mondiale a Sănătății pentru Europa încurajează solicitările de obținere a permisiunii de a reproduce sau traduce publicațiile sale, parțial sau integral.

Denumirile utilizate și prezentarea materialului din această publicație nu implică exprimarea niciunei opinii a Organizației Mondiale a Sănătății cu privire la situația legală a vreunei țări, teritoriu, oraș sau regiune sau a autorităților sale, sau referitoare la frontiere sau hotare. Liniile punctate de pe hărți reprezintă granițe aproximative, care pot să nu fie întru totul stabilite.

Menționarea unor companii sau producători nu implică faptul că aceștia sunt aprobați sau recomandați de către Organizația Mondială a Sănătății cu prioritate față de alții similari care nu sunt amintiți. Cu excepția erorilor și a omisiunilor, numele produselor aflate sub incidența dreptului de proprietate sunt scrise cu inițială majusculă.

Organizația Mondială a Sănătății a luat toate precauțiile necesare pentru verificarea informațiilor cuprinse în publicația de față. Totuși, materialul publicat este distribuit fără garanții, exprese sau implicite. Responsabilitatea pentru interpretarea și utilizarea materialului aparține cititorului. Organizația Mondială a Sănătății nu va fi în nicio situație responsabilă de prejudicii generate din utilizarea sa. Opiniile exprimate de autori, edituri sau grupuri de experți nu reprezintă în mod obligatoriu deciziile sau politica oficială a Organizației Mondiale a Sănătății.

# Cuprins

Acronime .....	6
Mulțumiri .....	7
Cuvânt înainte .....	8
Sumar executiv .....	9
Rezultate .....	11
1. Evaluarea asistenței primare: justificare și aplicație .....	23
1.1 Cadrul teoretic al Instrumentului de evaluare a asistenței primare și Instrumentului de management al asistenței primare .....	23
1.2 Cadrul de evaluare a asistenței primare .....	26
1.3 Schema de evaluare a asistenței primare .....	28
1.4 Dezvoltarea IEAP și testarea pilot .....	31
1.5 Implementarea Instrumentelor combinate .....	32
2. Prezentarea situației din România .....	38
2.1 Date despre țară .....	38
2.2 Populație și sănătate .....	40
2.3 Sistemul sanitar .....	44
3. Sistemul de asistență primară în România: context național .....	47
3.1 Conducere / guvernare .....	47
3.2 Generarea de resurse .....	56
3.3 Aspecte de finanțare ale asistenței primare .....	60
3.4 Aspecte ale furnizării asistenței primare .....	61
4. Medicii de familie și medicii generalişti din asistența primară .....	62
4.1 Profilul respondenților .....	62
4.2 Accesibilitatea asistenței medicale .....	64
4.3 Continuitatea serviciilor medicale .....	68
4.4 Coordonarea serviciilor medicale .....	70
4.5 Aria de cuprindere a serviciilor medicale .....	74
4.6 Furnizarea serviciilor .....	80
4.7 Activități de asigurare a calității .....	85
5. Experiențele și percepțiile pacienților referitoare la asistența primară .....	92
5.1 Profilul respondenților .....	92
5.2 Accesibilitatea asistenței medicale .....	93
5.3 Continuitatea serviciilor medicale .....	99
6. Sumar .....	107
ANEXA 1. Tabelele 37–42 .....	118
ANEXA 2. Glosar cu termeni de asistență primară .....	124
Bibliografie .....	126

## Acronime

ABC Membre	Acordul Bienal de Colaborare între Biroul Regional OMS pentru Europa și Statele
CJAS	Casa Județeană de Asigurări de Sănătate
CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
CPSS	Centrul de Politici și Servicii de Sănătate
CSI	Comunitatea Statelor Independente
DJSP	Direcția Județeană de Sănătate Publică
DSP	Direcția de Sănătate Publică
EMC	educație medicală continuă
EU-15	Statele membre ale Uniunii Europene înainte de mai 2004
FNPMF	Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
IEAP	Instrumentul de evaluare a asistenței primare
IMAP	Instrumentul de management al asistenței primare
ITS	infecție cu transmitere sexuală
MG/MF	medic generalist / medic de familie
NIVEL	Institutul Olandez de Cercetare în Servicii Sanitare
ONG	organizație nonguvernamentală
PIB	produs intern brut
SDR	rata standardizată a mortalității
SNMF	Societatea Națională de Medicina Familiei
SR	sănătatea reproducerii



# Mulțumiri

Biroul Regional al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) pentru Europa dorește să-și exprime mulțumirile pentru toți cei care au contribuit la realizarea proiectului de față, îndeosebi Ministerului Sănătății din România.

## **Echipa de implementare a proiectului**

Autori principali:

Wienke G.W. Boerma, PhD, NIVEL (autor și lider al proiectului tehnic)

Therese A. Wieggers, PhD, NIVEL (autor)

Valentina Baltag, MD, MSc, PhD, Biroul Regional OMS pentru Europa (autor și coordonator de proiect)

Erik Teunissen, MD, MSc, NIVEL (autor)

Dana Fărcășanu, MD, PhD, CPSS, București (autor și coordonator de teren)

Echipa locală

Bogdan Ciubotaru, sociolog, expert baze de date, CPSS

Bogdan Păunescu, MD, coordonator colectare date, CPSS

Revizori și colaboratori

Cassandra Butu, MD, Biroul de legătură al Organizației Mondiale a Sănătății, România

Victor Olsavszky, MD, Biroul de legătură al Organizației Mondiale a Sănătății, România

Hans Kluge, MD, DTM, Biroul Regional OMS pentru Europa

## **Alte contribuții valoroase și recomandări au fost realizate de către grupul de lucru pentru acest proiect, format din (în ordine alfabetică):**

Sandra Adalgiza Alexiu, MD, Societatea Națională de Medicina Familiei, București

Mihaela Bardoș, MD, Ministerul Sănătății

Chiurciu Cătălin, MD, medic de familie, Colegiul Medicilor din București

Tereza Franciuk, MD, medic de familie

Ingrid Gheorghe, MD, Școala Națională de Sănătate Publică

Adrian Grom, MD, Societatea Națională de Medicina Familiei

Cristina Isar, MD, medic de familie, Centrul de Studii pentru Medicina Familiei

Mădălina Manea, MD, profesor asociat, Facultatea de Medicină din Craiova

Doina Mihăilă, MD, medic de familie, Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie

Victor Ionescu, MD, medic de familie, Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie

Mihaela Mihailovici, MD, medic de familie, Centrul de Studii pentru Medicina Familiei

Andrea Elena Neculau, MD, profesor asistent, Universitatea Transilvania Brașov

Dana Neprea, MD, Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Cătălina Panaitescu, MD, medic de familie, instructor formator MF

Marina Pârcălabu, MD, medic de familie, instructor formator MF, președinte Patronatul Medicilor de Familie București-Ilfov

Rodica Tănăsescu, MD, președinte Asociația Medicilor de Familie, București; Societatea Națională de Medicina Familiei

Raluca Zoițanu, MD, Societatea Națională de Medicina Familiei

Proiectul apreciază participarea tuturor pacienților, a medicilor de familie, a medicilor generaliști, a operatorilor de teren și a organizatorilor locali din țară.

## Cuvânt înainte

Serviciile medicale primare reprezintă valorile și principiile urmărite de OMS în eforturile la nivel mondial de sprijinire a țărilor în vederea consolidării sistemelor sanitare ale acestora, pentru a le face mai echitabile, cuprinzătoare și corecte. În Raportul Sănătății Mondiale 2008, OMS și-a reiterat angajamentul față de îmbunătățirea stării globale de sănătate, în special pentru cele mai dezavantajate populații, raport ce solicită țărilor să-și consolideze serviciile medicale ca fiind cea mai eficientă, corectă și cost-eficientă modalitate de organizare a unui sistem sanitar. Titlul raportului subliniază caracterul urgent al mesajului său: Serviciile medicale primare – acum mai mult decât oricând.

Regiunea europeană are o moștenire deosebit de durabilă – începând cu Declarația de la Alma-Ata din 1978 – în ceea ce privește strategiile de sănătate bazate pe intervențiile judicioase din punct de vedere științific și social acceptabile, care promovează solidaritatea, echitatea și implicarea activă a diferitelor sectoare, precum și a societății civile. În ultimii 30 de ani, sănătatea din cele 53 de state membre ale Regiunii europene OMS s-a îmbunătățit considerabil la nivel general, în ciuda schimbărilor semnificative în ceea ce privește tiparele și tendințele de apariție a bolilor, a profilurilor demografice și a expunerii la riscuri și pericole majore, într-un mediu socioeconomic cu evoluție rapidă. În plus, în Regiune au fost observate tendințe în sensul unor modele de îngrijire mai integrate și al unui pluralism în finanțarea și organizarea sistemelor de sănătate. Guvernele continuă să-și regândească rolurile și responsabilitățile în ceea ce privește sănătatea populației, precum și organizarea și furnizarea serviciilor sanitare, noua politică europeană de sănătate – Sănătatea 2000 – fiind un exemplu de asemenea reflecție. Aceasta oferă traiectorii pentru adresarea provocărilor din domeniul sanitar actuale și viitoare din Regiune, reafirmând totodată faptul că serviciile medicale primare se disting ca unul dintre instrumentele proeminente pentru integrarea prevenirii în sistemul sanitar general.

Raportul de față evaluează progresele ce au avut loc în asistența primară în România, utilizând o metodologie ce caracterizează un sistem de asistență primară bun ca fiind comprehensiv, accesibil, coordonat și care asigură continuitatea. Mai mult, metodologia evaluează și dacă furnizarea de asistență primară este realizată într-un cadru legal și normativ adecvat, cu mecanisme de finanțare, strategii de resurse umane, asigurarea de unități adecvate, echipamente și medicamente corespunzătoare, precum și printr-o conducere eficientă. Astfel, raportul oferă o perspectivă structurată a punctelor forte și a slăbiciunilor organizării și furnizării de servicii medicale primare dintr-o țară, inclusiv asupra opiniilor profesioniștilor și a pacienților direct vizați și până la creatorii de politici și factori de decizie. Echipa Biroului Regional OMS pentru Europa speră că acest raport va inspira reformele viitoare din domeniul asistenței primare din România, care vor aduce serviciile medicale mai aproape de nevoile și așteptările oamenilor.

Dorim să mulțumim numeroșilor colaboratori, în speciale Ministerului Sănătății din România, care au contribuit din plin la acest proiect cu idei și păreri. De asemenea, suntem profund recunoscători sprijinului financiar al Ministerului Sănătății, Asistenței Sociale și Sportului din Olanda, acordat în cadrul Programului de parteneriat dintre Biroul Regional OMS și Olanda.

Hans Kluge, MD, DTM

Director al diviziei de sisteme sanitare și sănătate publică

Biroul Regional OMS pentru Europa

## Sumar executiv

Raportul de față rezumă rezultatele Instrumentului OMS de evaluare a serviciilor medicale primare, lansat în România în 2009 și implementat în 2010, în cadrul Acordului bienal de colaborare (ABC) 2010-2011 încheiat între Biroul Regional OMS pentru Europa și Ministerul Sănătății din România, un acord care stabilește domeniile principale de activitate în care vor colabora cele două părți. Alți parteneri implicați în proiect au fost Institutul Olandez de Cercetare în Servicii Sanitare (The Netherlands Institute for Health Services Research – NIVEL), care este centru de colaborare OMS pentru serviciile medicale primare, Centrul de Politici și Servicii de Sănătate (CPSS) din România, precum și alți factori de decizie din sistemul sanitar din România, cum ar fi experți în politici naționale, institute de educație medicală, autorități regionale, medici de familie și pacienții acestora.

Instrumentul de evaluare a asistenței primare (IEAP) se adresează atât aspectelor referitoare la furnizare, cât și celor de cerere de asistență primară. Scopul său este de a sprijini ministerele sănătății și alți factori de decizie în monitorizarea progresului politicilor și reformelor ce vizează asistența primară, precum și în stabilirea de noi priorități, pornind de la informații bazate pe dovezi, cu scopul consolidării asistenței primare. În vederea aplicării în România, IEAP a fost combinat cu elementele altui instrument OMS – instrumentul de management al asistenței primare (IMAP). IMAP se concentrează asupra structurilor, mecanismelor și activităților care au ca rol menținerea și îmbunătățirea calității serviciilor medicale primare.

## Metode

Metodologia ce a stat la baza designului IEAP a fost derivată din Cadrul sistemelor sanitare OMS 2000 (1), conformă căruia performanța unui sistem sanitar este determinat de modul de organizare a funcțiilor sale. Funcțiile sistemului sanitar sunt conducerea, generarea resurselor, finanțarea și furnizarea de servicii. Cadrul instrumentului de evaluare a asistenței primare cuprinde cele patru funcții, împreună cu caracteristicile-cheie ale serviciilor medicale primare, inclusiv accesibilitate, continuitatea furnizării, coordonarea serviciilor medicale și aria de cuprindere. În plus, pentru fiecare dintre funcțiile și caracteristicile asistenței primare au fost identificate câteva dimensiuni și subteme cheie și, într-o etapă secundară, transpuse în unul sau în mai mulți indicatori sau variabile proxy adecvate. Aspectele referitoare la calitatea serviciilor medicale sunt legate de toate funcțiile sistemului sanitar, dar mecanismele de asigurare a calității și managementul acestora reprezintă elemente majore ale funcției de conducere. Aceste elemente includ o viziune a calității: reglementare, proceduri și rutine, precum și utilizarea informațiilor de tip feedback.

Pentru evaluarea complexității sistemelor de asistență primară, informațiile sunt colectate la diferite niveluri, atât la nivelul cererii, cât și al ofertei. Instrumentul combinat pe care l-am utilizat a constatat din trei instrumente: un chestionar cu privire la starea asistenței primare la nivel național, un chestionar pentru medicii de familie (MF) și pentru medicii generalişti (MG)<sup>1</sup>, și un chestionar pentru pacienți. Împreună, aceste trei chestionare au acoperit funcțiile identificate, precum și dimensiunile și elementele derivate din Cadrul sistemelor sanitare OMS 2000. Chestionarele pentru MF/MG și pentru pacienți au fost prestructurate, cu răspunsuri precodificate. Chestionarul pentru nivel național a cuprins întrebări prestructurate și întrebări deschise, precum și date statistice care au trebuit completate.

<sup>1</sup> Medicii de familie (MF) sunt medicii care au urmat o specializare în medicina de familie. Medicii generalişti (MG) au urmat un stagiul de medicină internă, dar nu au specializare în medicina de familie.

Evaluarea a fost derulată în 2010 în România, la scară națională. În scopul evaluării, țara a fost împărțită în cele trei mari regiuni istorice: Moldova, Muntenia și Transilvania. Cele trei chestionare au fost completate de un grup de experți în politici naționale și de alți factori de decizie din cadrul sistemului sanitari, de MF/MG și, respectiv, de pacienții care i-au vizitat. Datele au fost procesate și analizate în august și septembrie 2010. Raportul intermediar a fost discutat în cadrul unei întâlniri de validare care a avut loc pe 19 octombrie 2010.

Abordarea de tip sondaj sugerează faptul că rezultatele se bazează pe comportamentul sau experiențele declarate ale MF/MG și pacienților acestora. În plus, afirmațiile de implicare a MF/MG în anumite servicii pentru pacienții lor nu implică o măsură a calității. Deși studiul de față a fost implementat la nivel național, cu utilizarea unor eșantioane reprezentative, metodologia aplicată sugerează faptul că rezultatele obținute sunt estimative. Dată fiind dimensiunea eșantioanelor din acest studiu, trebuie luate în calcul intervalele de încredere: pentru sondajul MF/MG +/- 4,9%, iar pentru sondajul în rândul pacienților +/- 2,3%.

# Rezultate

## Rezultate naționale

(Din chestionarele referitoare la sistemul sanitar și din interviurile cu experți în politici naționale și cu profesioniști din domeniul sanitar)

## Conducere / guvernare

Implementarea unui program pilot de asistență primară orientat către o modalitate nouă de finanțare și către o schimbare, în privința furnizorilor independenți, a asistenței primare și secundare a început în 1994, abordând probleme majore, cum ar fi lipsa de eficiență cauzată de accentul crescut pus pe serviciile spitalicești, inechitatea și accesul precar la serviciile medicale de bază, precum și finanțarea inechitabilă și lipsa de personal în asistența primară (îndeosebi în zonele rurale).

Un pas înainte major înregistrat în domeniul reforme sanitare a fost Legea asigurărilor sociale de sănătate (Legea 145/1997), care a transformat MF în furnizori independenți, contractați în mod direct de către casele județene de asigurări de sănătate (CJAS) pentru serviciile prestate. În conformitate cu această lege, Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) au dezvoltat un contract-cadru național anual (emis prin ordonanță de guvern) care stabilește drepturile populației asigurate și condițiile pentru toți furnizorii, inclusiv pentru MF/MG, de livrare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Un alt element esențial în profesionalizarea medicinei de familie și a serviciilor primare din România a fost Legea reformei sanitare din 2006, care a abordat în mod explicit medicina de familie.

În 2008, Comisia prezidențială pentru sănătate a elaborat o viziune de integrare a serviciilor medicale și a furnizorilor acestora, viziune publicată în documentul „Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului”, în care se menționa nevoia de consolidare a asistenței primare ca element esențial al reformei sectorului sanitar. Au fost formulate următoarele priorități: dezvoltarea de echipe multidisciplinare, cu accent pe servicii de tip comunitar, creșterea diversității serviciilor de asistență primară și investiția în capitalul uman, prin intermediul planificării suplimentare a capacității și dezvoltarea de programe vocaționale atrăgătoare. Documentul sublinia și importanța informațiilor adecvate și a tehnologiei comunicației, evaluarea adecvată a cabinetelor prin utilizarea unui sistem coerent de indicatori ai calității, precum și a investițiilor suplimentare în infrastructura cabinetelor. Pentru a permite realizarea priorităților, documentul stipula că bugetul alocat asistenței primare trebuie să crească de la 10% la 15% din bugetul total al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Remunerația MF/MG, majoritatea acestora fiind liber-profesioniști, constă într-un mix dintre plata pentru capitație și plata pe serviciu. Plățile au legătură cu numărul și vârsta persoanelor înregistrate și pot fi mai mari în funcție de amplasare (urbană sau rurală) și de condițiile grele de desfășurare a activității. Cifra de afaceri medie anuală per MF/MG se estimează la 32.000 EURO, din care trebuie deduse costurile cu salariile asistenților medicali și alte costuri ale cabinetului, precum și taxele și impozitele, ajungându-se astfel la venitul net. La costurile și investițiile cabinetului, cum ar fi cele în echipament, nu se aplică rambursarea contractuală. MF/MG pot genera resurse suplimentare prin furnizarea de servicii plătite în mod privat, care reprezintă, totuși, o proporție mică a veniturilor.

## Resurse umane

Aproape o treime din toți medicii activi sunt contractați ca MF/MG în asistența primară. Toate cele 12 facultăți de medicină (de stat și particulare) din România oferă un program postuniversitar de formare în medicina de familie, absorbind în jur de un sfert dintre toți absolvenții de medicină. Totuși, nu toți dintre aceștia aspiră la o carieră de MF, un număr semnificativ de renunțând în timpul rezidențiatului, întrucât se pregătesc pentru examenul de rezidențiat în alte specialități.

Proporția de asistenți medicali activi în asistența primară este mult mai mică (12,6%) decât proporția medicilor. Doar 7,7% dintre moașe lucrează în asistența primară.

## Managementul calității

Calitatea asistenței medicale este monitorizată de mai multe mecanisme, cum ar fi verificările de rutină ale fișelor medicale, autorizarea obligatorie, feedback cu privire la servicii, utilizarea resurselor și medicamentelor de pe listele CNAS. Totuși, dincolo de aceste mecanisme formale, peisajul dezvoltării profesionale și asigurării calității este necorespunzător: nu există program de evaluare a calității asistenței primare; au fost dezvoltate o serie de recomandări clinice pentru MF/MG, însă acestea nu sunt utilizate pe scară largă și, în plus, nu există recomandări pentru asistenții medicali din asistența primară.

## Furnizarea de servicii

Guvernul utilizează norme de control al volumului serviciilor MF/MG. Rezultatele obținute din sondajul în rândul pacienților sugerează o discrepanță între aceste norme și practica de zi cu zi (de exemplu, în rata anuală de contact MF/MG și pacient). La un procent estimativ de 10%, rata de trimiteri pare să fie mare. În zonele urbane este chiar mai mare, în jur de unu la opt. N-au fost disponibili indicatori importanți, cum ar fi internările și prescripția de medicamente de către medicii de medicină generală.

## Rezultatele medicilor de medicină generală și ale pacienților

(din chestionarele MF/MG și cele de pacienți)

## Accesibilitatea asistenței medicale

Aproape trei sferturi dintre pacienți locuiesc în apropierea cabinetului, parcurgând în 20 de minute distanța dintre cabinet și domiciliu. Cu toate acestea, MF/MG au realizat puțin vizite la domiciliu. Programul de lucru a medicilor au fost în jur de 40 de ore standard pe săptămână. Doar un procent redus de MF/MG (aproximativ 10%) au declarat că în domeniu există o lipsă de personal, sugerând o distribuție echitabilă a MF/MG în țară. MF/MG și pacienții au declarat că este posibil ca pacientul care vine la cabinet pentru o consultație să beneficieze de aceasta în aceeași zi. Pentru o serie de alte aspecte, a existat tendința ca MF/MG să aibă opinii întrucâtva mai pozitive decât pacienții. De exemplu, două treimi din MF/MG au indicat faptul că au program de seară (după ora 18.00) cel puțin o dată pe săptămână, în timp ce acest lucru a fost remarcat de mai puțin de jumătate dintre pacienți. Totuși,

cabinetele deschise sâmbăta au fost rare, iar MF/MG care să aibă site web sunt încă excepții. 45% dintre pacienți au declarat că accesul fizic la cabinet pentru persoanele cu infirme sau pentru cei în scaun cu roțile nu a fost suficient.

Deși majoritatea serviciilor medicale primare sunt gratuite, se pare că există unele obstacole financiare. Două treimi dintre pacienți au indicat că au fost nevoiți să asigure (co)plata pentru medicamente prescrise de către MF; o cincime au plătit consultația la domiciliu și o cincime au plătit consultația medicului de specialitate la care au primit trimitere. 10% dintre pacienți au afirmat că au amânat sau au lipsit de la consultația la MF/MG din motive financiare.

## **Coordonarea serviciilor medicale**

Cabinetele cu un singur medic reprezintă forma dominantă, cuprinzând aproape 7 din 10 MF/MG, care lucrează obligatoriu cu cel puțin un asistent medical. În rândul profesioniștilor medicali, ședințele cu caracter constant sunt relativ rare: mai mult de jumătate dintre MF/MG organizează ședințe cu asistentul lor medical și cu alți MF/MG, dar ședințe cu alte categorii profesionale (asistent comunitar, moașă, farmacist etc.) din domeniul serviciilor primare sunt rareori întâlnite. Întâlniri regulate cu specialiști medicali de la nivel secundar au fost, de asemenea, rare, dar MF/MG au acces facil la aceștia pentru a apela la recomandările lor. În general, MF/MG sunt văzuți ca având rolul de prim-contact în accesarea serviciilor medicale; aproape toți pacienții raportează faptul că mai întâi merg la consultație la aceștia, și apoi la un medic specialist.

## **Continuitatea serviciilor medicale**

Aproape 80% dintre pacienți au același MF/MG de peste trei ani. Aproape toți au fost mulțumiți cu privire la disponibilitatea propriului MF/MG, deși doar jumătate dintre aceștia din urmă au avut cabinetul deschis seara și numai foarte puțini (17%) au fost disponibili în timpul weekendului. Fișele clinice par să fie păstrate în mod adecvat de MF/MG, iar 70% dintre ei folosesc un computer în acest scop. Cu toate acestea, mulți au probleme în a obține date directe specifice din sistemul lor de informații, fapt ce sugerează că medicii nu folosesc sisteme informatice bine dezvoltate. O bază de date națională, care ar fi trebuit să ofere un cadru pentru un software mai extins, s-a dovedit a fi orientată doar pe partea de management financiar. Doar un sfert dintre MF/MG folosesc un computer pentru administrarea financiară sau pentru programările pacienților. Biletele de trimitere la medicii specialiști au fost utilizate pe scară largă, dar majoritatea pacienților au declarat că atunci când au fost la consultație la alt medic decât al lor, s-a dovedit că informațiile au fost insuficiente.

## **Aria de cuprindere a serviciilor medicale**

În general, MF/MG au avut dotări la un nivel acceptabil, dar disponibilitatea foarte redusă a anumitor elemente, cum ar fi trusa de urgență, ototipul și otoscopul, ridică întrebări cu privire la posibilitatea furnizării unui set cuprinzător de servicii medicale primare. Poate fi chiar îngrijorător că aproape jumătate dintre toți MF/MG (45%) au răspuns că au avut acces insuficient sau n-au avut acces la laborator sau de radiologie. În zonele rurale, situația este chiar mai gravă.

Profilul serviciilor clinice asigurate de MF/MG a prezentat unele aspecte forte, dar și unele mai slabe. Aceștia par să dețină un atu puternic în ceea ce privește tratamentul bolilor, dar rolul de prim-contact în cazul diverselor probleme de sănătate și alte probleme asociate poate fi îmbunătățit în mare măsură. În special, a fost evident că MF/MG n-au fost primul contact pentru probleme nemedicale (cum ar fi problemele de ordin mintal sau psihosocial). Observația a fost confirmată de peste jumătate dintre pacienți. MF/MG au declarat că au o activitate extrem de limitată în furnizarea de servicii din domeniul procedurilor medicale și de prevenție. Aparent, MF/MG preferă să facă trimiteri pentru screening și vaccinare, în loc să efectueze chiar ei aceste servicii. Jumătate dintre MG/MG au declarat că sunt foarte implicați în serviciile de sănătate pentru mamă și copil, mai ales în zonele rurale. MF/MG au părut să fie activi în promovarea sănătății. Cei mai mulți pacienți au afirmat că MF/MG a vorbit despre acest subiect, în special despre alimentația sănătoasă și despre exercițiile fizice.

## **Asigurarea calității**

Mai mult de jumătate dintre MF/MG au declarat că nu utilizează în mod frecvent ghidurile clinice. Procedurile de gestionare a reclamațiilor sunt utilizate în general, dar sondajele de satisfacție a pacienților au fost raportate doar de jumătate dintre MF și de o treime dintre MG. Interviuri cu reprezentanți ai comunității, pentru aflarea satisfacției lor față de serviciile de asistență primară, nu au fost frecvente. Aproximativ 40% dintre MF/MG au declarat realizarea de interviuri de satisfacția față de locul de muncă. Majoritatea MF/MG au avut la îndemână ghiduri clinice, dar jumătate dintre aceștia nu au primit versiuni actualizate sau revizuite. Cele mai des folosite activități de dezvoltare profesională au fost căutarea de informații medicale pe internet și citirea de reviste de specialitate. Legăturile informale cu colegii au fost o sursă suplimentară de informații. Astfel de legături și lecturi profesionale au fost raportate în mod clar mai frecvent decât activități cum ar fi contribuția la dezvoltarea de ghiduri clinice sau realizarea de cercetări. MF/MG din zona urbană au fost mai adesea implicați în dezvoltarea de ghiduri, cercetări și investigații cu privire la satisfacția pacienților, în timp ce medicii din zona rurală au fost mai adesea implicați în consultarea colegilor, citirea revistelor medicale sau căutarea pe internet.

Rezultatele obținute în urma verificării fișelor medicale de către autorități sau de asigurătorul de sănătate au fost raportate de 56%, astfel încât acest rezultat este cea mai frecventă formă raportată de feedback extern. Feedbackul referitor la trimiteri, prescrierea de medicamente și calitatea fișelor pacienților au fost amintite de ceva mai mult de 40% dintre MF/MG, în timp ce o treime au declarat că au primit feedback cu privire la dezvoltarea profesională. Per ansamblu, MF/MG au raportat mai frecvent faptul că au primit feedback, în comparație cu colegii lor din mediul urban.



## Indicatori selectați

**Tabelul 1. Indicatori selectați pentru serviciile primare în trei regiuni din România, 2010**

Funcții	Indicatori de tip proxy selectați	Rezultate MF/MG (N=405) Pacienți (N=1800)
<b>Conducere/ Guvernare</b>	Departamentul din cadrul Ministerului Sănătății care se ocupă cu asistența primară	Nu
	MG care raportează că au în cabinet procedură de reclamație pentru pacienți	MF 91,6% MG 89,3%
<b>Finanțare</b>	MG care sunt liber-profesioniști (în baza sondajului)	76%
	Pacienți care raportează coplată pentru medicamente prescrise în cadrul asistenței primare	64,7%
<b>Generarea de resurse</b>	Procentul de medici activi care lucrează în asistența primară	29,5%
	MG cu formare de specialitate	88,3%
	Vârsta medie a MF/MG	49,5 ani
	Timpul declarat acordat lecturilor de specialitate (pe lună)	MF 19,7 ore MG 22,3 ore
	Facultățile de medicină cu secție de medicină de familie	12 (toate)
	Număr total de profesori de medicină de familie	8
	Echipamentele medicale disponibile pentru MF/MG (dintr-o listă de 30 de dispozitive)	19,5 obiecte
	MF/MG care declară că nu au acces sau au acces insuficient la servicii de laboratoare	Urban: 33,2% Rural: 53,9%
	MF/MG care declară că nu au acces sau au acces insuficient la servicii de radiologie	Urban: 33,2% Rural.: 52,3%
	MF/MG care are un computer în cabinet	MF: 97,8% MG : 91,5%
<b>Furnizarea serviciilor</b>		
<b>Acces la servicii</b>	Procentul de pacienți care locuiesc la distanță de maxim 20 de minute de cabinetul MF/MG	70,8%
	Numărul mediu de pacienți înregistrați per MG	Urban: 2.045 Rural: 1.897
	Număr mediu de consultații pentru pacienți, pe zi, per MG	26
	Număr mediu de consultații la domiciliu pe săptămână, per MF/MG	6,8

Funcții	Indicatori de tip proxy selectați	Rezultate MF/MG (N=405) Pacienți (N=1800)
	Ore de lucru al MF/MG pe săptămână	Urban: 39,4 ore Rural: 41,0 ore
	Durata medie a consultațiilor pentru pacienți	19 minute
	Număr de întâlniri cu MF/MG raportate de pacienți pe an	7,7 vizite pe an
	MF/MG care au program seara, cel puțin o dată pe săptămână	63 %
	Pacienți care raportează posibilitatea de a beneficia de consultație în ziua în care aceasta a fost solicitată	92,8%
	Procentul de trimeri la specialiști de ordin secundar (ca proporție dintre toate consultațiile realizate la cabinet sau la domiciliu)*	MF: 11,32% MG: 8,82%
	Procentul de trimeri la specialiști de ordin secundar, în funcție de regiune	Moldova: 13,3% Muntenia: 10,9% Transilvania: 10,2% Total: 11,0:%
<b>Coordonare</b>	MF/MG care au în comun spațiul cabinetului cu alți MG	31,6%
	MF/MG care raportează ședințe regulate cu asistenței medicali din cabinete	53,6%
	MF/MG care raportează ședințe regulate cu farmaciștii	23,0%
<b>Continuitate</b>	MF/MG care raportează că păstrează în mod regulat fișe medicale complete	MF: 89,7% MG: 93,6%
	Pacienții care raportează că au fost repartizați la MF/MG (și nu l-au ales în mod liber)	1,3%
	Pacienți care declară că sunt pe lista MF/MG actual de cel puțin 1 an	93,9%
<b>Aria de cuprindere</b>	MF/MG care raportează utilizarea frecventă a ghidurilor clinice	Moldova: 47,1% Muntenia: 39,3% Transilvana: 56.6% Total: 47,8%
	Rolul MF/MG în primul contact în vederea serviciilor medicale pentru 18 probleme de sănătate selectate (1=niciodată; 4=întotdeauna)	MF: 2,57 MG: 2,55
	Implicarea MF/MG în tratamentul a 19 boli selectate (1=niciodată; 4=întotdeauna)	MF Urban: 2,99 Rural: 3,28 MG Urban: 2,79 Rural: 3,48

Funcții	Indicatori de tip proxy selectați	Rezultate MF/MG (N=405) Pacienți (N=1800)
	Implicarea MF/MG în furnizarea unei selecții de 16 proceduri preventive și intervenții medicale (1=niciodată; 4=întotdeauna)	1,33
	Acoperirea de către MF/MG a activităților de sănătate publică (în funcție de 8 elemente = 100%), în mod obișnuit	Efectuarea serviciului: 21,9% Trimitere pentru serviciul respectiv: 47,4% TOTAL: 69,3%
	MF/MG care realizează screening pentru cancerul cervical	Moldova: 11,0% Muntenia: 13,6% Transilvania: 15,5% Total: 13,8%:
	MF/MG care furnizează planificare familială / servicii de contracepție	Moldova: 74,0% Muntenia: 46,3% Transilvania: 52,3% Total: 53,6%:
	MF/MG care furnizează servicii medicale prenatale în mod obișnuit	Moldova: 95,9% Muntenia: 85,9% Transilvania: 85,8% Total: 87,7%
	MF/MG care realizează screening pentru TB	Moldova: 13,7% Muntenia: 13,6% Transilvania: 11,0% Total: 12,6%
	MF/MG care au întâlniri regulate cu autoritățile locale	18,8%
<b>Asigurarea calității</b>	Număr disponibil de ghiduri clinice dezvoltate cu ajutorul medicinei de familie	7
	MF/MG care beneficiază în mod regulat de versiuni actualizate sau revizuite de ghiduri	29,6%
	MF/MG care utilizează în mod frecvent ghiduri clinice	48%
	MF/MG interesați de satisfacția pacientului	47,7%
	MF/MG care beneficiază de feedback extern la trimerile efectuate	44%

Rezultatele referitoare la medici din asistența primară și la pacienți sunt bazate pe sondaje derulate în rândul a 405 MF/MG și, respectiv, 1800 de pacienți.

\* Calculul este bazat pe consultațiile și trimerile raportate; nu sunt incluse prezentarea pacienților din proprie inițiativă la alți specialiști.

## Politică de acțiune recomandată<sup>2</sup>

### Guvernare și reglementare

- Prioritate pentru asistența primară

Asistența primară trebuie să rămână în continuare o prioritate majoră, având în centru MF. Factorii de decizie trebuie să se implice în mod activ într-un proces de reformă coordonat de Ministerul Sănătății.

În România s-au obținut rezultate marcante în medicina de familie. MG au fost acceptați, iar pacienții au o atitudine pozitivă cu privire la rolul și serviciile acestora. Totodată, posibilitățile de îmbunătățire sunt evidente, fiind necesară abordarea acestora în comun de către un minister cu viziune (și, probabil, cu un departament separat de asistență primară) și de organizațiile și formatorii profesionali.

- Dezvoltări ulterioare a rolului de prim-contact al MF

Eficiența rolului de prim-contact al MF trebuie îmbunătățit prin revizuirea critică a prezentării pacienților din proprie inițiativă la alți specialiști, prin monitorizarea mai atentă a trimiterilor la specialiști și la spitale, precum și prin introducerea de stimulente relevante atât pentru medici, cât și pentru pacienți.

Deși datele oficiale cu privire la trimiteri și internări pentru asistență primară n-au fost disponibile, rezultatele sondajului indică procente ridicate de trimiteri, un rol limitat al primului contact, dar și oportunități de extindere a gamei de servicii de asistență primară. MF au rate de trimiteri chiar mai mari decât MG. Implicarea MF și MG în domeniul prevenției, în proceduri medicale și în activități de sănătate publică au fost mult sub nivelul optim.

- Politici și planificare în privința resurselor umane

Este necesară dezvoltarea unei politici active în domeniul resurselor umane în sistemul de asistență medicală (primară), inclusiv a unui mecanism de planificare pentru estimarea nevoilor viitoare de forță de muncă.

Peste jumătate din forța de muncă din rândul MF/MG din România, marea majoritate femei, a trecut de vârsta de 50 de ani și se va pensiona în viitorul apropiat. Emigrația medicilor poate fi un alt motiv al cererii crescute pentru doctori în viitor. Nu trebuie examinată doar latura ieșirii din sistem, ci și cea referitoare la intrare (educația medicală). Numărul de rezidenți în MF este în scădere, iar unii dintre aceștia vor alege altă specialitate. În sfârșit, schimbările demografice și de structură a familiei pot modifica, în viitor, cererea de servicii medicale. Estimarea nevoilor de personal medical poate asigura faptul că sistemul de asistență medicală va reuși să răspundă în mod adecvat la nevoile populației.

- Reglementarea practicienilor independenți

Reglementarea pentru MF/MG trebuie acordată în conformitate cu statutul lor în câmpul muncii.

Marea majoritate a MF/MG din România sunt organizați sub formă independentă, având statut de antreprenori (patroni). Alegând în mod optim tipul de ce contractare și stimulentele, MF/MG pot profita la maxim de avantajele sistemului. Reglementarea practicienilor independenți trebuie să respecte (și să se bazeze pe) statutul lor de

---

<sup>2</sup> Recomandările sunt bazate pe informații adunate de la experții de nivel național, pe observații efectuate în timpul vizitelor în teren și în sondajele din rândul MF/MG și al pacienților.

antreprenori. MF/MG din România sunt supuși unor reglementări stricte, de pildă în ceea ce privește orele de muncă și numărul de consultații, lucru aparent neproductiv și neadecvat practicii independente. Pe de altă parte, autoritățile județene nu au suficiente mijloace pentru gestionarea calității serviciilor și asigurarea responsabilității MF și MG în sfera lor.

- **Managementul calității serviciilor de sănătate**

**Trebuie stabilit dacă administratorii de la nivel central și periferic au mijloace suficiente (și le folosesc) pentru a conduce serviciile de asistență primară.**

Mai multe instrumente par să fi fost aplicate pentru menținerea și îmbunătățirea calității serviciilor. Între 40% și 50% dintre MF/MG au declarat că au primit feedback la verificarea fișelor medicale, a trimerilor la medici specialiști sau a rețetelor. În ciuda acestor instrumente, numărul de trimeri este mare, ghidurile pot fi utilizate mai bine, iar gama de servicii din sfera asistenței primare poate fi îmbunătățită. Așadar, instrumentele disponibile fie sunt insuficiente, fie nu sunt utilizate în mod adecvat. Există posibilitatea ca CJAS și autoritățile județene de sănătate să aibă o capacitate redusă de îndeplinire a rolului de gardieni ai calității.

- **Rolul asistenților medicali**

**Este necesară dezvoltarea unui rol mai independent al asistenților din asistența primară, ceea ce va extinde posibilitățile asistenței primare și, în viitor, ar putea compensa un posibil număr redus de MF/MG.**

Fiecare MF/MG din România este obligat să angajeze un asistent medical, dar potențialul acestor asistenți nu este utilizat în mod adecvat. În prezent, asistenții medicali sunt în mare măsură implicați în activități care pot fi delegate personalului administrativ. Asistenții medicali ar trebui să beneficieze de o formare profesională ca profesioniști medicali (semi)independenți, care să îndeplinească sarcini de prevenție și monitorizare de rutină a pacienților cu boli cronice.

- **Sisteme informatice**

**Informațiile din asistența primară trebuie îmbunătățite, iar cele disponibile la momentul actual trebuie utilizate mai bine. O abordare pentru reducerea lipsei de informații poate fi promovarea cercetării bazată pe practică, coordonată de profesori de medicină de familie (în conformitate cu o recomandare formulată mai jos).**

Rezultatele au sugerat că sistemele actuale informatice clinice ale MF/MG nu sunt dezvoltate în mod adecvat, sau cel puțin nu pot furniza informații pentru planificare. Din cauza lipsei de coordonare și armonizare, informațiile disponibile la nivel de cabinet pot fi folosite doar în mică măsură pentru evaluare și cercetare. Totuși, astfel de informații sunt necesare pentru feedbackul față de MF/MG și autorități locale, precum și pentru dezvoltarea profesională. În plus, informațiile sunt utilizate doar într-o manieră extrem de limitată. Dacă ar fi disponibile pe scară mai largă și mai liber, datele colectate de CNAS pot fi o sursă valoroasă de informații pentru politicile sanitare și pentru alte scopuri.

## Educație și dezvoltare profesională

- Abilități profesionale

Este necesară corespondența dintre cunoștințele și abilitățile MF//MG și sarcinile lor formale.

Procentul crescut de trimiteri ale MF/MG către medicii de specialitate și nivelul redus de implicare într-un număr de activități preventive și proceduri medicale pot indica o eroziune a abilităților profesionale. În plus, sarcinile noi pot necesita abilități noi (de exemplu, comunicare, colaborare, practica managementului, advocacy pentru sănătate). Evaluarea abilităților trebuie încorporată în sistemul de acreditare al EMC și în curricula de MF.

- EMC bazată pe nevoi

Educația medicală continuă (EMC) trebuie să fie orientată pe baza nevoilor educaționale reale ale medicilor și asistenților medicali, pe baza nevoilor populației, și nu în funcție de preferințele personale. Competențele trebuie evaluate și integrate mai explicit în EMC.

Sondajul a arătat că MF/MG au libertate de decizie cu privire la ce program de EMC să urmeze. Nu se impune reducerea acestei libertăți, dar MF/MG trebuie să beneficieze de recomandări cu privire la lacunele de competență. Aceste recomandări îi vor ajuta să ia o decizie informată cu privire la EMC, decizie ce va avea ca rezultat competențe îmbunătățite.

- Ghiduri clinice

Este necesară promovarea și stimularea dezvoltării sistematice de ghiduri clinice, inclusiv producerea de ghiduri care să beneficieze de experiența practicii de zi cu zi. Ghidurile trebuie actualizate în mod constant, fiind totodată nevoie să fie distribuite și integrate în EMC. Pentru o implementare eficientă, trebuie luate în calcul atitudinile MF și MG față de utilizarea ghidurilor.

Sondajul a arătat că utilizarea și acceptarea ghidurilor lasă de dorit. Uneori, respectarea acestora este influențată de o limitare în prescrierea medicamentelor sau de îngrădirea posibilităților de trimitere a pacienților în vederea efectuării anumitor investigații. Cu toate acestea, există și alte obstacole în utilizarea și respectarea ghidurilor, care trebuie luate în calcul cu seriozitate. Asociațiile profesionale relevante și formatorii trebuie să dețină un rol major în procesul de dezvoltare și implementare a ghidurilor clinice. Statul este mai adecvat pentru a deține un rol de facilitare și supervizare. Utilizarea și respectarea ghidurilor trebuie evaluate în mod constant.

- Cercetarea bazată pe practică în asistența primară

Cercetarea în asistență primară și în medicina de familie trebuie promovate prin facilitarea dezvoltării cercetării în cadrul catedrelor de MF ale facultăților.

Poziția MF ca specialitate este în continuare relativ slabă. Chiar și condițiile pentru predare bazată pe practică sunt suboptimale. Experiența altor țări a arătat că acele cabinete ale MF implicați în activitatea de predare a medicinei de familie reprezintă locații bune pentru cercetarea clinică și pentru cercetare în domeniul serviciilor de sănătate. Doctoratele în MF sunt importante pentru extinderea suplimentară a bazei de cunoștințe și pentru dezvoltarea profesională a MF și a asistenței primare, în general.

## Finanțare și stimulente

- Stimulente

MF/MG trebuie stimulați în sensul îmbunătățirii competenței și a calității serviciilor medicale, prin intermediul stimulentei financiare nou create.

Este necesară introducerea stimulentei pentru a crește probabilitatea obținerii performanței sau rezultatelor specifice dorite. Totodată, este importantă încurajarea MF/MG să coopereze mai bine și să dezvolte lucrul în echipe interdisciplinare, precum și crearea și oferirea oportunităților de formare a unor noi abilități.

- Asigurare voluntară și bariere financiare la acces

Plăți curente și efectul lor asupra utilizării serviciilor esențiale de sănătate trebuie investigate, îndeosebi în relație cu grupurile vulnerabile. În plus, trebuie cântărit dacă introducerea asigurării voluntare de sănătate pentru serviciile de sănătate acoperite parțial sau care nu sunt acoperite este o soluție împotriva cheltuielilor cu sănătatea mari sau fluctuante, ale pacienților individuali.

Zece la sută dintre pacienți au declarat că în ultimele 12 luni nu au fost la consultație sau au amânat vizita la MF/MG din cauză de motive financiare. Fără îndoială că, în viitor, coplățile vor crește, lucru care va genera din ce în ce mai multe bariere în calea accesului la servicii. Este posibil ca coplățile să sporească pentru persoanele cu venituri mici și sănătate precară.

## Furnizarea serviciilor

- Coordonare și integrare

Coordonarea și colaborarea în rândul tuturor disciplinelor medicale, paramedicale și sociale, care împreună constituie serviciile medicale primare, trebuie stimulate, luând în calcul posibila rezistență în rândul MF/MG.

Asistența primară înseamnă mai mult decât MF/MG și asistenții medicali ai acestora. La ora actuală, asistența primară pare să fie fragmentată în mare măsură. Din perspectiva MF/MG, sondajul a scos la iveală o absență aproape toată a colaborării interdisciplinare structurate. MF/MG par să se bucure de libertatea pe care o au, în detrimentul furnizării asistenței integrate. Aceștia nu sunt în favoarea cabinetelor comune, iar centrele de sănătate multidisciplinare se situează în afara orizontului lor. O politică activă nou dezvoltată, acceptată de guvern, autoritățile locale, asociațiile profesionale și facultățile medicale, poate crea modele compatibile cu o aversiune persistentă în prezent față de structuri percepute ca fiind „colectiviste”.

- Exhaustivitate: aria de cuprindere a serviciilor MF/MG

Este necesară promovarea activă a unui profil mai cuprinzător al serviciilor furnizate de MF/MG.

Sondajul a identificat lipsuri clare în profilul serviciilor MF/MG. Rolurile MF/MG ca punct de intrare și de prim-contact au fost limitate, în special în ceea ce privește problemele sociale și psihologice, ceea ce sugerează nevoi nesatisfăcute în aceste sfere. Există numeroase aspecte care se pot îmbunătăți în sfera micii chirurgii și a altor proceduri care sunt efectuate (cu costuri mult mai mari) în spitale sau camerele de urgență. În această privință, limitările impuse de contractul-cadru și de alte reglementări

par să aibă un rol restrictiv. Prevenția și anumite activități de sănătate publică se pretează, de asemenea, a fi transferate la nivelul primar. Întrucât preluarea unor servicii care anterior nu erau furnizate necesită cunoștințe și abilități noi, extinderea sarcinilor are și implicații educaționale.

- **Continuitate: asistență MF/MG în afara orelor de program**

Este necesară dezvoltarea unui sistem de asistență primară în afara orelor de program, furnizată de către MF/MG și coordonată cu serviciile de urgență și cu spitalele.

Întrucât programul de lucru este strict reglementat, de obicei MF/MG nu sunt disponibil în timpul serii, nopții și în zilele de week-end. În afara orelor de program, o rețea incompletă și heterogenă de MF/MG în afara programului (numite „centre de permanență”) oferă servicii de asistență primară. Întrucât acest lucru nu este suficient, mulți oameni se adresează spitalelor și secțiilor de urgență sau sună la serviciul de ambulanță, deși nu necesită servicii de specialitate. Această situație nu este nici eficientă, nici utilă, ducând la supraconsum medical. Exemplele de la nivel internațional demonstrează că serviciile de MF/MG în afara orelor de program, de calitate superioară, pot fi organizate suficient de bine pentru a se plia atât pe profilul MF/MG, cât și pe nevoile populației.



# 1. Evaluarea asistenței primare: justificare și aplicație

## 1.1 Cadrul teoretic al Instrumentului de evaluare a asistenței primare și Instrumentului de management al asistenței primare

### 1.1.1 De ce este necesară evaluarea asistenței primare?

Deși consolidarea serviciilor de asistență primară este o prioritate pentru reformele sanitare din multe țări, justificarea și motivația reformelor variază de la o regiune la alta. În Europa de vest, este de așteptat ca accentul pus pe asistența primară să abordeze costurile în creștere și modificarea cererii care rezultă din curente demografice și epidemiologice, în timp ce țările din Europa centrală și de est, precum și cele care au făcut parte din Uniunea Republicilor Sovietice Socialiste, fac eforturi în sensul îmbunătățirii performanței și cost-eficienței sistemelor lor sanitare ca întreg. Asistența primară, care în acele țări era slab dezvoltată sau inexistentă, acum este dezvoltată în acest sens și, de asemenea, pentru a aduce mai aproape de populație servicii sanitare adecvate și eficiente. Astfel de reforme sanitare se încadrează în modificările profunde și complexe ce au loc în funcțiile și valorile sociale esențiale (2).

Evaluările și măsurători ale performanței joacă un rol din ce în ce mai mare în reformele de sănătate. Factorii de decizie au nevoie de această informație pentru a-și baza deciziile cu privire la orientarea sistemului sanitar către rezultate mai bune (3). În trecut, reformele nu s-au bazat întotdeauna pe dovezi, iar progresul acestora a fost adesea influențat de conflicte politice sau de interesele grupurilor profesionale specifice, și nu de o serie de evaluări raționale. Această situație se schimbă acum. Factorii de decizie din domeniul serviciilor de sănătate, și nu în ultimul rând guvernele, sunt din ce în ce mai mult trași la răspundere pentru activitățile lor, iar acest lucru necesită dovezi, de exemplu cu privire la progresul reformelor.

În plus, modificările demografice și epidemiologice necesită adaptarea sistemului sanitar, inclusiv evaluarea capacității de reacție a serviciilor medicale din perspectiva pacienților. Astfel de evaluări generează informații despre accesul și caracterul convenabil al serviciilor, despre modul în care pacienții sunt tratați de personalul medical, despre cum pacienții percep informațiile și comunicările care pot avea urmări asupra comportamentului și bunăstării lor, precum și despre modul în care este gestionată îngrijirea lor, la nivelul asistenței primare sau dincolo de aceasta.

Mai mult, evaluările și măsurătorile performanței trebuie explicate în contextul respectiv (al țării). Abia atunci performanța poate servi ca aport direct în crearea de politici și reglementări. Totuși, rolul guvernelor se extinde dincolo de utilizarea directă a informațiilor. Rolul de conducere implică, de asemenea, faptul că este necesar un flux necesar de informații și că acesta trebuie pus la dispoziția celorlalți decidenți din sistemul de sănătate, precum și că este disponibilă capacitatea analitică necesară.

O ultimă solicitare majoră a evaluărilor și măsurătorilor performanței este aceea de pornire de la un cadru adecvat de dezvoltare, în vederea asigurării relevanței indicatorilor (de tip proxy) și a acoperirii bune a sferelor identificate. Următoarele secțiuni descriu cadrul utilizat pentru dezvoltarea Instrumentului de evaluare a asistenței primare (IEAP).

### 1.1.2 Evaluarea asistenței primare și cadrul sistemelor sanitare

Un sistem sanitar poate fi definit ca un set structurat de resurse, actori și instituții legate de finanțarea, reglementarea și furnizarea de acțiuni de sănătate, care asigură asistență medicală unei populații date. Acțiunea de sănătate este concepută sub forma unui set de activități al cărui scop fundamental este îmbunătățirea sau menținerea stării de sănătate. Obiectivul general al unui sistem sanitar este optimizarea stării de sănătate a întregii populații, pe tot parcursul vieții, luând în calcul atât mortalitatea prematură, cât și dizabilitatea (4).

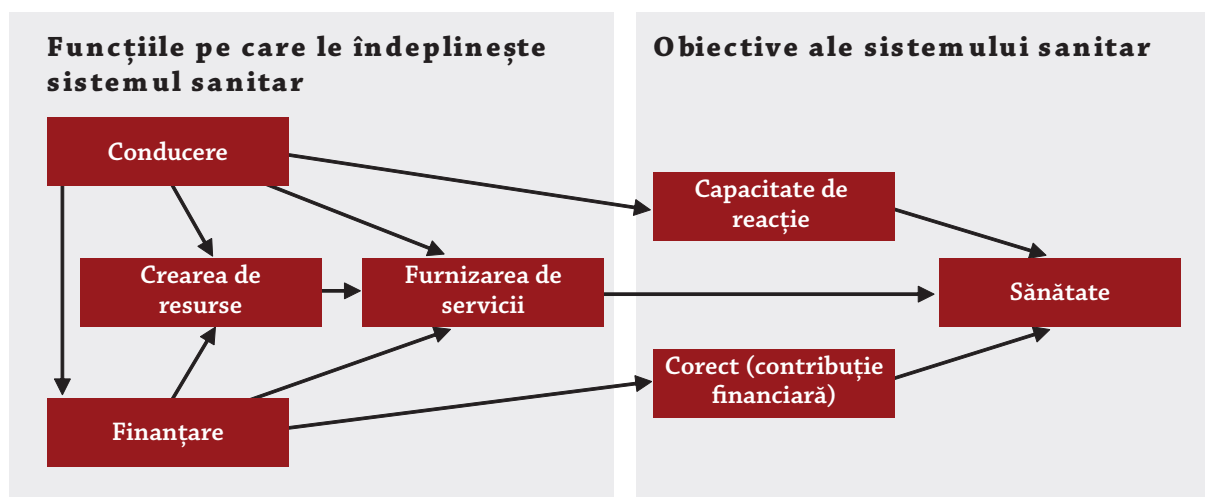
Sistemele sanitare au ca scop atingerea a trei obiective fundamentale:

- o sănătate îmbunătățită (de ex. stare de sănătate mai bună și inegalități de sănătate reduse);
- capacitate mai mare de răspuns la așteptările populațiile, care să cuprindă respectul pentru persoană și orientare pe client, și
- corectitudinea medicală garantată de ambele părți, cu protecție față de riscurile financiare ce rezultă din asistența medicală (1, 4).

Nivelul de îndeplinire a acestor scopuri reflectă, în cele din urmă, performanța sistemului ca întreg. Cu toate acestea, întrucât există variații naționale în privința condițiilor de sănătate și a sistemelor sanitare, în compararea performanțelor sistemelor sanitare este necesară luarea în considerare a contextului din țară. Astfel, măsurarea performanțelor trebuie să cuprindă atât îndeplinirea scopurilor, cât și resursele și procesele disponibile.

Cadrul OMS de performanță a sistemului sanitar (v. Fig. 1) indică faptul că performanța este determinată de modul în care sunt organizate funcțiile cheie de conducere, generare de resurse, finanțare și furnizare de servicii (4). Alte abordări ale măsurării performanței pot fi găsite în literatura internațională de specialitate (5,6,7,8), dar toate folosesc cunoștințe similare sau concepte relaționate. Cele patru funcții pot fi aplicate întregului sistem sanitar al unei țări, cu subcaracteristici specifice pentru asistența primară, sau numai asistenței primare.

Fig. 1. Funcțiile și obiectivele sistemului sanitar, definite de OMS



- Conducere

Conducerea este o funcție generală (dar mai vastă decât reglementarea), prin faptul că supraveghează toate funcțiile de bază ale sistemului sanitar, având efecte directe și indirecte asupra rezultatelor unui sistem sanitar (1). Conducerea cuprinde sarcinile de definire a viziunii și orientare a politicilor sanitare, exercitând influență prin intermediul reglementării, activității de advocacy și colectării și utilizării informației. Aceasta acoperă trei aspecte principale: a) stabilirea, implementarea și monitorizarea regulilor pentru sistemul sanitar; b) asigurarea unui câmp de acțiune echilibrat pentru achizitori, furnizori și pacienți; și c) definirea direcțiilor strategice pentru sistemul sanitar ca întreg. Conducerea poate fi împărțită în șase subfuncțiuni: design general al sistemului, evaluarea performanței, stabilirea priorităților, reglementarea, advocacy intersectorial și protecția consumatorului (4). Pe scurt, conducerea se referă la: guvernarea, diseminarea informațiilor, coordonare și reglementare a sistemului sanitar la diferite niveluri.

- Generarea de resurse

Orice nivel al unui sistem sanitar necesită o varietate echilibrată de resurse pentru a funcționa în mod adecvat, dar acestea trebuie dezvoltate suplimentar (și extinse) pentru a susține serviciile sanitare în timp, la toate nivelurile și în toate zonele geografice. Resursele necesare cuprind capital fizic (echipamente, unități), aprovizionarea cu consumabile, resurse umane și cunoștințe/informații. Este crucial ca cantitatea și calitatea resurselor umane să fie pe măsura cererii de servicii de la diverse niveluri ale asistenței medicale, și echitabil distribuită pe teritoriul țării. În mod firesc, pentru a asigura calitatea asistenței medicale, abilitățile și cunoștințele furnizorilor de sănătate trebuie să fie la zi și compatibile cu dezvoltările tehnologice și cu cele din medicina bazată pe dovezi. Dezvoltarea de politici pentru planificarea resurselor umane/fizice, precum și cadrul de reglementare pentru asigurarea furnizării de servicii de calitate superioară și protecția consumatorului se încadrează la funcția de conducere – chiar și așa, volumul și distribuția forței de muncă și dezvoltarea profesională sunt măsurate, de obicei, la funcția de generare de resurse.

- Finanțare

În general, finanțarea se referă la mobilizarea, acumularea și alocarea de fonduri pentru a acoperi nevoile de sănătate ale oamenilor, la nivel individual și colectiv, în sistemul sanitar (9). Funcția de finanțare este definită de Murray și Frenk (4) ca „procesul prin care veniturile sunt colectate de la sursele primare și secundare, acumulate în fonduri comune și alocate pentru activitățile furnizorilor”. Se disting trei subfuncții: colectarea veniturilor, constituirea fondurilor comune și achiziționarea. Colectarea veniturilor înseamnă mobilizarea fondurilor din sursele primare (gospodării, firme) și din cele secundare (guverne, agenții donatoare). Există un număr de mecanisme prin intermediul cărora pot fi mobilizate fondurile, de ex. plăți directe, asigurări voluntare calculate pe baza venitului, asigurări voluntare calculate pe baza riscului, asigurări obligatorii, taxe generale, taxe specifice, donații din partea ONG-urilor și transferuri de la agențiile donatoare. Pentru a împărți sau pentru a reduce riscurile de sănătate, fondurile pot fi colectate sub diferite forme de asigurare de sănătate. Alocarea de fonduri pentru acoperirea costurilor (de personal, cheltuieli fixe și cheltuieli de regie) sau a intervențiilor specifice serviciilor de sănătate ale furnizorilor (instituționali sau individuali) înseamnă achiziționare (4). Modul în care sunt organizate și executate aceste subfuncții influențează accesul la serviciile de sănătate.

- Furnizarea serviciilor

Furnizarea de servicii implică mixul de aporturi necesar pentru procesul de producție dintr-un cadru organizațional specific care conduce la furnizarea de intervenții de sănătate (4). Acest lucru se referă la serviciile de prevenție, tratament și recuperare furnizate pacienților individuali, precum și la serviciile orientate către grupuri mai mari (de ex. educația pentru sănătate, promovarea sănătății) prin intermediul instituțiilor publice și private. Furnizarea de servicii este ceea ce face sistemul sanitar (și aici există patru caracteristici-cheie care definesc „furnizarea adecvată”; vezi mai jos) - nu ceea ce este sistemul sanitar.

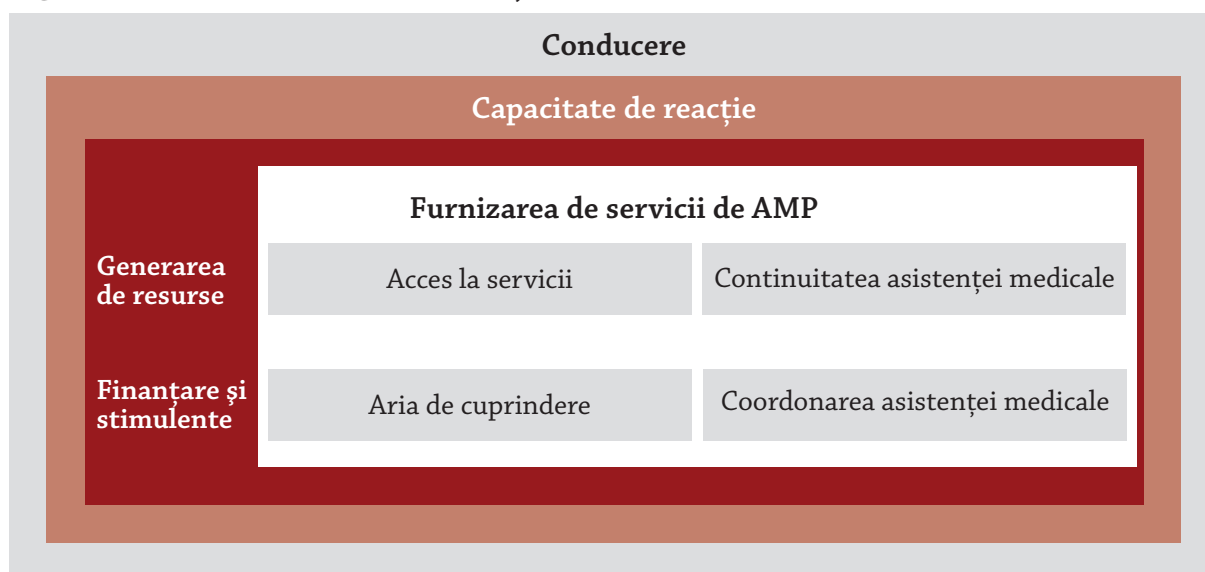
## 1.2 Cadrul de evaluare a asistenței primare

Caracteristicile asistenței primare variază de la o țară la alta, existând definiții diferite cu privire la ce anume constituie asistența primară (v. și Anexa 2). Totuși, un sistem de asistență primară cuprinzător sau bine dezvoltat are următoarele caracteristici:

Asistența primară este acel nivel al unui sistem sanitar care asigură intrarea în sistem pentru toate nevoilor și problemele nor, asigură în timp asistență orientată pe persoană (nu centrată pe boală), asigură îngrijiri pentru toate bolile, cu excepția celor neobișnuite sau rare, și coordonează sau integrează asistența oferită în altă parte sau de către alte părți. (10)

Cadrul de evaluare a asistenței primare (vezi figura 2) pe baza căruia este dezvoltat IEAP, cuprinde cele patru funcții ale unui sistem de asistență medicală (așa cum s-a menționat mai sus), în combinație cu cele patru caracteristici-cheie ale serviciilor medicale primare care fac parte din furnizarea de servicii, așa cum reiese din definiția de mai sus.

**Fig. 2. Cadrul de evaluare a asistenței primare**



### 1.2.1 Accesul la servicii

În general, accesul la serviciile de sănătate poate fi definit ca ușurința cu care se obține sănătatea (6). Alternativ, poate fi definit ca fiind „capacitatea pacientului de a beneficia de

asistență medicală unde și când este nevoie” (11). Există diverse bariere de natură fizică, psihologică, socioculturală sau financiară care pot restricționa accesibilitatea. În schema IEAP sunt incluse, de exemplu, accesul geografic (distanța față de și distribuția cabinetelor de medicină generală), accesul organizațional (programul cabinetelor, consultații în afara cabinetului, punctualitate), precum și acces financiar (costuri suportate de pacienți prin suportarea în comun a costurilor, coplăți).

### **1.2.2 Continuitatea serviciilor**

Intervențiile de asistență primară trebuie acordate cu nevoile de asistență medicală ale pacienților pe o perioadă mai mare de timp și să acopere episoade succesive de îngrijiri. O definiție generală a continuității este urmărirea de la o vizită la alta (12). OMS oferă o definiție mai exhaustivă, care ia în considerare (posibila) implicare a diversilor furnizori de asistență medicală, prin accentuarea:

(...) capacitatea serviciilor relevante de a oferi intervenții care sunt fie coerente pe termen scurt, atât în interiorul echipelor cât și între echipe (continuitate transversală), sau sunt o serie neîntreruptă de contacte pe termen lung (continuitate longitudinală). (11)

Se disting mai multe niveluri de continuitate: primul, continuitate informațională a unui corp organizat de istoric medical și social pentru fiecare pacient, accesibil oricărui profesionist din sănătate care are în îngrijire pacientul; al doilea, continuitate longitudinală a unui loc specific în care un pacient beneficiază în mod obișnuit de asistență medicală, din partea unei echipe organizate de furnizori, într-un mediu accesibil și familiar; și al treilea, continuitate interpersonală, o relație personală continuă dintre pacient și furnizorul de asistență medicală, caracterizată de încredere și respect personale (13). În plus, Reid et al. (14) adaugă un alt nivel, continuitatea managementului, furnizarea de servicii la timp și complementare, în cadrul unui plan de management coparticipativ. Schema IEAP include continuitate informațională, longitudinală și interpersonală a asistenței primare.

### **1.2.3 Coordonarea furnizării**

În special pentru că asistența primară este punctul de intrare în sistemul de asistență medicală și, adesea, are o funcție de gardian, coordonarea serviciilor la nivel primar este un element determinant important în capacitatea de reacție a furnizării de servicii medicale și a sistemului medical ca întreg. Potențialul apariției de probleme în coordonare este îndeosebi evident în interfața dintre asistența primară și cea secundară, sau între îngrijirile curative și alte servicii (sănătate publică) din sfera promovării sănătății (15). O definiție generală a coordonării este aceea de „tehnică de interacțiune socială în care diferitele procese sunt considerate simultan, iar evoluția lor este planificată pentru beneficiul optim al întregului” (9). Mai exact, poate fi definit ca:

o caracteristică a serviciului ce rezultă în planuri coerente de tratament pentru pacienții individuali. Fiecare plan trebuie să cuprindă obiective clare și intervenții necesare și eficiente, nici mai mult și nici mai puțin. Coordonarea transversală înseamnă coordonarea informațiilor și serviciilor într-un episod de asistență medicală. Coordonarea longitudinală se referă la racordul dintre membrii personalului și agenții, pe o perioadă mai lungă de asistență medicală. (11)

În schema IEAP, diferitele dimensiuni ale coordonării cuprind colaborarea în același cabinet de asistență primară, pe același nivel în rândul furnizorilor de asistență primară (de exemplu

MF/MG, asistenți comunitari, fizioterapeuți) și între asistența primară și alte niveluri, referitor la sisteme de consultație și trimitere.

#### **1.2.4 Aria de cuprindere**

Aria de cuprindere poate fi definită ca gradul în care o gamă completă de servicii este fie furnizată direct de către medicul de familie sau de alt furnizor, fie prevăzute în mod specific în altă parte (16). În cadrul asistenței primare, exhaustivitatea se referă la servicii care cuprind îngrijiri curative, de recuperare și sprijin, precum și de promovarea sănătății și prevenirea bolilor (15,17). Exhaustivitatea serviciilor nu este manifestată doar în gama specifică de servicii furnizate, ci se referă și la condițiile cabinetului, la facilități și la echipament, precum și la deprinderile profesionale ale furnizorilor de servicii medicale primare. În plus, orientarea către comunitate a personalului din asistența primară are un anumit rol. Toate aceste dimensiuni trebuie avute în vedere pentru schema IEAP.

### **1.3 Schema de evaluare a asistenței primare**

Luând Cadrul de evaluare a asistenței primare (1) ca fundament, Schema de evaluare a asistenței primare se concentrează pe probleme, politici și priorități de asistență medicală specifice, relevante țărilor în cauză. Aceasta constă din subiecte și elemente măsurabile, referitoare la trăsăturile esențiale și la prioritățile esențiale pentru schimbare din asistența primară, precum și la condițiile facilitatoare. Schema de evaluare a asistenței primare, care la rândul său formează baza IEAP, este structurată după cum urmează:

- conducere
- finanțare și stimulente
- generarea de resurse
- furnizarea asistenței primare, împărțită în subcategoriile:
  - accesibilitate
  - continuitate
  - coordonare
  - aria de cuprindere a serviciilor.

Tabelul 2 arată că, pentru fiecare funcție a sistemului de asistență primară, au fost identificate mai multe dimensiuni cheie. Fiecare dimensiune a fost transpusă, la rândul său, în unul sau mai mulți itemi de informație sau indicatori de tip proxy pentru dimensiunea respectivă.

**Tabelul 2. Trecere în revistă a funcțiilor, dimensiunilor și itemilor de informație selectați**

<b>FUNCȚIE</b>	<b>SUBFUNCȚIE</b>	<b>DIMENSIUNE</b>	<b>ITEMI/ INDICATORI PROXY SELECTAȚI</b>
CONDUCERE		DEZVOLTAREA DE POLITICI DEZVOLTARE PROFESIONALĂ  CONDIȚII PENTRU PROCESUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ  CONDIȚII PENTRU CAPACITATEA DE REACȚIE	PRIORITĂȚI ALE POLITICILOR SISTEM DE (RE-) ACREDITARE  MECANISME DE ASIGURARE A CALITĂȚII LEGI ȘI REGLEMENTĂRI  PLANIFICAREA RESURSELOR UMANE IMPLICAREA SPECIALIȘTILOR ȘI A PACIENȚILOR ÎN PROCESUL DE POLITICĂ DREPTURILE PACIENȚILOR; PROCEDURI DE RECLAMAȚII
GENERAREA DE RESURSE		VOLUMUL DE FORȚĂ DE MUNCĂ DEZVOLTARE PROFESIONALĂ  MORALĂ PROFESIONALĂ FACILITĂȚI ȘI ECHIPAMENTE	CIFRE ȘI DENSITATE  ROL ȘI ORGANIZARE A SPECIALIȘTILOR EDUCAȚIE DEZVOLTARE ȘTIINȚIFICĂ ȘI CALITATEA ASISTENȚEI MEDICALE SATISFAȚIE PROFESIONALĂ  ECHIPAMENT MEDICAL ALT ECHIPAMENT
FINANȚARE ȘI STIMULENTE		FINANȚARE ASISTENȚEI MEDICALE/ASISTENȚEI PRIMARE CHELTUIELI CU ASISTENȚA MEDICALĂ STIMULENTE PENTRU SPECIALIȘTI  ACCES FINANCIAR PENTRU PACIENȚI	FINANȚARE  CHELTUIELI ANTREPRENORIAL  MOD DE REMUNERARE ÎMPĂRȚIREA COSTURILOR/ COPLATĂ
FURNIZAREA ASISTENȚEI MEDICALE	ACCESUL LA SERVICII	ACCES GEOGRAFIC  ACCES ORGANIZAȚIONAL	DISTANȚA FAȚĂ DE CABINET DISTRIBUȚIA MEDICILOR DIMENSIUNEA LISTEI DE PACIENȚI  VOLUMUL DE MUNCĂ AL FURNIZORULUI ASISTENȚĂ MEDICALĂ ÎN AFARA PROGRAMULUI DE LUCRU VIZITE LA DOMICILIU ACCES ELECTRONIC

FUNCȚIE	SUBFUNCȚIE	DIMENSIUNE	ITEMI/ INDICATORI PROXY SELECTAȚI
		CAPACITATE DE REACȚIE	PLANIFICAREA CONSULTAȚIILOR NONACUTE SINCRONIZAREA ASISTENȚEI MEDICALE ASPECTE ALE SERVICIILOR CLINICI PENTRU GRUPE SPECIFICE DE PACIENȚI
	CONTINUITATE	CONTINUITATE INFORMAȚIONALĂ	COMPUTERIZAREA CABINETULUI
		CONTINUITATE LONGITUDINALĂ	FIȘE MEDICALE LISTE CU PACIENȚI
		CONTINUITATE INTERPERSONALĂ	OBICEIURILE PACIENȚILOR CU PRIVIRE LA VIZITELE DE PRIM-CONTACT/TRIMITERI DURATA RELAȚIEI PACIENT-FURNIZOR RELAȚIA PACIENT-FURNIZOR
	COORDONARE	COEZIUNE CU ASISTENȚA PRIMARĂ	MANAGEMENTUL CABINETULUI  COLABORAREA ÎNTRE MEDICII GENERALIȘTI/MEDICII DE FAMILIE COLABORARE A MEDICILOR CU CEILALȚI ANGAJAȚI
		COORDONARE CU ALTE NIVELURI MEDICALE	SISTEM DE TRIMITERI / PRIM-CONTACT ARANJAMENTE DE PARTAJARE A ASISTENȚEI MEDICALE
	ARIE DE CUPRINDERE	CONDIȚIILE DIN CABINET	AMPLASARE, ECHIPAMENT
		FURNIZAREA SERVICIILOR	PROCEDURI MEDICALE
		ORIENTARE PE COMUNITATE	ACTIVITĂȚI DE PREVENIRE, RECUPERARE, EDUCATIVE MANAGEMENTUL BOLII POLITICA CABINETULUI
		ABILITĂȚI PROFESIONALE	MONITORIZARE ȘI EVALUARE LEGĂTURI CU COMUNITATEA ABILITĂȚI TEHNICE

Pentru a evalua complexitatea oricărui sistem de asistență primară, se adună informații de la diferite niveluri administrative, inclusiv din partea ofertei și a cererii, cu alte cuvinte de la furnizorii de servicii de sănătate și de la pacienți. Prin urmare, IEAP constă din trei chestionare separate, unul pentru experți (referitor la politici și structuri naționale), unul pentru medicii din asistența primară și unul pentru pacienți. Laolaltă, acestea acoperă toate funcțiile identificate ale asistenței primare, dimensiunile și itemii informativi, conform schemei. Chestionarele pentru medici și pentru pacienți sunt prestructurate, cu răspunsuri precodificate. Chestionarele pentru nivelul național conțin atât întrebări prestructurate, cât și cu răspuns deschis, precum și o listă cu date statistice care trebuie furnizate.



## **1.4 Dezvoltarea IEAP și testarea pilot**

Dezvoltarea în paralel a IEAP și a IMAP a început în februarie 2007 și a fost finalizată în mai 2008, când ambele instrumente au fost disponibile pentru OMS în activitățile de sprijin a sistemelor sanitare față de Statele Membre. Stadiile următoare de dezvoltare, de la masa de cercetare via discutarea subiectelor, până la implementările-pilot și întâlnirea internațională pentru discutarea experiențelor și a rezultatelor, vor fi explicate mai jos. Procesul de dezvoltare a fost descris mai detaliat în alte lucrări (18,19,25,26).

### **1.4.1 Revizuirea literaturii de specialitate**

Ca un prim pas, cercetătorii NIVEL au realizat un studiu direct al literaturii de specialitate pe baza cadrului de performanță al OMS (1), pentru a strânge informații despre posibilele moduri de operaționalizare a funcțiilor-cheie ale sistemului de asistență primară. O atenție specială a fost acordată indicatorilor și măsurării performanței actuale, precum și instrumentelor și chestionarelor de evaluare. Acest fapt a avut ca rezultat realizarea unei liste cu dimensiunile și itemii pentru Instrument.

### **1.4.2 Prima întrevvedere cu experți ai Regiunii europene OMS**

Rezultatele obținute în urma studierii literaturii de specialitate au fost discutate în cadrul unei întrevvederi internaționale organizată în martie 2007. Obiectivele ale întrevvederii au fost discutarea și agrearea conceptelor și definițiilor cheie; discutarea și validarea setului provizoriu de dimensiuni, indicatori de tip proxy și itemi de informație; și îmbunătățirea primei versiuni a schemei (v. Tabelul 2), în vederea dezvoltării chestionarelor. De asemenea, au fost realizați primii pași în implementarea pilot a Instrumentului provizoriu.

### **1.4.3 Schițarea, validarea și traducerea chestionarelor**

Au fost dezvoltate versiuni intermediare ale chestionarelor, pe baza informațiilor și feedbackului de la întrevvederea experților. Comentariile experților pe marginea acestor versiuni au fost încorporate în noile versiuni ale celor trei chestionare. Aceste versiuni au fost ulterior adaptate situației din țările unde a avut loc implementarea-pilot a Instrumentelor: Turcia și Federația Rusă pentru IEAP, și Uzbekistan și Slovenia pentru IMAP. Termenii au fost adaptați la situațiile naționale și, la solicitarea autorităților din patru State Membre, au fost incluse unele întrebări suplimentare referitoare la subiectele despre priorități ale asistenței primare naționale. Traducerile au fost realizate la început în limba locală, beneficiind de opiniile unui expert în asistența primară și, ulterior, a fost realizată retroversiunea și comparată cu versiunea originală.

### **1.4.4 Patru implementări pilot**

Varianta provizorie a IEAP a fost testată în două provincii din Turcia și în două sectoare din regiunea Moscovei, în Federația Rusă. Varianta provizorie a IMAP a fost testată în trei regiuni ale Uzbekistanului și în două regiuni din Slovenia. Sub supravegherea Biroului Regional OMS pentru Europa și a ministerelor sănătății respective din țările-pilot, partenerii locali împreună cu conducerea tehnică NIVEL au organizat detaliile activității de teren, inclusiv procedurile de eșantionare, instruirea operatorilor de teren, logistica colectării datelor și introducerea datelor. În toate țările au fost organizate întâlniri cu experți pentru

discutarea și validarea răspunsurilor la chestionarele de nivel național. Toate datele au fost analizate, au fost formulate concluzii și recomandări pentru politici, fiind întocmit un raport intermediar care a inclus un capitol despre lecțiile învățate în implementarea-pilot (18,19,25,26).

#### **1.4.5 Întâlnirea consultativă de la Copenhaga**

Rapoartele intermediare au fost discutate în cadrul unei întâlniri de evaluare cu experți internaționali, care a avut loc la Biroul Regional OMS pentru Europa din Copenhaga, pe 14 și 15 aprilie 2008. Întâlnirea de evaluare a avut ca rezultat o revizuire a chestionarelor, după cum urmează.

- Întrebările au fost făcute mai factive, evitând eliminarea opiniilor.
- Ordinea subiectelor și a întrebărilor a fost refăcută.
- Chestionarele de nivel național au fost transformate într-un șablon pentru un document mai exhaustiv cu privire la situația existentă, urmând să fie pregătit de echipă restrânsă de experți și discutată ulterior și validată în cadrul unei întâlniri de tip focus grup, condusă de OMS și NIVEL.
- Chestionarele IEAP pentru pacienți și pentru medici au fost scurtate.
- Terminologia și exprimarea folosite în chestionare au fost făcute mai consistente.
- S-a stabilit ca, în plus față de rezultatele sondajelor, să fie utilizate și alte surse complementare de informații, ca de exemplu literatura de specialitate disponibilă, articole, interviuri cu personal sanitar și cu experți, precum și observații personale din timpul vizitelor pe teren.
- Fiecărei țări i s-a permis să adauge întrebări legate de sferile de prioritate națională specifice.
- Rapoartele finale vor conține un set de indicatori de tip proxy.

După revizuire, Instrumentele au fost disponibile în vedere utilizării în fiecare țară. A fost întocmită o schemă de implementare, pentru informarea omologilor din Statele Membre, schemă care descrie următoarele etape ale implementării.

## **1.5 Implementarea Instrumentelor combinate**

### **1.5.1 Contextul ABC**

Implementarea instrumentelor combinate IEAP și IMAPM a făcut parte din ABC 2010-2011 dintre România și Biroul Regional OMS pentru Europa. Primele pregătiri în vederea implementării au avut loc în timpul unei vizite în România a reprezentanților Biroului regional OMS pentru Europa, în iunie 2009, în cadrul căreia au fost prezentate instrumentele și a fost instituit un grup național de lucru pentru a ghida proiectul și pentru a comenta pe marginea raportului intermediar. Întrucât Ministerul Sănătății a dorit să se concentreze în mod special pe evaluarea calității asistenței primare, IEAP a fost completat cu întrebări din IMAP (25,26). Partenerii oficiali de proiect pentru Biroul Regional OMS pentru Europa și pentru Ministerul Sănătății din România au fost NIVEL, ca centru de colaborare al OMS, și CPSS. Pregătirile pentru implementarea tehnică au început efectiv în ianuarie 2010.

### **1.5.2 Vizite în teritoriu pentru informare și planificare**

O echipă de experți din partea Biroului regional OMS și NIVEL au realizat trei vizite în țară, în diferite etape ale implementării. Prima a avut loc în intervalul 23-25 iunie 2009 și a cuprins o misiune de pregătire cu următoarele obiective:

- realizarea de vizite în teritoriu pentru a evalua relevanța și fezabilitatea aplicației în România;
- prezentarea Instrumentelor către Ministerul Sănătății;
- informarea factorilor de decizie și obținerea angajamentului, și
- identificarea candidaților din instituțiile locale de cercetare care să realizeze munca de teren.

O a doua vizită a avut loc în 22-24 februarie și a cuprins:

- vizite la Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF) și la filiala acesteia din București, la CNAS, CPSS, la diverse cabinete de MF/MG și la un cabinet MF/MG de permanență care oferă servicii în afara orelor de program;
- discuții pe marginea strategiei proiectului, inclusiv populația țintă și selecția regiunilor și modul de eșantionare;
- prezentarea și discutarea chestionarelor; primirea de sugestii de modificare;
- discutarea problemelor asistenței primare și validarea răspunsurilor la chestionarele de la nivel național; și
- coordonarea activităților cu Biroul de legătură al OMS pentru România.

O a treia vizită a avut loc în perioada 10-13 mai 2010, în cadrul căruia au avut loc:

- vizite la cabinete din Brașov și din împrejurimi și la Mănăstirea, din județul Călărași;
- instruirea a opt coordonatori de teren, fiecare urmând să coordoneze în jur de 15 operatori de teren;
- discutarea rezultatelor unei pretestări a chestionarelor și finalizarea acestora;
- alte pregătiri pentru activitatea de teren;
- pregătiri pentru introducerea datelor (inclusiv adaptarea software-ului la versiunile finale ale chestionarelor);
- explicarea cerințelor pentru rapoartele de teren către NIVEL;
- discuții referitoare la EMC, stimulente și noi dezvoltări; și
- detalierea și planificarea activităților următoare.

Informațiile primite și observațiile realizate în cadrul întrevederilor și al vizitelor la cabinete au fost utilizate ca situație existentă pentru prezentul raport.

### **1.5.3 Adaptarea și extinderea IEAP/IMAP**

În cooperare cu grupul național de lucru, chestionarele au fost adaptate pentru a fi utilizate în contextul din România. În plus față de aceste ajustări, în chestionarul de nivel național

și în chestionarele pentru MF/MG au fost inserate întrebări din IMAP. Întrebările adăugate în chestionarul pentru MG se refereau la disponibilitatea, actualizarea și instrucțiunile ghidurilor, precum și la cine ar trebui să decidă cu privire la cursurile de EMC. Adăugirile la chestionarul de nivel național au cuprins:

- responsabilități pentru managementul asigurării calității;
- Mecanisme și indicatori pentru monitorizarea calității serviciilor;
- procedurile și cerințele de (re)certificare pentru MF/MG;
- colaborarea interprofesională la cursurile de EMC;
- educația continuă pentru managerii sanitari;
- evaluarea utilizării de ghiduri și a cursurilor și programelor de EMC;
- evaluarea regulată a competenței profesionale a MF/MG și a asistenților medicali.

Versiunile traduse ale chestionarelor preliminare adaptate pentru MF/MG și pentru pacienți au fost pretestate la scară redusă, ca bază pentru versiunile finale și pentru traducerile ulterioare.

#### **1.5.4 Grupurile țintă și abordarea de tip sondaj**

Populația țintă pentru sondajul în rândul medicilor a fost formată din MF/MG contractați de CNAS. În cazul sondajului în rândul pacienților, populația țintă a fost formată din pacienți care au venit la cabinetele de MF/MG, având vârsta peste 14 ani și din însoțitorii celor cu vârsta mai mică. S-a decis ca sondajul să aibă acoperire națională. Pentru a permite o distribuție regională satisfăcătoare și o reprezentare echilibrată, din populația de MF/MG au fost extrase eșantioane stratificate aleatorii, straturile fiind formate din cele nouă regiuni culturale și cinci categorii de urbanizare. În București, au fost extrase eșantioane în funcție de numărul de locuitori din fiecare dintre cele șase sectoare. Ca structură de eșantionare a fost utilizată o listă oficială a MF/MG contractați de CNAS.

A fost extras un eșantion de 405 MF/MG, reprezentând 3,6% din populația totală de 11.348 de MF/MG din România. Pentru realizarea eșantionului, au fost selectați 1000 MF/MG pentru a fi contactați în ordine aleatorie, până la atingerea numărului necesar. Pentru sondajul în rândul MF/MG, Instrumentul folosește chestionare autoadministrate, distribuite fie prin e-mail, fie prin înmânare personală de către operatorii de teren, în cazul în care cabinetul a fost selectat și pentru ancheta în rândul pacienților. Pentru sondajul în rândul pacienților, au fost selectate aleator 120 de MF/MG din numărul total de MF/MG respondenți. Aceste cabinete au fost vizitate de operatori de teren instruiți, care i-au rugat pe pacienții aflați în ziua respectivă la cabinet să completeze un chestionar. La fiecare cabinet, sarcina operatorului de teren a fost încheiată după ce 15 pacienți au completat chestionarul. Chestionarele pacienților au putut fi autoadministrate sau, la nevoie, operatorul de teren a oferit ajutor.

#### **1.5.6 Răspunsuri și analiză**

După apelarea telefonică, răspunsul net în rândul MF/MG a fost de 405, sau 40,5%, Ținta de 15 pacienți în fiecare dintre cele 120 de cabinete de MF/MG a fost atinsă, rezultând 1800 de chestionare pentru pacienți completate. În tabelele 3 și 4, distribuția răspunsurilor realizate în rândul MF/MG pe categorii de urbanizare și regiuni este comparată cu distribuția reală a

populațiilor de MF/MG, cu deviații mici. Aceasta indică faptul că, în ciuda numărului mare de nonrăspunsuri, aria de acoperire a răspunsurilor în zone cu diferite grade de urbanizare și între regiuni a fost satisfăcătoare.

**Tabelul 3: Comparație între răspunsurile MF/MG incluși în studiu cu distribuția reală a MF/MG din cinci categorii de urbanizare**

Tip de urbanizare	> 200.000	50.000-200.000	< 50.000	Comune	Sate componente
Populație MF/MG (%)	31,1	19,6	17,5	27,0	4,8
Reacție MF/MG (%)	32,6	18,5	16,5	27,2	5,2
Diferența (p - r) (%)	- 1,5	0,9	1,0	-0,2	-0,4

**Tabelul 4: Comparație între răspunsurile MF/MG incluși în studiu cu distribuția reală a MF/MG în regiuni\***

Regiuni	A1	A2+5	3	4	A6+9	7	8
Populație MF/MG (%)	16,7	20,2	11,9	12,7	22,3	10,0	6,2
Reacție MF/MG (%)	18,0	17,5	12,6	13,6	21,0	10,9	6,4
Diferența (p - r) (%)	-1,3	2,7	-0,7	-0,9	1,3	-0,9	-0,2

\* La regiunea adiacentă au fost adăugate două regiuni cu număr mic de MF/MG

Următoarele județe aparțin regiunilor identificate:

- A1. Bacău, Neamț, Suceava, Vrancea, Botoșani, Vaslui, Galați, Iași
- A2+5. Argeș, Dâmbovița, Prahova, Buzău, Brăila, Giurgiu, Teleorman, Ialomița, Călărași, Tulcea, Constanța
- A3. Dolj, Mehedinți, Olt, Gorj, Vâlcea
- A4. București, Ilfov
- A6+9. Alba, Hunedoara, Brașov, Sibiu, Cluj, Mures, Bistrița-Năsăud, Sălaj, Covasna, Harghita
- A7. Maramureș, Satu Mare, Arad, Bihor,
- A8. Timiș, Caraș-Severin

### 1.5.7 Rolul operatorilor de teren

Operatorii de teren au avut un rol crucial în colectarea datelor de la pacienți. Așa cum am menționat, aceștia au recrutat și informat pacienții, și totodată au distribuit și colectat chestionarele de la pacienții și medicii din cabinetele vizitate. Operatorii de teren și coordonatorii regionali au fost recrutați și instruiți de către CPSS, sesiunea de formare cuprinzând următoarele subiecte:

- contextul și obiectivele sondajului;
- principiile de bază și structura Instrumentului, precum și tipul de întrebări utilizate;
- subiectele specifice ale chestionarelor;
- abordarea și sprijinul respondenților și crearea unei interacțiuni adecvate;
- crearea unui mediu potrivit pentru pacienți, în vederea completării chestionarului;
- verificarea lizibilității și completitudinii răspunsurilor;
- logistica, cum ar fi distribuirea în locații, planificarea și transportul.

### **1.5.8 Strângerea informațiilor la nivel național**

O echipă de șase experți au contribuit la procedura de răspuns la chestionarul național, din partea Institutului Național de Sănătate Publică, CNAS, Colegiul Medicilor din România (2), Școala Națională de Sănătate Publică și CPSS. Răspunsurile și datele statistice au fost transmise la NIVEL în vederea analizării, servind ca bază pentru descrierea situației asistenței primare din Capitolul 3 al raportului de față.

### **1.5.9 Procesarea datelor, analiza și raportarea**

Introducerea datelor a fost realizată sub îndrumarea CPSS din București. Un program de introducere a datelor a fost realizat de NIVEL, utilizând SPSS Data Entry Station. Fișierele cu datele neprelucrate au fost trimise echipei de cercetare a NIVEL, în vederea procesării și analizei. Un raport intermediar cu rezultate și recomandări a fost discutat în cadrul unei întrevederi cu experți români și OMS, ce a avut loc la București pe 19 octombrie 2010. Pe baza sugestiilor de schimbare și a solicitărilor de informații suplimentare de la această întâlnire, inclusiv a comentariilor de la ședința de evaluare, raportul intermediar a fost revizuit. Tabelul 5 cuprinde un rezumat al detaliilor aplicării IEAP în România.

**Tabelul 5. Date-cheie referitoare la aplicarea IEAP în România**

ELEMENTE DE IMPLEMENARE	EXPLICAȚIE
Grupuri țintă	<ul style="list-style-type: none"> <li>° MF/MG cu contract CNAS</li> <li>° Pacienți (veniți la consultație la cabinetul MF/MG)</li> <li>° Experți în asistență medicală (la nivel național)</li> </ul>
Locații	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Toate regiunile și județele din România</li> </ul>
Tip de colectare a datelor	<ul style="list-style-type: none"> <li>° MF/MG: sondaj cu chestionare prestructurate (distribuite de operatorii de teren și prin poștă, urmate de o discuție telefonică)</li> <li>° Pacienți: sondaj cu chestionare prestructurate (distribuite personal de către operatorii de teren instruiți)</li> <li>° Experți medicali: abordare mixtă; chestionar și discuție pentru validare și feedback</li> <li>° Vizite la cabinete și interviuri cu MF/MG</li> </ul>
Metode de recrutare/ includere	<ul style="list-style-type: none"> <li>° MF/MG: Eșantioane stratificate aleatorii în toate regiunile</li> <li>° Pacienți: primii 15 pacienți care au venit la cabinet din 120 de cabinete de MF/MG selectate aleatoriu</li> <li>° Experți medicali: identificați și recrutați de partenerul local</li> </ul>
Dimensiuni planificate ale eșantioanelor	<ul style="list-style-type: none"> <li>° MF/MG: 1000</li> <li>° Pacienți: 1800 (în 120 de cabinete MF/MG, 15 pacienți în fiecare cabinet)</li> </ul>
Răspunsuri	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Medici 405 (40,5%)</li> <li>° Pacienți: 1 800</li> </ul>
Instrucțiuni	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Coordonator local: metodologia de eșantionare și recrutare; identificarea populațiilor din studiu; liste cu MF/MG; logistica sondajelor</li> <li>° Coordonatorii de teren: explicarea întrebărilor; cum se abordează și cum se oferă sprijin respondenților; aspecte calitative</li> <li>° Respondenți: prezentarea chestionarelor; prezentare/sprijin pentru pacienți din partea operatorilor de teren</li> </ul>
Coordonarea activității de teren	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Coordonator local: responsabilitate generală</li> <li>° Operatori de teren: informații pentru respondenți; administrarea corectă a colectării datelor în unități</li> <li>° NIVEL: supervizarea generală în timpul și după vizita în teren</li> </ul>
Introducerea datelor	Organizată de CPSS, sub auspiciile NIVEL
Analiză și raport intermediar	NIVEL (Utrecht, Olanda)
Validare și raport final	NIVEL împreună cu Biroul Regional OMS pentru Europa și Ministerul Sănătății

## 2. Prezentarea situației din România<sup>3</sup>

### 2.1 Date despre țară

Fig. 3. România în Europa<sup>4</sup>



Având o suprafață de 237.500 m<sup>2</sup> și 21,5 milioane de locuitori, România este una dintre țările mari din UE, atât din punct de vedere al suprafeței, cât și al populației. Așa cum arată Fig. 3, se află la intersecția dintre Europa centrală și de est. Are granițe cu Ucraina și Republica Moldova în partea de nord-est, iar în sud-est are o parte de linie de coastă care face legătura dintre țară și Marea Neagră. Ungaria și Serbia se află în partea de vest, iar Bulgaria în sud. Fig. 4 înfățișează împărțirea istorică și cea administrativă. România constă din 41 județe, grupate în nouă regiuni, numite și regiuni de dezvoltare economică, așa cum este indicat în Fig. 4.

Fig. 4. România: județe și regiuni



Sursă: Aboutromania (31)

3 Sursă: Vlădescu et al (27); *The World Factbook* (28); Bădulescu (29).

4 Sursă: Wikipedia (30).

Evaluarea structurii și furnizării asistenței primare în România



O împărțire istorică a țării face distincția între trei părți: zona estică (cu Moldova în centru), zona vestică (Transilvania și regiunile adiacente) și zona de sud (cu Muntenia în centru). Întrucât acest raport prezintă rezultate pe regiuni, se va utiliza împărțirea istorică.

Din perspectivă economică, România încă se află în perioadă de tranziție de la comunism către o economie de piață. Aderarea la Uniunea Europeană a fost un eveniment semnificativ în acest proces, lucru ce a beneficiat de un sprijin puternic din partea populației. În 2004, 70% au fost de acord că aderarea a fost „un lucru bun”, în timp ce doar 3% au considerat-o un lucru negativ. Pentru a face o comparație, în UE-25 din acel moment, 47% din populație aveau o părere pozitivă, iar 17% negativă (32). Majoritatea românilor aveau încredere în UE și continuă să aibă încredere în UE, după cum arată Tabelul 6.

**Tabelul 6: Încrederea publică în organismele europene în 2004 și 2009**

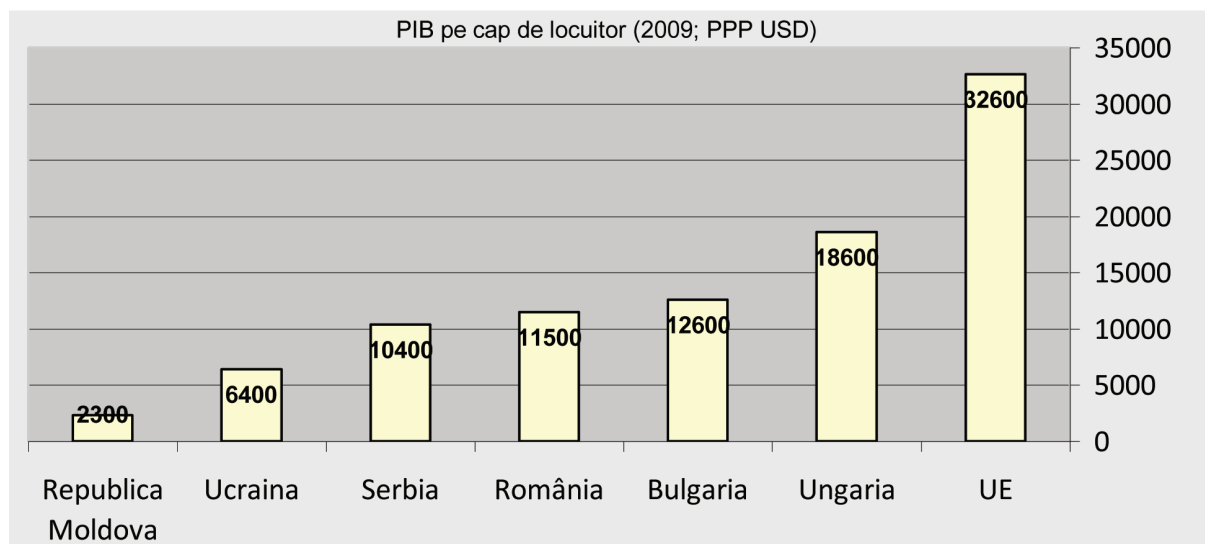
„Tinde să aibă încredere în“	2004 *		2009 **	
	România	UE	România	UE
Parlamentul UE	66%	41%	65%	50%
Comisia Europeană	59%	41%	58%	46%

\* Eurobarometrul (32)

\*\* Eurobarometrul (33)

Într-adevăr, calitatea de membru UE a dat un impuls economic sub forma investițiilor străine și a disponibilității fondurilor de investiții europene. În combinație cu un consum economic intern în creștere, acest fapt a dus o creștere puternică a PIB în anii recentți (6% în 2007 și 7,1% în 2008). La finele lui 2008, România a avut chiar cea mai accentuată creștere dintre toate țările Europene. Totuși, din cauza crizei economice, PIB-ul României a scăzut cu aproape 7% în 2009. Deși pentru 2010 s-a estimat o revenire lentă a situației economice, balanța comercială negativă, datoriile externe mari și deficitele bugetare majore continuă să amenințe dezvoltarea economică a țării. În ciuda creșterii economice care a început în 2004, PIB-ul României continuă să fie mic în contextul UE, așa cum se arată în Fig. 5. În prezent, aproape un sfert din populația României trăiește sub pragul sărăciei, înregistrând unele dintre cele mai mari valori din regiunea europeană.

Fig. 5. PIB pe cap de locuitor în 2009, în dolari

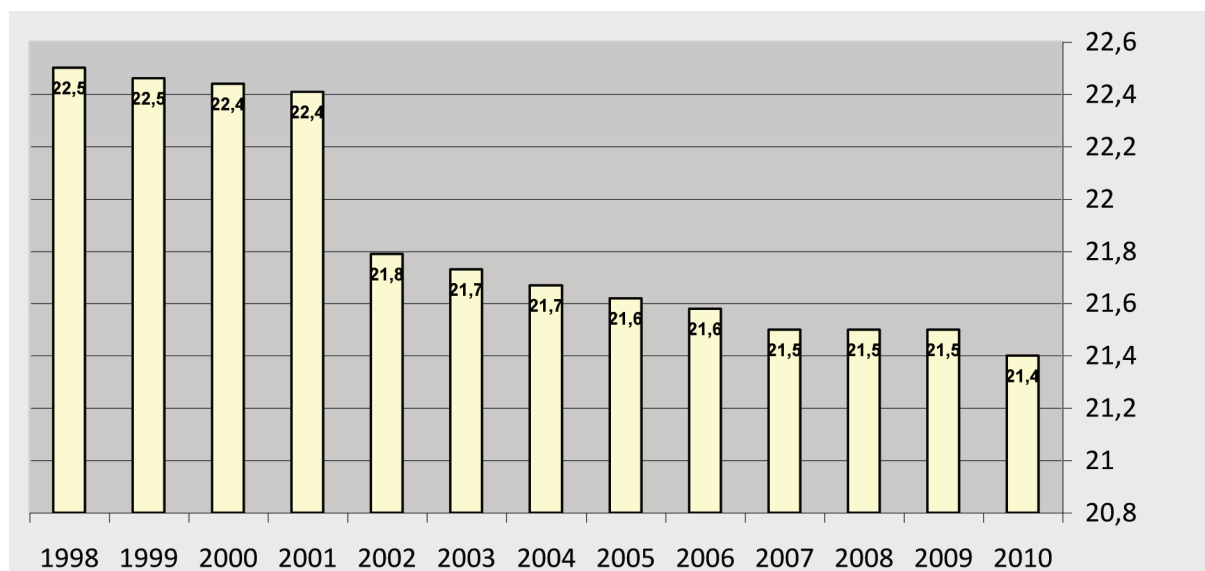


Sursă: World Factbook (28) <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ro.html>

## 2.2 Populație și sănătate<sup>5</sup>

În 2010, populația României era de 21,4 milioane. Așa cum se arată în Fig. 6, în ultimul deceniu, populația a scăzut în mod constant, la fel ca și în alte țări din regiune. Cauzele principale ale declinului populației sunt rata scăzută de fertilitate și migrarea în masă către țări mai bogate din UE.

Fig. 6: Populația României 1998–2010 (în milioane)



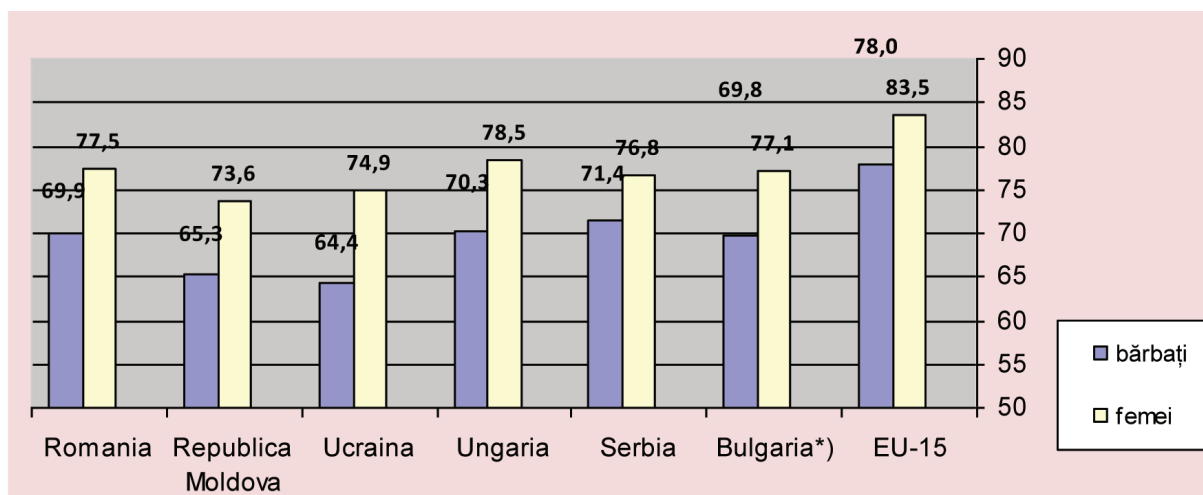
Sursă: OMS HFA-DB (34)

<sup>5</sup> Surse: Vlădescu (27); *The World Factbook* (28); Arghisan (35); Falzon (36); Hamers (37); Saltman (38).

Peste jumătate din populația României (54%) locuiește în zone urbanizate. Capitala București este cel mai mare oraș, cu o populație de peste 2,3 milioane. Aproape 90% din populația țării e alcătuită din români. Dintre minoritățile etnice, ungurii formează cel mai mare grup (6,6%). Estimările cu privire la numărul populației roma, mulți dintre aceștia trăind în condiții de lipsuri majore, variază între 550.000 și 2 milioane.

Așa cum se vede în Fig. 7, speranța de viață pentru bărbați (69,2 ani) și pentru femei (77,5 ani) este comparabilă cu cea a bărbaților și femeilor din Ungaria, Serbia și Bulgaria, și mai mare decât în Republica Moldova și Ucraina. Cu toate acestea, în comparație cu țările UE-15, bărbații și femeile din România au o speranță de viață considerabil mai redusă (cu 8,1 ani, respectiv 6 ani mai mică).

**Fig. 7: Speranța de viață la naștere, bărbați și femei, 2009 (în ani)**



Sursă: OMS HFA-DB (34)

În 2009, proporția populației cu vârsta de 0-14 ani încă depășea proporția celor de peste 65 de ani (15,1% în comparație cu 14,9%). În comparație cu țările din Tabelul 7, doar Republica Moldova a prezentat acest fenomen, în timp ce în toate celelalte țări din jur și în țările UE-15, grupele de vârste înaintate erau mai numeroase decât tinerii. Cu toate acestea, în ciuda acestui procent mare de tineri, România nu face excepție de la tendința europeană generală de îmbătrânire. Acest lucru are legătură și cu rata totală de fertilitate.

Procentul mortalității materne din România a cunoscut o îmbunătățire, dar în continuare poate fi redus. Începând cu anii 1990, acesta a avut o scădere pronunțată, ca rezultat al liberalizării avorturilor și al introducerii Programului național de sănătate pentru mamă și copil, și totodată a scăzut foarte mult numărul avorturilor nesigure și efectuate de personal necalificat. Cu toate acestea, rata mortalității materne este în continuare pe locul doi printre țările enumerate în Tabelul 7, după Republica Moldova, la fel ca și în cazul mortalității infantile.

Tabelul 7. Indicatori demografici, de sănătate și stil de viață selectați (2009)

Indicator	România	Moldova	Ucraina	Ungaria	Serbia	Bulgaria	UE-15
Populație 0–14 ani (%)	15,1	16,9	14,1	14,8	15,2	13,4 *	15,8
Populație 65+ ani (%)	14,9	10,2	15,8	16,5	17,1	17,4 *	17,9
Densitatea populației (pe km <sup>2</sup> )	90	105	76	108	83	68	n.a.
Rata de nașcuți-vii (per 1.000 loc.) *	10,4	11,4	11,2	9,6	9,6	10,7	10,8
Rata fertilității totale (copii per femeie)	1,4	1,3	1,5	1,3	1,4	1,6	1,6
Rata mortalității (la 1.000 loc.)	12,0	11,8	15,4	13,0	14,2	14,5 *	9,2
Decese materne (la 100.000 nașteri vii)	21,1	17,2	25,2	18,7	19,9	6,4 *	5,6
Mortalitate infantilă (la 1.000 nașteri vii; declarată)	10,1	12,1	9,4	5,1	7,0	8,6 *	3,7
Mortalitate cauzată de boli ale sistemului circulator (la 100.000 loc. SDR)	548,6	715,2	737,6	421,2	506,6	611,3 *	180,8
Mortalitate cauzată de neoplasme maligne (la 100.000 loc. SDR)	181,4	168,4	158,2	243,2	206,6	171,6 *	165,2
Mortalitate cauzate de răni externe și otrăviri (la 100.000 loc. SDR)	53,9	97,3	98,4	59,0	42,8	44,9 *	32,6
Incidența tuberculozei (estimată la 100.000 loc.)	125	178	101	16	21	41	9

Indicator	România	Moldova	Ucraina	Ungaria	Serbia	Bulgaria	UE-15
Incidența HIV (la 100.000 loc.)	0,7	19,7	35,4	1,4	1,8	2,3 *	6,0
Avorturi (la 1000 nașteri vii)	576	359	249	463,8	323	417	229***
Fumători constanți (% 15+)	M:32* F:9*	M:51*** F:7***	M:42* F:6*	M:37 F:27*		n.a.	NET: M32/ F24 ITA: M30/ F17 SPA: M31/ F21

Sursă: OMS HFA-BD (34)

\*2008 \*\*2007 \*\*\*2006

Rata mortalității din România este comparabilă cu cea din Republica Moldova, în timp ce Ucraina, Ungaria, Serbia și Bulgaria au rate mai mari ale mortalității, iar țările UE-15 au o medie mai mică a ratei mortalității. Decesele cauzate de boli ale sistemului circulator reprezintă aproape jumătate din numărul total de decese din România. Vecinii răsăriteni ai României, Ucraina și Republica Moldova, precum și Bulgaria, au rate mai mari ale mortalității cauzate de aceste boli. Diferențele de mortalitate cauzată de neoplasmul malign sunt mai puțin pronunțate între România, vecinii săi de la est și țările UE-15, și sunt mai mici în România decât în Ungaria și Serbia. Ratele mortalității cauzate de răniri externe și otrăviri au avut o scădere pronunțată în ultimii 15 ani, situându-se sub valorile înregistrate de Moldova, Ucraina și Ungaria, dar având valori mai mari decât Bulgaria, Serbia și țările UE-15.

În ciuda unei tendințe descendente în anii recenti, incidența estimată a TB este de peste zece ori mai mare decât media din țările UE-15 și mai mare decât în țările din jur, cu excepția Republicii Moldova. La sfârșitul anilor 1980 și 1990, România s-a confruntat cu o epidemie majoră de HIV, în care mii de copii mici instituționalizați au fost infectați cu HIV prin transfuzii de sânge și prin injecții multiple efectuate cu echipamente sterilizate inadecvat. În comparație cu această perioadă, incidența actuală a HIV în România este relativ scăzută și stabilă. România are o incidență mai mică a infecției cu HIV, în comparație cu țările UE-15, iar prevalența HIV este în continuare redusă în comparație cu Republica Moldova și Ucraina, unde este epidemie de HIV.

În ciuda introducerii Programului de sănătate a mamei și copilul în anii 1990, rata avorturilor este în continuare mare și depășește toate țările învecinate și țările UE-15.

Românii, în special femeile, sunt fumători modești în comparație cu nivelul internațional. În general, în jur de o treime din populația de bărbați români fumează, procent comparabil cu populațiile de bărbați din Ungaria, Italia, Olanda, Serbia și Spania. Procentul de femei fumătoare din România este comparabil cu cel al femeilor din Republica Moldova și din Ucraina, dar mult mai mic decât în Ungaria, Serbia și țările din Europa de vest.

## **2.3 Sistemul sanitar (39)**

Sub conducerea lui Ceaușescu, România a avut un sistem sanitar de tip Semashko, reglementat de la nivel central, extrem de standardizat și organizat pe criterii geografice. Din cauza subfinanțării și a ineficienței, acest sistem a fost incapabil să satisfacă chiar și cele mai fundamentale nevoi ale populației. Starea sănătății populației s-a deteriorat, fapt ce a fost reflectat de o speranță de viață din ce în ce mai mică între 1975 și începutul anilor 1990. După 1989, noua formă de guvernământ a avut ca scop reformarea structurii și organizării sectorului de asistență medicală, prin descentralizare și stimulente ale eficienței.

### **2.3.1 Finanțare**

Istoric vorbind, România a alocat sănătății un procent mic din PIB în comparație cu alte țări. Cifrele din 2008 indică faptul că pentru sănătate se cheltuiesc în jur de 5,5% din PIB (4,5% fiind cheltuieli publice și 1% private), cel mai mic procent printre țările UE, a căror medie din 2008 s-a situat în jurul valorii de 9,2% din PIB. Un punct de cotitură major în procesul de reformă a fost implementarea Legii asigurărilor sociale de sănătate din 1998, care a introdus asigurarea de sănătate obligatorie în relație cu angajarea în muncă. Contribuțiile depindeau de venit și erau plătite în proporții egale de către asigurat și angajator. Persoanele fără un venit propriu, cum ar fi copiii și tinerii, handicapații, veteranii de război fără venit, precum și persoanele dependente de cele asigurate beneficiau de acces gratuit la asigurarea de sănătate. Pentru unele grupuri speciale, cum ar fi recruții din armată și deținuții, contribuțiile la asigurare erau plătite din bugetele a diferite ministere.

### **2.3.2 Furnizarea de servicii**

Așa cum se arată în Tabelul 8, cheltuielile cu serviciile de sănătate din România sunt relativ reduse. Doar 5,5% din produsul intern brut este cheltuit pe asistență medicală, procentul considerabil mai mic decât cheltuielile similare efectuate de țările învecinate și de țările UE-15. Media ponderată a cheltuielilor cu sănătatea pe cap de locuitor în țările UE-15 a fost de cinci ori mai mare decât în România. În comparație cu țările învecinate și cu țările UE-15, România are cel mai mic număr de medici, asistenți medicali și farmaciști la 100.000 de locuitori. În comparație cu alte țări din tabel, numărul de paturi de spital are o valoare intermediară, dar considerabil mai mare decât în UE-15. Doar Ungaria și Ucraina au un număr mai mare de paturi de spital la 100.000 de locuitori. Cu toate acestea, durata șederii în spitalele din România este relativ scurtă. Numărul de vizite în ambulatoriu, per persoană, este relativ scăzut.

**Tabelul 8 Indicatori selectați pentru resursele și utilizarea asistenței medicale (2009) <sup>1</sup>**

Indicator	România	Moldova	Ucraina	Ungaria	Serbia	Bulgaria	UE-15
Cheltuieli totale de sănătate ca % din PIB (est. OMS)	4,7*	10.7*	6.8*	7.4*	9.8*	7.3*	9.7*
Cheltuieli totale de sănătate pe cap de locuitor (în PPP USD; est. OMS.)	665*	318*	498*	1419*	838*	910*	3320*
Paturi de spital (la 100.000 loc.)	662	615	866	714	541	660	532
Medici (la 100.000 loc)	226	313	315	302	284	369	346
Medici AMP - la 100.000 loc.	83	54	34	35	71	65	97
- ca % din numărul total de medici	37%	17%	11%	12%	25%	18%	28%
Asistenți medicali (la 100.000 loc.)	566	750	786	621	578	421	906*
Farmaciști (la 100.000 loc.)	55	80	n.a	57	28	n.a.	85
Dentiști (la 100.000 loc.)	58	45	42	49	31	86	69
Durata medie de spitalizare (zile)							
- toate	7,4	10	12.7	10.5*	9.4	6.5	8,9*
- spit. acute	n.a.	8.1	10.8	6.0*	7.4	n.a.	6,7*
Consultații în ambulatoriu per persoană (pe an)	4,7	6,3	10,7	12,0	8,5	n.a.	DE: ,8* DK: 4,2** NL: 5,8

1 OMS HFA-DB la <http://data.euro.who.int> (yr: 2009). \* 2008; \*\* 2007

### 2.3.3 Asistența primară<sup>6</sup>

În timpul perioadei comuniste, sistemul sanitar din România era de stat și centrat pe spital. Asistența primară era furnizată printr-o rețea națională de dispensare, iar conceptul de „medicină de familie” nu exista. Membrii unei familii (copii și adulți) erau tratați de medici diferiți, iar pacienți nu aveau opțiunea de a-și alege medicul. În fiecare dispensar exista un MG pentru adulți și unul pentru copii, mai mulți asistenți medicali – unii specializați în pediatrie –, o moașă și personal administrativ.

După schimbările survenite în 1989, sistemul de asistență primară s-a transformat într-un sistem bazat din ce în ce mai mult pe medicina de familie. Condițiile de lucru pentru MF/MG s-au schimbat; în 1994, reformele sanitare au atribuit MF/MG un rol de gardian al sistemului, precum și o nouă schemă de contractare care combina plata pentru capitație și plata pe serviciu, inclusiv stimulente pentru a crește accesul în zonele subdeservite și pentru a îmbunătăți disponibilitatea non-stop. MF/MG au devenit independenți, deși contractați, și își gestionează cabinetele medicale ca antreprenori privați.

În anii ce au urmat acestor reforme, MF/MG și-au sporit randamentul prin furnizarea unui număr mai mare de consultații și de vizite la domiciliu, mai mulți pacienți înregistrați și o mai bună acoperire a asistenței medicale de urgență. Aceste rezultate pozitive au fost obținute în ciuda faptului că cheltuielile reale pentru asistența primară se situau mereu sub sumele planificate, în timp ce cheltuielile reale pentru spitale depășeau bugetul alocat.

**Tabelul 9. Finanțarea asistenței primare 2008–2010**

Cheltuieli	2008	2009	2010
Milioane lei	1.456,5	1.104,3	1.067,4
% din cheltuielile totale de asigurări de sănătate	8,8%	7,2%	6,1%

Sursă: Rapoartele de activitate ale CNAS pe anii 2008-2010

<sup>6</sup> Scintee & Vlădescu (40); Vlădescu & Rădulescu (41)



## 3. Sistemul de asistență primară în România: context național

Acest capitol oferă o privire de ansamblu asupra priorităților, reglementărilor și structurilor în asistența primară din România, inclusiv în privința politicilor naționale și legislației, chestiunilor de ordin financiar, forței de muncă și educației furnizorilor, a aspectelor legate de asigurarea calității, precum și asupra rolului pacientului. Informațiile din acest capitol se bazează pe răspunsurile experților în cadrul unui studiu aplicat la nivel național. Rezultatele vor fi descrise în acord cu Schema de Evaluare a sistemului de medicina primară (vezi Capitolul 2). Acest capitol servește drept context pentru rezultatele studiilor la nivel de medici de familie – medici generalişti și pacienții lor, care vor fi descrise în capitolele 4 și 5.

### 3.1 Conducere / guvernare

#### 3.1.1 Organisme guvernamentale

Prin Constituție, Parlamentul are un rol fundamental în elaborarea politicilor, de vreme ce are puterea aprobării acestora, însă unele măsuri legate de sănătate pot fi inițiate de Guvern fără implicarea directă a Parlamentului, cum este cazul ordonanței de urgență 150/2002, prin care s-au modificat prevederile Legii asigurărilor de sănătate din 1997, sau cel al numeroaselor ordonanțe care au modificat Legea reformei sistemul sanitar din 2006.

Interesul Președintelui reprezintă o cale rapidă de a aduce subiecte în agenda politică. Președintele a numit o comisie specială pentru a analiza și redacta o abordare de dezvoltare a sistemului sanitar, bazat în mare măsură pe principiile asistenței primare (este vorba de raportul din 2008 „Un sistem de sănătate centrat pe nevoile cetățeanului”).

Ministerul Sănătății este responsabil de asigurarea de servicii de sănătate la nivel național. În absența unui departament specializat de asistență primară la nivel național, responsabilitatea este asumată de Direcția de îngrijiri medicale și politici de sănătate. De asemenea, există o Comisie consultativă pentru medicina familiei. Responsabilitățile ministerului includ:

- implicarea principalelor părți interesate în politicile de sănătate și formularea, implementarea și evaluarea strategiei;
- realizarea de consultări cu caracter public pe scară largă, incluzând opiniile principalelor părți interesate și ale pacienților;
- asigurarea transparenței alocării resurselor bugetare de stat pentru sănătate;<sup>7</sup>
- reglementarea sectoarelor public și privat precum și interfața dintre acestea;
- desfășurarea de studii, politici, planificarea și monitorizarea reformei, finanțării, sectorului privat, precum și a infrastructurii și echipamentului;
- dezvoltarea cadrului legal și reglementărilor pentru sistemul sanitar, inclusiv pentru sectorul farmaceutic și pentru politicile și serviciile de sănătate publică, inspecția sanitară

<sup>7</sup> Cu toate că ministerul nu mai controlează în mod direct finanțarea majorității unităților sanitare, încă din 1999, acesta este încă responsabil de finanțarea și administrarea programelor naționale de sănătate publică, a anumitor servicii specializate, precum și de investiții în infrastructură și echipamente.

și contractul cadru pentru toți furnizorii de servicii de sănătate (cu CNAS) și

- politici de dezvoltare a resurselor umane și sporirea capacității de analiză și management de politici.

**Ministerul de Finanțe** joacă un rol cheie în deciziile referitoare la măsurile din sectorul sanitar, de vreme ce aprobarea sa este necesară pentru orice chestiuni referitoare la cheltuirea banilor publici, cum sunt, de exemplu, bugetele CNAS și ale programelor Ministerului Sănătății. În plus, **Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Transporturilor, Ministerul Apărării Naționale, Ministerul de Interne, Ministerul Justiției și Serviciul Român de Informații** au toate sistemele lor sanitare paralele, care includ spitale, policlinici și dispensare separate. Două fonduri naționale de asigurări de sănătate administrează exclusiv interesele celor ce lucrează pentru Ministerul Transporturilor și Ministerul Apărării Naționale. Aceste fonduri se supun aceluiași reglementări ca și CJAS, însă primele lor de asigurare provin de la grupuri țintă diferite.

Începând cu 2002, **autoritățile locale** au în proprietate (aproape) toate unitățile sanitare publice. Deși acest lucru ar trebui să le permită să aibă o influență semnificativă asupra stării serviciilor de sănătate în zona lor de responsabilitate, lipsa de resurse financiare și umane limitează masiv această putere. Practic, rolul autorităților locale a fost foarte limitat din 2010, când Ministerul Sănătății și guvernul au relansat procesul de reformă, prin delegarea responsabilității managementului spitalelor de mai mică importanță (360 din cele 432 de spitale publice) către autoritățile locale. Cu toate acestea, procesul de descentralizare aflat în derulare trebuie mai bine reglementat pentru a avea rezultatele așteptate privind serviciile integrate de sănătate, bazate pe nevoile populației și ale comunității. Este de așteptat ca, în viitorul apropiat, autoritățile locale să devină din ce în ce mai responsabile de furnizarea serviciilor de sănătate.

**CNAS** stabilește regulile pentru sistemul de asigurări de sănătate și coordonează cele 42 de CJAS. Aceasta poate redistribui fonduri între județe și are dreptul de a le impune reglementări, cu scopul de a menține coerența sistemului național de asigurări. În fiecare an, CNAS, împreună cu Ministerul Sănătății, inițiază contractul-cadru (aprobat prin hotărâre de guvern) care specifică pachetele de beneficii asigurate și reglementează furnizarea asistenței medicale. Furnizorii, inclusiv MF/MG, au un rol foarte limitat în negocierea contractului-cadru.

### **3.1.2 Dezvoltarea de politici**

#### **3.1.2.1 Evoluția în perioada 1989–2000**

Descentralizarea inițială și migrarea către un sistem de asigurări sociale de sănătate a început cu Legea administrației publice din 1991, care a creat 42 de direcții județene de sănătate, sub autoritatea unui lider politic numit, responsabil cu finanțarea și administrarea serviciilor medicale, inclusiv a dispensarelor. Aceste direcții au încheiat acorduri cu MF/MG, specificând standarde și servicii. Legea asigurărilor sociale de sănătate din 1997 și-a propus să creeze un sistem de asigurări sociale de sănătate descentralizat și pluralist, în care cetățenii să aibă contribuții raportate la venituri, în vederea achiziționării de servicii de la furnizori, inclusiv de la noii MF/MG independenți. Funcțiile de management și, respectiv, de finanțare, erau separate la nivel de județ. Direcțiile județene de sănătate au fost divizate în direcțiile județene de sănătate publică (DJSP) și CJAS. DJSP, ca entități ale Ministerului Sănătății, au devenit responsabile de dezvoltarea de programe de sănătate publică, de evaluarea furnizării serviciilor medicale și a furnizorilor de servicii medicale.

CJAS au devenit responsabile cu colectarea taxelor de asigurări (până în 2002, când această atribuție a fost preluată de Ministerul de Finanțe) și cu plata furnizorilor, sub supervizarea CNAS. CNAS putea redistribui, de asemenea, până la 25% din taxele încasate către județele subfinanțate.

În perioada 1995 – 2000, numeroase legi și măsuri legislative au contribuit semnificativ la structura și organizarea sistemului sanitar, în special Legea privind exercitarea profesiei de medic, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din 1996, Legea asigurărilor sociale de sănătate din 1997, Legea sănătății publice din 1998, și Legea funcționării și finanțării spitalelor din 1999. Aceste legi au constituit o bază pentru un sistem sanitar nou, descentralizat, în care rolurile și responsabilitățile părților interesate erau mai bine definite și s-au concretizat în reglementări.

### **3.1.2.2 Evoluția în perioada 2000–2011**

Teme majore abordate începând cu 2000 sunt recunoașterea medicinei de familie și îmbunătățirea coerenței sistemului sanitar prin integrarea în asistența primară și prin substituție.

În ceea ce privește medicina de familie, un mare pas înainte a fost Legea asigurărilor sociale de sănătate din 1997, care a transformat medicii generaliști în furnizori independenți, contractați direct de către CJAS pentru serviciile lor. Legea a instituit contractul-cadru, care a definit drepturile populației asigurate, precum și condițiile pentru toți furnizorii, inclusiv pentru noii MF/MG, de furnizare a asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, precum și baza sistemului pe bază de plată și de bonificații.

Un alt moment decisiv în profesionalizarea medicinei de familie și asistenței primare a fost Legea reformei sanitare din 2006, care a abordat în special medicina de familie, a acoperit aproape toate ariile din sectorul sanitar și a inclus toate reglementările anterioare, adaptate la acquis-ul comunitar. ONG-urile și Colegiile Medicilor au fost consultate în vederea formulării legii.

În același an, Comisia prezidențială pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România a publicat raportul „Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului”, descriind o viziune pentru integrarea orizontală a furnizorilor de servicii de sănătate, cu asistența primară ca element-cheie. Documentul a fost considerat un îndrumar important pentru continuarea reformei sistemului de asistență primară, deși încă așteaptă să fie implementat. În document sunt menționate următoarele subiecte:

- **Echipe multidisciplinare**

Documentul a nominalizat ca prioritate dezvoltarea de echipe multidisciplinare de asistență primară. Este necesară promovarea asociațiilor de doi sau mai mulți MF, precum și formarea de echipe mai mari de asistență primară, incluzând asistente, moașe, asistenți sociali și comunitari, fizioterapeuți și personal administrativ, urmând să deservească 3000-7000 persoane, în funcție de specificul demografic al zonei. Această extrapolare are scopul de a pregăti mai bine asistența primară pentru servicii comunitare, precum promovarea sănătății, prevenția și recuperarea, care au un impact important asupra calității și eficienței.

- **Eficiența și diversificarea serviciilor**

Unitățile de asistență primară trebuie extinse, cu asistenți pregătiți special pentru afecțiuni minore, care pot funcționa relativ independent de medici. În plus, asistenții

medicali cu formare specifică pot aduce valoare adăugată în informarea pacienților, de exemplu la linii telefonice de ajutor, utilizarea îndrumare specifice. Rețelele de asistență primară mai mari au posibilitatea de a oferi servicii suplimentare ca substitut pentru cele specializate. Resursele trebuie alocate mai bine, iar eficiența și integrarea serviciilor medicale în asistența primară trebuie sporite prin moduri variate de plată, inclusiv plata pentru servicii suplimentare și introducerea unui buget global al cabinetului.

- Resurse umane și investiții în cabinet

Este necesară angajarea de personal suplimentar în asistența primară și, de asemenea, trebuie instituite programe de dezvoltare a carierei. Este necesară o politică sectorială coerentă pentru pregătirea, dezvoltarea și politica de alocare, precum și investirea în infrastructura cabinetului, inclusiv în unități de diagnostic și de tratament care să îndeplinească cerințe minime predefinite.

- Tehnologia informației

Disponibilitatea unei tehnologii informatice și de comunicare adecvate reprezintă o altă cerință importantă pe termen mediu. Aceasta ar trebui să îmbunătățească continuitatea asistenței, în mod special dacă este integrată vertical în spitale și în alte unități. Resurse pentru această tehnologie a informației pot fi furnizate de către CNAS, Ministerul Sănătății sau de comunitățile locale pentru anumite servicii.

- Medicina bazată pe dovezi

Echipele de asistență primară trebuie evaluate prin prisma unui sistem coerent de indicatori de calitate trasat de autoritățile sanitare, referitor la calitatea tratamentului și la alte aspecte cu impact direct asupra pacienților, cum ar fi organizarea cabinetului medical.

- Finanțare

Sunt necesare investiții în infrastructura fizică pentru a dezvolta un mediu stimulant, atât pentru cadrele medicale, cât și pentru pacienți. Acest lucru se referă la restructurarea și redefinirea cabinetelor actuale, precum și la echiparea acestora cu dotări adecvate, inclusiv în ceea ce privește tehnologia informației. Este recomandat să se stabilească standarde minime pentru fiecare nivel (echipe primare și rețele mai mari). Finanțarea trebuie asigurată de către minister, CJAS și autoritățile locale, de exemplu. Asigurătorii privați, în cazul în care vor apărea, trebuie să finanțeze servicii suplimentare. Bugetul total alocat asistenței primare trebuie să însumeze 10-15% din bugetul total al CNAS.

Pe lângă subiectele menționate mai sus, dezbateră curentă se concentrează pe resursele umane, în special pe stimularea dezvoltării carierei profesionale. Dezvoltarea unei politici coerente privind formarea, dezvoltarea și alocarea de resurse face parte din aceste obiective. Alte teme de actualitate sunt revizuirea pachetului de beneficii de bază și introducerea unui sistem de coplată, incluzând anumite servicii de asistență primară

### **3.1.3 Monitorizarea specialiștilor și a serviciilor**

Ca o condiție generală pentru cabinet, toți furnizorii de asistență primară din România trebuie să fie organizați în una din următoarele patru structuri legale: cabinet individual, cabinet de grup, cabinet medical asociat sau societate medicală cu răspundere limitată (Ordonanța Nr. 124 /1998 publicată în Monitorul Oficial Nr. 568; august 2002).

În plus, cerințele educaționale pentru cabinetele medicale, inclusiv pentru cabinetele de

MG, au fost reglementate prin Legea 95/2006 privind reforma sistemului sanitar. MF/MG trebuie acreditați de către Ministerul Sănătății. Din 2008, acreditarea a fost delegată Colegiului Medicilor.

Contractul-cadru al CNAS stipulează că furnizorii sunt obligați să aibă asigurare de malpraxis. Există mai multe limitări privind numărul de MF care se pot înființa într-un teritoriu, precum și criteriul ca aceștia să aibă minimum 1000 de pacienți fiecare. Comisii alcătuite din reprezentanți ai CNAS, Direcției de Sănătate Publică (DSP), Colegiului Medicilor și, mai nou, ai organizațiilor profesionale sau patronale decid în privința noilor cabinete. Pe scurt, cerințele pentru ca medicii să poată lucra în asistența primară sunt:

- diplomă valabilă în medicină de familie sau experiență ca medic de familie înainte de 2007;
- licență de la Colegiul Medicilor;
- înregistrare în registrul DSP ;
- asigurare de răspundere profesională;
- minimum 1000 pacienți (cu excepția zonelor izolate) pentru a fi eligibili pentru un contract cu CNAS.

Aceste cerințe se aplică în egală măsură medicilor ce lucrează ca antreprenori privați și celor care sunt angajați ai centrelor de asistență medicală sau ai altor instituții medicale contractate de CNAS.

Asistenții medicali trebuie, de asemenea, să fie licențiați. În plus față de cerințele educaționale, asistenții trebuie să fie membri ai Ordinului român al asistenților și moașelor. Pentru a obține recertificarea, este necesară deținerea unui număr minim de ore de educație continuă. Asistenții trebuie, de asemenea, să aibă asigurare răspundere profesională. Medicii sunt obligați să angajeze cel puțin un asistent medicală, conform cerințelor contractului-cadru cu CNAS.

### **3.1.4 Educația medicală continuă**

MF/MG sunt obligați să obțină minim 200 de credite EMC la fiecare cinci ani. Colegiul Medicilor este responsabil atât de evaluările la cinci ani, cât și de procesul de acreditare a cursurilor EMC. Nu este disponibilă nici o evaluare a conținutului cursurilor EMC. Asistentele medicale trebuie să obțină minim 15 credite EMC în fiecare an. Ordinul asistenților și moașelor supervizează acest proces de certificare. Pentru managerii din domeniul asistenței primare nu există programe naționale EMC, cu toate că diferite programe de formare în management au fost dezvoltate de instituții publice sau ONG-uri, cu acreditare din partea Colegiului Medicilor.

După o perioadă minimă de cinci ani de practică, MF/MG și asistenții de asistență primară pot alege să dea un examen prin care să le fie evaluate cunoștințele. Pentru MF/MG această evaluare constă într-o examinare realizată de evaluatori numiți de Decanul Facultății de medicină. Evaluatorii sunt profesori în medicină internă, întrucât profesori în medicina de familie nu sunt disponibili. Această evaluare poartă denumirea de „primariat” pentru MF/MG și „principal” pentru asistenți. După obținerea acestor titluri, care reprezintă cel mai înalt nivel de certificare, MF/MG și asistenții medicali pot câștiga venituri mai mari.

### 3.1.5 Condiții pentru procesul de asistență medicală

#### 3.1.5.1 Norme pentru forța de muncă din AP

Norma oficială recomandată în contractul-cadru referitoare la numărul de pacienți per MF/MG este de 1800 (din aprilie 2010). Totuși, în anumite zone, numărul pacienților poate fi mai mare dacă nu apar noi cabinete de MF/MG. Conform celor menționate mai sus, numărul minim de pacienți pentru fiecare MF/MG cu contract la CNAS este de 1000 (deși, temporar poate fi mai redus). Înregistrarea a mai mult de 2200 pacienți este descurajată prin aplicarea de puncte regresive peste acest număr. Nu sunt disponibile norme pentru alte categorii de lucrători în asistența primară.

#### 3.1.5.2 Lipsa personalului din asistența primară

Tabelul 10: Lipsa personalului raportată în mai multe profesii din asistența primară

Profesii asistență primară	Fără lipsă	Lipsă în unele regiuni	Lipsă la nivel național
MG		✓	
Asistenți medicali AP		✓	
Moașe AP		n.a	
Dentiști		✓	
Fizioterapeuți		✓	
Farmaciiști		✓	

Luând în considerare populația țării și numărul total de MF/MG, nu există o penurie de MF/MG la nivel național, însă distribuția teritorială a acestora nu este echilibrată, așa încât vor exista insuficiențe în unele zone (și, în consecință, surplus în alte zone). Similar, nici distribuția altor cadre medicale nu este echilibrată, și în unele regiuni există insuficiențe în ceea ce privește numărul asistenților, moașelor, dentiștilor, fizioterapeuților și farmaciștilor.

#### 3.1.5.3 Tip de cabinet

Cu toate că lipsesc datele exacte, se estimează că în țară cabinetele medicale grupate de MF/MG sunt rare. Majoritatea MF/MG lucrează în cabinete individuale, alături de un asistent. Aproximativ 76% din toți MF/MG lucrează pe cont propriu, în timp ce restul sunt angajați de alt MF/MG sau de o firmă. Cu toate că munca în echipă a fost o prioritate a asistenței primare, la nivel național nu a fost disponibilă o evidență privind proporția cabinetelor individuale, a parteneriatelor sau grupurilor de cabinete, a centrelor multidisciplinare sau cu medici de specialitate. (Informații relevante privind studiul MF/MG vor fi prezentate în Capitolul 4.)

### **3.1.5.4 Funcția asistenței primare de prim-contact cu sistemul sanitar**

Cu excepția urgențelor, pacienților li se cere să meargă la MF/MG înainte de a putea fi tratați de un medic specialist sau de către orice medic din sistemul public. Pacienții pot să consulte medici din sistemul privat fără trimitere și cu plata serviciilor. Funcția de intrare în sistem a MF/MG a fost consolidată în 1998 prin introducerea coplăților pentru internarea în spital fără trimitere de la MF/MG. Atât medicii interniști, cât și cei din ambulatoriu, sunt obligați să transmită MF/MG care a efectuat trimiterea un sumar al procedurilor medicale, diagnosticul și recomandările de tratament (sub denumirea de „scrisoarea medicală”). Sunt disponibile consultații directe ale medicilor, pentru evaluarea evoluției și pentru anumite servicii, cum sunt planificarea familială și medicina complementară (acupunctură, homeopatie, tratamente naturiste). Din cauza controlului precar al implementării contractului-cadru și al reglementărilor acestuia, rolul de prim-contact al MF/MG nu este realizat pe deplin în practica de zi cu zi.

### **3.1.6 Condiții pentru capacitatea de reacție**

Aceste condiții se referă la rolul părților interesate; organizații ale pacienților și drepturile pacienților (inclusiv dreptul pacienților de a-și alege medicul și procedurile de reclamație pentru pacienți).

#### **3.1.6.1 Rolul părților interesate**

**Colegiul Medicilor** a început să funcționeze în 1997 și are un rol important în înregistrarea obligatorie a medicilor și un rol consultativ în elaborarea politicilor de sănătate. Cu toate că influența politică directă a profesiei de medic prin intermediul Colegiului este limitată, medicii sunt bine reprezentați în Parlament, în partidele politice și în Ministerul Sănătății. Pentru exemplificare, aproximativ 50 de membri ai Parlamentului au o experiență medicală în sectorul spitalicesc, inclusiv președintele și vice-președintele comisiei medicale. Studii din 2001 ale Băncii Mondiale au evidențiat influența specialiștilor în medicină în planificarea și implementarea reformelor sanitare. Colegiul este responsabil cu licențierea medicilor, pentru programele de EMC și pentru calitatea asistenței medicale (prin intermediul reclamațiilor de malpraxis).

**Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)** este asociația profesională a MF, având ca membrii cele 42 de asociații județene ale medicilor de familie. Este implicată în proiecte de dezvoltare profesională și este principala organizație care promovează asistența primară. Funcționează în strânsă cooperare cu Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie și Colegiul Medicilor în negocierea contractelor pentru medicii din asistența primară.

**Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)** își propune să dezvolte servicii de medicină de familie. Ca reprezentant al MF/MG care au propriile cabinete, federația a devenit din ce în ce mai activă în chestiuni legate de dezvoltarea medicinei de familie și de dialogul cu autoritățile.

**Ordinul Asistenților și Moașelor** este asociația profesională cea mai bine conturată. Prin lege, asistenții și moașele sunt obligați să aparțină Ordinului pentru a putea practica meseria. Ordinul are două funcții principale: monitorizarea practicii asistenților și moașelor și contribuția la dezvoltarea de politici privind aceste două profesii. O altă organizație profesională în domeniu este și **Asociația de Nursing din România**.

**Sindicatul Asistenților Medicali (Sanitas)** este deosebit de influent în promovarea intereselor asistenților. Acesta face parte dintr-un sindicat național care a convins guvernul să ceară MF/MG să angajeze minim un asistent medical, indiferent de numărul de pacienți.

**Facultățile de medicină** nu sunt actori importanți în reforma sistemului sanitar în calitatea lor juridică, însă reprezintă un pol de putere semnificativ în legislația curentă. Profesorii clinicieni sunt automat numiți șefi de secții în spitalele universitare, iar din această poziție ei au un rol important în utilizarea resurselor spitalului. Totodată, ei sunt responsabili de pregătirea, recrutarea și promovarea medicilor. Mai mult decât atât, un număr mare de persoane oficiale de rang înalt din Ministerul Sănătății și din alte instituții provin din mediul academic. De exemplu, majoritatea miniștrilor sănătății precum și ai consultanților de nivel înalt au fost, de asemenea, membri ai unei facultăți de medicină.

Cu toate că facultățile și-au adaptat structurile și curricula de la implementarea specializării de medicină de familie, influența MF în educația studenților și educația postuniversitară este încă limitată. Curricula este considerată depășită și nu este dezvoltată de MF. Examinarea scrisă și practică de la sfârșitul rezidențiatului sunt realizate de profesori în medicina internă, atâta timp cât profesorii în MF sunt rareori disponibili. Poziția MF care pregătesc rezidenți este în continuare slabă, ei nu sunt afiliați universității, nu sunt remunerați pentru această activitate, nu au pregătire pedagogică și nici o curricula stabilită pe care să o urmărească.

**Centrul Național de Studii pentru Medicina de Familie (CNSMF)** a fost întemeiat în 2001 ca o organizație relativ mică (54 de formatori în MF) cu scopul de a cultiva profesionalismul asistenței primare. S-a implicat în chestiuni profesionale, întrucât MF/MG au considerat că dezvoltarea profesională în medicina de familie era tratată superficial de alte instituții, dominată de obicei de medici cu alte specializări. În strânsă colaborare cu alte organizații internaționale, CNSMF a oferit MF/MG o viziune coerentă și proiecte-pilot care au contribuit la îmbunătățirea calității asistenței primare și medicinei de familie.

### **3.1.6.2 Rolul ONG-urilor și asociațiilor de pacienți**

**ONG-urile** se concentrează îndeosebi pe furnizarea de servicii de sănătate și sociale specifice, de exemplu în sfere precum promovarea sănătății, sănătatea reproducerii, planificare familială, HIV/SIDA și asistență comunitară. Mai multe ONG-uri au dezvoltat programe de formare pentru MF/MG și pentru asistenți medicali în aceste zone de prioritate, bazate pe metode și instrumente folosite în educația adulților. Cu toate că aceste programe de formare au fost recunoscute de Colegiul Medicilor pentru credite EMC, activitatea ONG-urilor a încetat atunci când proiectele respective s-au încheiat.

**Asociațiile de pacienți** au de asemenea influență, prin intermediul dreptului lor oficial de a participa la întâlnirile comisiilor consultative ale Ministerului Sănătății. Mai mult, Ministerul are consultări cu marile organizații-umbrelă precum Uniunea Națională a Organizațiilor Persoanelor Afectate de HIV/SIDA (UNOPA), Federația Asociațiilor Bolnavilor de Cancer, Federația Asociațiilor Bolnavilor de Diabet și Alianța Națională a Asociațiilor pentru Boli Rare. Unele din aceste organizații au semnat acorduri de parteneriat cu ministerul, de exemplu parteneriatul dintre Federația Asociațiilor Bolnavilor de Cancer și Minister, în scopul dezvoltării unui plan național privind cancerul. În 2008 mai multe asociații de pacienți au creat **Coaliția Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice (COPAC)**, cu scopul de a avea o voce mai puternică în adresarea către creatorii de politici.



**Reprezentarea pacienților** în procesele decizionale are loc prin intermediul consiliilor de administrație ale CNAS și CJAS. Pacienții sunt reprezentați în Consiliul de Administrație al CNAS prin reprezentanți ai sindicatelor, ai asociațiilor patronale și ai Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice (5, 5 și respectiv 2 membri, din numărul total de 17 membri). Și la CJAS există reprezentanți din aceste grupuri (3, 3 și respectiv 2 membri, dintr-un total de 11 membri).

### **3.1.6.3 Poziția pacienților**

Există patru legi care trasează protecția drepturilor pacienților: Legea drepturilor pacienților din 2003, Legea datelor cu caracter personal din 2001, Legea promovării sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice din 2002 și Legea privind măsurile de prevenire a răspândirii maladiei SIDA și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA din 2002. ONG-urile au fost implicate activ în pregătirea acestor legi și în implementarea or, în timp ce autoritățile încep să implice aceste organizații de pacienți în procesul decizional.

Legea drepturilor pacienților și Legea datelor cu caracter personal cuprind prevederi care obligă furnizorii să afișeze drepturile pacientului în unitățile medicale, iar autoritățile medicale să publice rapoarte anuale de respectare a acestor drepturi. Ambele legi prevăd următoarele drepturi ale pacienților:

- Dreptul de a fi informat  
Pacienții au dreptul să fie informați cu privire la serviciile medicale disponibile, la calificările furnizorilor de servicii medicale și la reglementările privitoare la funcționarea unităților medicale. Aceștia trebuie informați cu privire la starea lor de sănătate într-un mod politicos, netehnic.
- Dreptul la consimțământ informat  
Pacienții au dreptul să-și de acordul informat în ceea ce privește serviciile medicale de care beneficiază, și trebuie să li se explice consecințele refuzului de-a urma tratamentul. De asemenea, este necesară obținerea acordului pacientului pentru implicarea acestuia într-o formă de predare sau de cercetare. În cazul în care pacientul nu are capacitatea de a lua decizii, este obligatorie obținerea consimțământului de la aparținătorul său legal.
- Dreptul la confidențialitate  
Pacienții au dreptul la protejarea confidențialității informațiilor referitoare la starea lor de sănătate, la tratamentul urmat și a informațiilor personale. De asemenea, pacienții au dreptul la confidențialitate cu privire la viața lor de familie sau personală, cu excepția cazului în care aceasta interferează cu tratamentul sau pune în pericol viața celorlalți.
- Dreptul la asistență medicală  
Pacienții au dreptul la asistență medicală, inclusiv la îngrijiri paliative. Serviciile trebuie furnizate de personal sau unități medicale acreditate, cât mai aproape posibil de mediul pacientului. Raționalizarea resurselor insuficiente trebuie realizată pe baza criteriilor medicale. Când sarcina pune în pericol viața unei femei, dreptul femeii la viață este cel care primează.

Legea promovării sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice a adoptat principiile Rezoluției din 1991 a Adunării Generale a Națiunilor Unite cu privire la protecția persoanelor cu boli mintale și la îmbunătățirea asistenței medicale mintale, inclusiv prevederile referitoare la utilizarea opțiunii de tratament cel mai puțin restrictive,

la confidențialitate și la acordul informat. Această lege are o secțiune specială cu privire la drepturile persoanelor cu tulburări mintale, recunoscându-le drepturile la sănătate și la asistență medicală, precum și toate drepturile civile, politice, economice, sociale și culturale, așa cum se menționează în Declarația Universală a Drepturilor Omului și în alte convenții și tratate internaționale. Legea privind măsurile de prevenire a răspândirii maladiei SIDA și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA din 2002 descrie drepturile pacienților cu HIV, alături de măsuri de combatere a răspândirii bolii.

Din momentul introducerii reformelor din 1998, pacienții din România au dreptul să-și aleagă singuri MF. Ei se pot muta la un alt MF/MG după o perioadă minimă de șase luni de la înregistrare.

Centrele sau cabinetele de asistență primară nu sunt obligate formal să aibă o procedură de reclamații, însă unele cabinete utilizează cutii pentru reclamații. Deși Legea drepturilor pacienților și Ordinul Ministerului Sănătății nr. 386 detaliază dreptul la tratament și la informare, acestea nu stipulează aspectele procedurale ale reclamațiilor. În cazurile în care drepturile pacienților nu sunt respectate și se înaintează o reclamație, aceasta va fi gestionată de Comisia de Disciplină a Colegiului Medicilor.

## 3.2 Generarea de resurse

### 3.2.1 Cifre și distribuție a personalului din asistența primară

În România, distribuția de furnizori este inegală. Deși numărul de MF/MG este suficient ca normă națională (un MF/MG la 2000 de locuitori), în unele regiuni se înregistrează un număr insuficient de MF/MG, asistenți medicali, dentiști, farmaciști și fizioterapeuți. Tabelul de mai jos indică numărul de persoane care lucrează în asistența primară în diferite discipline, numărul mediu de persoane per angajat și proporția din numărul total de personal medical activ, care lucrează în asistența primară.

**Tabelul 11: Profesioniști care lucrează în asistența primară**

Furnizori activi de asistență primară	Număr	Număr de loc. per angajat	Ca % din numărul total de medici, asistenți medicali, moașe*
MF/MG			
- Contractați de Asigurările Naționale (2009)	11.348	1.894	29,5% (Ministerul Sănătății)
- Total HFA DB (2006)	14.835	1.449	35,8% (HFA DB)
Asistenți medicali AMP (2006)	10.596	2.029	12,6
Moașe AMP (2006)	378	56.878	7,7
Asistenți specializați în pediatrie (2006)	935	22.995	1,1

\* Numărul total de medici activi: 41.455 (conform Ministerului Sănătății: 38.449); asistenți medical active: 85.785; moașe active: 4.913

Sursă: HFA DB (34)

În conformitate cu datele Ministerului Sănătății, populația per MF/MG este de aproape 1900. Numărul de MF/MG din România menționat în Baza de date „Sănătate pentru toți” (Health for All) a OMS (34) este mai mare, astfel încât populația per MF/MG este mai mică (1449). Pe baza datelor Ministerului Sănătății, 30% dintre toți medicii activi în din România au fost contractați ca MF/MG în asistența primară. Procentul OMS este întrucâtva mai mare (36%). În 2006, numărul de asistenți medicali din asistența primară era de 10.596, reprezentând 12,6% din toți asistenții medicali activi din țară. Doar 378 de moașe lucrează în asistența primară, sau 7,7% din numărul total de moașe active în țară. În sfârșit, 935 de asistenți de pediatrie, sau 1,1% dintre asistenții medicali sunt activi în asistența primară.

### 3.2.2 Dezvoltare profesională și educație

#### 3.2.2.1 Organizații profesionale

La nivel național, pentru MF/MG sunt relevante trei organizații profesionale. Prima, ca toți medicii din România, MF/MG sunt membri obligatorii ai Colegiului Medicilor din România, care se ocupă de înregistrarea medicilor. Mai important pentru dezvoltarea medicinei de familie este SNMF, care a pornit ca o organizație științifică, dar la ora actuală îndeplinește un rol mai amplu. O a treia organizație, Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie apără interesele financiare și materiale ale proprietarilor de praxisuri din asistența primară. La nivel național, Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei a fost înființat ca societate științifică, însă a început să fie implicat în dezvoltarea ghidurilor clinice.

#### 3.2.2.2 Publicații profesionale

Există o serie de publicații profesionale dedicate medicinei de familie, cum ar fi: Ziarul Medicului de Familie, publicat online de SNMF și „Agenda Medicilor de Familie”<sup>8</sup>. Publicația trimestrială „Practica Medicală” este publicată sub egida Societății Academice de Medicină de Familie.

#### 3.2.2.3 Educația medicală universitară

**Tabelul 12: Instituțiile de educație medicală care oferă formare postuniversitară în medicina de familie, pediatrie și ginecologie, precum și pregătire didactică în MF, cu durată normală**

Localitate	Durată curs postuniversitar de MF (ani)	Luni în AMP (luni)
<b>FACULTĂȚI DE MEDICINĂ</b>		
Arad	3	15
Brașov	3	15
București	3	15
Cluj	3	15
Constanța	3	15

<sup>8</sup> Se găsește la: [www.snmf.ro/ziar](http://www.snmf.ro/ziar), <http://www.medfam.ro/mf/mf/index.htm>, <http://www.medfam.ro/bimf/> și <http://practica-medicala.medica.ro/>.

Craiova	3	15
Galați	3	15
Iași	3	15
Oradea	3	15
Sibiu	3	15
Târgu Mureș	3	15
Timișoara	3	15

Toate cele 12 facultăți de medicină (publice și private) din România oferă programe postuniversitare de trei ani în medicina de familie. Se fac cincisprezece luni de practică într-un cabinet de asistență primară. Nu toate catedrele de medicină de familie sunt conduse de un profesor. La ora actuală, numărul total de profesori de medicină de familie este de opt, și nu toți dintre ei au formare în medicina de familie. Aproape un sfert dintre toți absolvenții de medicină (24,5% în 2008) au ales să se înscrie la un program postuniversitar de medicină de familie. Numărul de absolvenți de medicină care aleg medicina de familie a scăzut ușor în ultimii ani, la fel ca și numărul total de absolvenți de medicină. O proporție semnificativă dintre rezidenții în MF aleg programul ca soluție temporară, în timp ce se pregătesc de examene pentru alte specialități sau aleg alte opțiuni de carieră.

Cerințele educaționale pentru practica medicală, inclusiv pentru practica generală, au fost stabilite prin Legea privind reforma în domeniul sanitar din 2006. MF/MG trebuie certificați de către Ministerul Sănătății. Din 2008, procedura de acreditare a fost delegată Colegiului Medicilor.

### 3.2.3 Asigurarea calității

#### 3.2.3.1 Mecanisme de evaluare a calității serviciilor de AMP

Sunt aplicate următoarele mecanisme de evaluare a calității asistenței primare.

- Inspectarea de rutină a fișelor medicale ale MF/MG are loc anual de către CJAS-uri și Ministerul Sănătății, care parte a procedurii de contractare a asistenței primare. Informațiile sunt utilizate în principal în legătură cu implementarea financiară a contractului-cadru. Se poate ca fișele medicală să fie verificate în situația în care există reclamații, urmând să se formuleze recomandări sau acțiuni legale.
- Investigațiile formale ale deficitelor sau evenimentelor semnificative sunt realizate de către Colegiul Medicilor și de Ministerul Sănătății, dacă așa se dispune de către investigație.
- Avizarea obligatorie a MF/MG contractați și a unităților de asistență primară contractate se face anual, de către Colegiul Medicilor, Direcția Județeană de Sănătate Publică și de către CJAS-uri.
- Vizitele efectuate de alți medici se fac de către SNMF. Evaluările informale ale cabinetelor de asistență primară au fost și ele incluse în studii, însă nu există dovezi că au avut ca rezultat activități de îmbunătățire a calității.

În România, practic nu există standarde pentru asistența primară.

### **3.2.3.2 Indicatori pentru eficacitate și eficiență**

Atât Ministerul Sănătății, cât și CNAS evaluează în mod constant aspectele calitative ale anumitor servicii de asistență primară, iar Centrul pentru Servicii de Sănătate organizează sondaje pe bază de voluntariat. Ministerul măsoară în mod obișnuit rezultate în domeniul asistenței pentru mamă și copil, prin intermediul a șase indicatori derivați din programele naționale de sănătate, mai exact următoarele cifre: femeile însărcinate înregistrate, copii care beneficiază de profilaxie cu fier, copii care beneficiază de profilaxie cu vitamina D, femei însărcinate cu risc de malformații și genetic, testate pentru anemie, femei însărcinate care beneficiază de sprijin informativ și vaccinuri administrate.

CNAS colectează date lunare în format electronic cu privire la rețetele de medicamente, servicii furnizate și utilizarea resurselor la fiecare MG. Datele cu privire la consumul de medicamente din asistența primară sunt discutate de către Colegiul Medicilor și de companiile farmaceutice, fiind evaluat în fiecare an în timpul negocierilor contractului cadru, datele ce influențează nivelul decontărilor pentru medicamente.

La fiecare doi ani, CPSS măsoară în mod voluntar satisfacția pacienților și/sau opinia medicilor cu privire la sistemul sanitar. De obicei, rezultatele sunt dezbătute în ședințe deschise, la care participă reprezentanți ai decidenților, cum ar fi Colegiul Medicilor, Ministerul Sănătății, CNAS și asociațiile de pacienți.

### **3.2.3.3 Monitorizarea calității serviciilor**

Legea prevede modul în care trebuie realizată raportarea calității, dar nu sunt descrise instrumente de măsurare a calității. În absența schemelor explicite de control al calității asistenței primare, cerințele educaționale și stimulentele financiare au rolul de a influența calitatea. Un astfel de exemplu este schema de educație medicală continuă pentru MF/MG, conformă căreia fiecare medic din asistența primară trebuie să strângă 40 de credite EMC, pe an, pentru a fi reavizat de către Colegiul Medicilor după fiecare 5 ani de practică. Versiunea actualizată a solicitărilor pentru avizare trebuie transmisă către CNAS pentru reînnoirea anuală a contractului. Sistemul de plată pe baza performanței aferent imunizării (până în 2010) a oferit un stimulent financiar pentru un procent de peste 95% la imunizări. În mod asemănător, până în 2010 au existat plăți suplimentare pentru DOTS pentru TB și pentru identificarea activă a cazurilor. Cabinetele medicale sunt evaluate la fiecare doi ani de către CNAS ca parte a procesului de contractare, dar acesta este un proces de control administrativ în care furnizorii sunt obligați să prezinte documentele de constituire a cabinetului, astfel încât nu poate fi considerat ca fiind un instrument de îmbunătățire a calității.

### **3.2.3.4 Medicina bazată de dovezi și ghiduri clinice**

Conceptul de medicină bazată pe dovezi a intrat de curând în societățile științifice și, prin urmare, nu a fost implementat pe scară largă în asistența primară. Totuși, acesta face parte din viziunea dezvoltată de Ministerul Sănătății, de Comisia prezidențială pentru sănătate și de SNMF.

În conformitate cu prevederile Legii privind reforma în domeniul sanitar din 2006, responsabilitatea pentru producerea și implementarea ghidurilor clinice se află în mâinile Asociației Profesionale a Medicilor. În 2009, Ministerul Sănătății a hotărât să treacă procesul de coordonare al producerii de ghiduri la Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar. Până la ora actuală, ghidurile clinice dezvoltate sub coordonarea Școlii

Naționale nu au fost implementate la scară largă.

CNSMF a dezvoltat șase ghiduri clinice pentru MF/MG pentru diabetul de tip 2, hipertensiune, dureri lombare, infecții ale tractului urinar, îngrijirile prenatale, astm și depresie. Aceste ghiduri au fost produse de echipe multidisciplinare de MF/MG și specialiști medicali, și includ liste de publicații științifice. În colaborare cu CPSS, CNSFM a contribuit la dezvoltarea ghidului „Abordarea practică a pacienților cu simptome respiratorii” (Strategia PAL), implementat în șase județe. Ghidurile clinice sunt disponibile gratuit pe internet, și aproximativ 3000 de exemplare au fost fie vândute, fie distribuite gratuit în rândul MF/MG. Cu excepția proiectelor pilot, până în acest moment nu s-a realizat evaluarea sistematică a utilizării și aderenței la aceste ghiduri. Nu există ghiduri naționale de asistență primară pentru asistenții medicali.

### 3.3 Aspecte de finanțare ale asistenței primare

Din bugetul național alocat sănătății, în 2008 8,8% a fost cheltuit cu asistența primară, 7,2% în 2009 și 6,1% în 2010. Pachetul minim de servicii al CNAS este considerat cuprinzător, acoperind majoritatea serviciilor pe care le pot furniza MF/MG. Medicamentele prescrise pe rețetă fac subiectul coplății și respectă o anumită schemă de compensare, de 50, 90 și 100%. Anumite medicamente nu pot fi prescrise de MF/MG.

**Tabelul 13. Venituri brute anuale estimate ale medicilor**

Cadre medicale	Venit brut anual*
MF/MG	n.a. **
Medici care lucrează în spital	12.000 EURO
Asistenți medicali din AMP	n.a.

\* În medie, la vârsta de 40 de ani

\*\* Cifra de afaceri anuală este de circa 31.900 EURO; costurile medii ale unui cabinet nu sunt disponibile.

MF/MG din România sunt plătiți într-o formă mixtă, respectiv plata pentru capitație corelată cu grupe de vârstă (sistem bazat pe puncte). Până recent, cel mai mare punctaj alocat a fost pentru copii sub vârsta de 1 an, în timp ce cel mai mic punctaj a fost alocat pentru pacienți cu vârsta cuprinsă între 5 și 59 de ani. În 2010, punctajul aferent asistenței medicale pentru copii a fost redus, în paralel cu modificarea grupelor de vârstă (0-3 ani și 4-59 de ani). Până în 2010, imunizarea, monitorizarea și controalele în timpul sarcinii și a vârstei mici (0-18 luni), servicii pentru TB, planificare familială și controalele pacienților cu boli cronice erau incluse în plata pentru servicii. Începând cu noul contract valabil din aprilie 2010, acestea sunt incluse în plata pentru capitație. Anumite boli cronice sunt plătite acum dintr-un program finanțat de Ministerul Sănătății. Înainte de 2010, imunizarea a fost subiectul plății pe bază de performanță. Dacă un MF îndeplinise un obiectiv de imunizări de 95% din populația eligibilă identificată, compensarea pentru ultimele 5 procente era dublată, și așa cum am menționat mai sus, existau și stimulente asociate tratamentului pentru TB.

Venitul brut al MF/MG depinde de amplasarea cabinetului (în mediul urban/rural), de

numărul de pacienți înregistrați, de structura și profilul populației și de condiții dificile de viață. Nu sunt disponibile date neagregate referitoare la venitul mediu al MF/MG. Cu toate acestea, dacă numărul total de cheltuieli al CNAS pentru asistența primară sunt împărțite la numărul de MF/MG contractați, ar trebuie să rezulte o cifră de afaceri de 31.900 EURO per MF, iar plata asistenților, contabililor, cheltuielilor administrative, a taxelor și a altor costuri ale cabinetului trebuie suportate din această sumă. Datele de la SNMF și de la CNSFM arată o cifră de afaceri anuală medie de 24.000 EURO per cabinet de MF/MG. Făcând o comparație, medicii din spital au un venit anual de aproximativ 12.000 EURO.

### 3.4 Aspecte ale furnizării asistenței primare

Rezultate ale sondajelor prezentate în capitolele 4 și 5 vor limpezi în mare măsură furnizarea de servicii de asistență primară. Secțiunea de față prezintă doar câteva date agregate.

**Tabelul 14. Indicatori-cheie ai utilizării serviciilor de asistență primară\***

Indicatori	Rată
Consultații pacienți la 1000 de locuitori pe an	2.970
Trimiteri la medici specialiști la 1000 de consultații pacienți	n.a.
Internări în spital la 1000 de consultații pacienți	n.a.
Rețete de medicamente la 1000 de consultații pacienți	n.a.

\* Sondajul în rândul medicilor a conținut și întrebări despre frecvența consultațiilor și la numărul de trimiteri (vezi Capitolul 4).

Numărul de consultații la 1000 de locuitori este de 2970, ceea ce indică o medie de 3 consultații la MF/MG per pacient, și că, în medie, un cabinet de MF/MG cu 2000 de pacient are aproape 6000 de consultații pe an. Programul de lucru pentru MF/MG este reglementat cu strictețe de reguli impuse de minister, astfel încât orele suplimentare nu sunt o practică des întâlnită în asistența primară.

## 4. Medicii de familie și medicii generalişti din asistența primară

Acest capitol cuprinde rezultatele sondajului realizat în rândul MF și MG în regiunile Moldova, Muntenia și Transilvania. Majoritatea dintre aceștia au finalizat sau sunt în curs de finalizare a unui program de formare specializat în medicină de familie, pentru a deveni MF. Rezultatele prezentate se bazează pe experiențe și opinii ale medicilor. Sondajul a cuprins următoarele subiecte: volumul de muncă și utilizarea timpului, accesul la și disponibilitatea serviciilor către pacienți, aspecte legate de calitatea serviciilor medicale, utilizarea informațiilor clinice, coordonare și cooperare, echipament medical disponibil, precum și mai multe dimensiuni ale profilurilor sarcinii clinice.

### 4.1 Profilul respondenților

Sondajul a avut un număr total de 405 medici de asistență primară care au răspuns. 73 în Moldova, 177 în Muntenia și 155 în Transilvania. În toate cele trei regiuni, cea mai mare parte din respondenți au finalizat formarea în medicină de familie (83%) (vezi Tabelul 15). În plus, majoritatea medicilor (Moldova: 57%, Muntenia: 70%, Transilvania: 71%) lucrează în cabinete aflate în mediul urban.

Tabelul 15. Numărul de MF și MG din mediul urban și din mediul rural

Medici	Moldova (N=72)		Muntenia (N=176)		Transilvania (n=154)		Total (N=402)	
	urban	rural	urban	rural	urban	rural	Abs.	%
MF	37	30	101	43	103	41	355	88,3
MG	4	1	23	9	6	4	47	11,7
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>124</b>	<b>52</b>	<b>109</b>	<b>45</b>	<b>402</b>	<b>100</b>

Tabelul 16. Sexul MF și MG din mediul urban și din mediul rural

Medici	Moldova (N=72)		Muntenia (N=176)		Transilvania (n=154)		Total (N=402)	
	urban	rural	urban	rural	urban	rural	Abs.	%
MF								
Femei	33	25	80	35	83	28	284	70,6
Bărbați	4	5	21	8	20	13	71	17,7
MG								
Femei	2	1	19	8	5	3	38	9,5
Bărbați	2	0	4	1	1	1	9	2,2
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>124</b>	<b>52</b>	<b>109</b>	<b>45</b>	<b>402</b>	<b>100</b>



Tabelul 16 arată că 80% dintre medicii respondenți au fost femei, iar 20% bărbați. Optzeci la sută dintre medicii bărbați și femei au parcurs sau parcurg în momentul de față formare specializată de medicină de familie.

Tabelul 17 oferă un număr de date-cheie de profil ale medicilor și cabinetelor acestora. În Moldova, 67 de medici (92%) au urmat sau urmează în prezent o formare specializată în medicină de familie, în Muntenia 144 (81%) și în Transilvania 144 (93%).

Una dintre caracteristicile fundamentale ale sistemului bazat pe medicină de familie este că serviciile de asistență primară pentru copii și pentru adulți sunt furnizate de același medic. Cu toate acestea, în Moldova și Muntenia, în medie, doar unul din patru medici (27% și, respectiv 24%), iar în Transilvania mai puțin de unul din cinci medici (16%) declară că deservesc pacienți din toate grupele de vârstă.

**Tabelul 17. Rezumat al caracteristicilor MF/MG**

Medici	Moldova (N=73)			Muntenia (N=177)			Transilvania (n=155)		
	Abs.	%	N valid	Abs.	%	N valid	Abs.	%	N valid
MF/MG bărbați	11	15,1	73	34	19,2	177	36	23,2	155
Medici cu formare specializată în MF	67	93,1	72	133	81,1	164	144	93,5	154
Medici care deservesc adulți și copii	20	27,4	73	45	24,4	177	25	16,1	155
Medici cu vârstă sub 50 de ani	38	52,8	72	50	30,5	164	73	47,4	154
MF/MG independenți/liber-profesioniști	69	94,5	73	166	93,8	177	149	96,1	155
Vârsta medie (ani)	Urban	Rural*		Urban	Rural*		Urban	Rural*	
MF	47,3	47,4		50,2	50,0		49,4	46,1	
MG	57,5	35,0		55,8	51,5		54,7	44,3	
Vechimea medie în muncă	18,0			18,8			17,5		
MF	20,4			23,2			17,4		
MG									

\*Inclusiv orașe mici și zone rurale

Vârsta medie a tuturor respondenților a fost de 49,5 ani (47,8 ani în Moldova, 51,0 ani în Muntenia, 48,6 ani în Transilvania) și, în medie, medicii cu formare de specialitate în MG au fost cu aproape patru ani mai tineri decât specialiștii fără formare de specialitate în MF (48,9% față de 53,6%). În Moldova, 53% dintre respondenți au avut vârsta sub 50 de ani,

în Muntenia 31% și în Transilvania 47%. Marea majoritatea a respondenților (94,8%) sunt medici independenți/liber-profesioniști. Experiența medie în muncă, ca MG sau MF este de 18,5 ani: 18,2 în Moldova, 19,6 în Muntenia și 17,5 în Transilvania.

## 4.2 Accesibilitatea asistenței medicale

Tabelul 18 cuprinde o trecere în revistă a diverse aspecte referitoare la volumul de muncă. Mărimea cabinetului (numărul de pacienți) variază în funcție de regiune și de tipul de cabinet. Cabinetele de medicină de familie din Moldova și Transilvania sunt, în medie, mai mari decât cele de medicină generală, dar în Muntenia situația este inversă. Dimensiunile medii ale listelor găsite s-au încadrat în normele naționale (1800-2200 de pacienți per MF/MG). Așa cum se observă în ultimul rând al tabelului, doar 6 MF/MG din Moldova (9%), 10 din Muntenia (7%) și 14 din Transilvania (10%) au declarat că au avut personal insuficient pe o durată mai mare de șase luni. În medie, mai puțin de un medic din zece dintre MG (9%) raportează lipsă de personal. Cel mai adesea menționate sunt lipsa asistenților medicali (în total 23), urmate de lipsa personalului tehnic (19).

**Tabelul 18. Volumul de muncă al MF/MG și utilizarea timpului de lucru, în funcție de regiune**

Aspecte referitoare la volumul de muncă	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	Medie	N valid	Medie	N valid	Medie	N valid	Medie	N valid
Dimensiune listă (# pacienți)								
- MF	2.353	68	1.968	134	1.833	104	1.989	342
- MG	2.014	5	2.192	31	1.636	10	2.052	46
Consultații pe zi								
- MF	27,9	68	25,4	144	26,5	143	26,3	355
- MG	24,6	5	23,9	32	25,9	10	24,4	47
Vizite la domiciliu pe săptămână								
- MF	7,3	66	7,8	143	6,6	143	6,8	352
- MG	5,2	5	7,1	31	7,3	9	6,9	45
Ore de lucru pe săptămână								
- MF	39,5	68	39,0	141	40,4	142	39,7	351
- MG	34,4	5	41,3	32	43,0	10	41,9	47
Ore de lectură pe lună								
- MF	26,5	67	17,5	141	18,6	140	19,7	348
- MG	32,0	5	23,1	32	15,1	10	22,3	47

Aspecte referitoare la volumul de muncă	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	Medie	N valid	Medie	N valid	Medie	N valid	Medie	N valid
Ore destinate cursurilor, pe lună								
- MF	7,2	63	8,7	137	8,2	139	8,2	339
- MG	4,3	3	6,8	29	7,3	8	6,7	40
Ore administrative pe săptămână								
- MF	7,3	60	7,3	138	9,5	139	8,2	337
- MG	21,2	5	5,5	32	22,5	10	10,8	47
Care declară lipsa de personal								
- MF	6	68	10	145	14	145	30	358
- MG	1	5	2	32	1	10	4	47

Per total, volumul de lucru al MF este întrucâtva mai mare decât al MG. Totuși, aceștia din urmă prezintă o săptămână de lucru cu durată mai mare, cu excepția Moldovei. Numărul mediu de ore dedicate lunar lecturii publicațiilor profesionale sau a informațiilor medicale, inclusiv pe internet, este mult mai mare în rândul MG (22,3 ore pe lună) decât printre MF (19,7 ore). MF afirmă că alocă mai mult timp formării sau participării la cursuri, în comparație cu MG (8,2 și, respectiv, 6,7 ore). În Moldova și Transilvania, timpul rezervat aspectelor administrate este mult mai mare la MG în comparație cu MF.

Tabelul 19 arată aceeași trecere în revistă a diferitelor aspecte referitoare la volumul de muncă ca și tabelul anterior, în funcție de nivelul de urbanizare. În Muntenia și Transilvania, medicii din mediul urban au, în medie, liste mai mari, iar în toate cele trei regiuni, medicii din mediul urban au mai multe consultații pe zi decât cei din mediul rural. Numărul de ore de lucru pe săptămână este, în medie, mai mic pentru medicii din urban în comparație cu cei din rural, cu excepția Moldovei. În Transilvania, medicii din mediul rural alocă mai mult timp lecturii publicațiilor profesionale sau informațiilor medicale decât cei din urban, în timp ce, în Muntenia, medicii din urban petrec mai mult timp la sesiuni de formare și participând la cursuri. În niciuna dintre regiuni nu au fost raportate lipsuri grave la nivelul personalului.

**Tabelul 19. Volumul de muncă al MF/MG din urban și rural, și utilizarea timpului de lucru, în funcție de regiune**

Aspecte referitoare la volumul de muncă	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	Medie	N valid	Medie	N valid	Medie	N valid	Medie	N valid
Dimensiune listă (# pacienți)								
- medici din mediul urban	2.324	41	2.089	116	1.890	106	2.045	263
- medici din mediul rural	2.344	31	1.824	49	1.659	43	1,897	123
Consultații pe zi								
- medici din mediul urban	29,7	41	25,8	123	27,5	107	27,1	271
- medici din mediul rural	25,0	31	23,4	52	24,3	45	24,1	128
Vizite la domiciliu pe săptămână								
- medici din mediul urban	7,5	39	6,8	121	6,2	107	6,7	267
- medici din mediul rural	6,8	31	6,9	52	7,6	44	7,1	127
Ore de lucru pe săptămână								
- medici din mediul urban	42,3	41	38,1	121	39,8	107	39,4	269
- medici din mediul rural	36,5	31	42,5	51	42,4	44	41,0	126
Ore de lectură pe lună								
- medici din mediul urban	22,6	40	19,6	121	17,3	105	19,1	266
- medici din mediul rural	31,5	31	16,3	51	20,2	44	21,4	126
Ore destinate cursurilor, pe lună								
- medici din mediul urban	6,7	36	8,8	116	8,0	103	8,2	255
- medici din mediul rural	7,4	29	7,4	49	8,5	43	7,8	121
Ore administrative pe săptămână								
- medici din mediul urban	6,7	36	7,3	118	9,8	103	8,2	257
- medici din mediul rural	10,4	29	6,4	51	11,5	45	9,1	125

Aspecte referitoare la volumul de muncă	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	Medie	N valid	Medie	N valid	Medie	N valid	Medie	N valid
Care declară lipsa de personal								
- medici din mediul urban	5	41	7	124	9	109	21	274
- medici din mediul rural	2	31	5	52	6	45	13	128

În general, în toate cele trei regiuni, pacienții care vin la cabinet pot beneficia de consultație în aceeași zi (vezi Tabelul 20). Aproximativ două treimi dintre medici au declarat că au program pe timpul serii cel puțin o dată pe săptămână, iar program în timpul weekendului cel puțin o dată pe lună este declarat, în medie, de unul din zece respondenți. În cazul în care cabinetele sunt închise, practica standard (95%) este ca pacienții să aibă la dispoziție un număr de telefon pentru urgențe. Ședințe de grup (sau „clinice”) pentru grupe specifice de pacienți sunt declarate de majoritatea respondenților; cele mai des menționate au fost ședințele pentru pacienții cu hipertensiune, urmate îndeaproape de cele pentru gravide și pentru pacienții cu diabet. Ședințele cu informații despre planificarea familială sunt cele mai rare, în special în Muntenia. Ședințe pentru alte grupe de pacienți sunt rare în toate cele trei regiuni. Majoritatea medicilor lucrează la o distanță de maximum 5 kilometri de un spital general.

**Tabelul 20. Accesul pacienților la cabinet**

Aspecte referitoare la accesul pacienților la cabinet	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	%	N valid	%	N valid	%	N valid	%	N valid
Sunt posibile consultații în ziua în care sunt solicitate	94,5	73	91,0	177	94,2	155	92,8	405
Program de lucru seara, cel puțin o dată pe săptămână	54,8	73	66,7	177	62,6	155	63,0	405
Program în zi de week-end, cel puțin o dată pe lună	15,1	73	12,4	177	9,7	155	11,9	405
Număr de telefon disponibil pentru pacienți când cabinetul este închis	94,5	73	94,9	177	95,5	155	95,1	405

Aspecte referitoare la accesul pacienților la cabinet	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	%	N valid	%	N valid	%	N valid	%	N valid
Grupuri de suport sau ședințe pentru grupurile speciale de pacienți								
pentru pacienții cu diabet	91,5	95	96,4	138	94,4	126	94,7	323
pentru pacienții hipertensivi	94,9	95	97,1	138	96,8	126	96,6	323
pentru informații de planificare familială	84,7	95	71,7	138	74,6	126	75,2	323
pentru femei însărcinate	93,2	95	93,5	138	96,8	126	94,7	323
pentru vârstnici	89,8	95	92,8	138	84,9	126	89,2	323
pentru alte grupuri	20,3	95	23,2	138	10,3	126	17,6	232
Nu există grupuri de suport sau ședințe pentru grupurile speciale de pacienți	16,4	73	19,8	177	18,1	155	18,5	405
Cabinet situate la 5 km sau mai departe de cel mai apropiat spital general	47,9	73	41,8	177	32,9	155	39,5	405

### 4.3 Continuitatea serviciilor medicale

Păstrarea în mod rutinier a fișelor cu informații medicale ale pacienților este o condiție majoră pentru calitatea și continuitatea asistenței medicale, și în același timp face parte din programul zilnic al majorității medicilor (v. tabelul 21). Accesarea informațiilor este un lucru diferit, dar la fel de important. Identificarea grupelor de pacienți pe baza punerii în comun a informațiilor cum ar fi diagnosticul, riscul pentru sănătate sau doar vârsta, poate permite abordări eficiente pentru monitorizarea și prevenția active. Sistemele informatice din cabinet ale MF par întrucâtva mai bine adaptate decât cele ale MG în privința generării unor astfel de liste de categorii, mai ales în Muntenia. Unul dintre elementele centrale ale colaborării dintre asistența primară și cea secundară este reprezentat de informația care însoțește pacienții atunci când aceștia primesc trimiteri la alți medici sau când sunt internați în spital. Cel puțin șapte din zece respondenți au indicat că utilizează bilete de trimitere (condiție impusă de CNAS) pentru majoritatea pacienților care sunt trimiși la specialist. Computerele sunt utilizate pe scară largă. Doar doisprezece dintre cei 405 medici au declarat că nu folosesc un computer.

**Tabelul 21. Disponibilitatea și utilizarea informațiilor clinice și utilizarea computerelor**

Îmbunătățirea calității	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	%	N valid	%	N valid	%	N valid	%	N valid
Păstrarea rutinieră a fișelor medicale ale pacienților pentru <u>toate</u> consultațiile								
- MF	91,2	68	87,6	145	91,0	145	89,7	358
- MG	100	5	93,8	32	90,0	10	93,6	47
Generarea ușoară a unei liste cu pacienți, în funcție de diagnostic sau risc de sănătate								
- MF	61,8	68	70,3	145	62,1	145	65,4	358
- MG	60,0	5	46,9	32	50,0	10	48,9	47
Utilizarea de bilete de trimitere pentru majoritatea pacienților trimiși la specialist								
- MF	80,9	68	72,4	145	86,2	145	79,7	358
- MG	100	5	71,9	32	70,0	10	74,5	47
Utilizarea computerului pentru:								
• programarea consultațiilor								
- MF	26,5	68	29,0	145	26,2	145	27,4	358
- MG	40,0	5	15,6	32	40,0	10	23,4	47
• facturare / admin. fin.								
- MF	27,9	68	22,8	145	30,3	145	26,8	358
- MG	20,0	5	21,9	32	40,0	10	25,5	47
• rețete								
- MF	50,0	68	53,8	145	55,9	145	53,9	358
- MG	80,0	5	37,5	32	20,0	10	38,3	14
• păstrarea fișelor pacienților								
- MF	76,5	68	66,9	145	78,6	145	73,5	358
- MG	80,0	5	56,3	32	60,0	10	59,6	47
• scrierea de bilete de trimitere								
- MF	41,2	68	50,3	145	46,9	145	47,2	358
- MG	40,0	5	31,0	32	50,0	10	36,2	47
• căutarea de informații								
- MF	86,8	68	77,9	145	86,2	145	83,0	358
- MG	100	5	81,3	32	90,0	10	85,1	47
• lipsa utilizării unui computer								
- MF	1,5	68	2,1	145	2,8	145	2,2	358
- MG	-	5	9,4	32	10,0	10	8,5	47

## 4.4 Coordonarea serviciilor medicale

Tabelul 22: MF/MG care lucrează într-un cabinet sau într-un centru

Lucrează în aceeași clădire	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	%	N valid	%	N valid	%	N valid	%	N valid
Un medic	74,0	73	66,7	177	67,1	155	68,1	405
Doi medici care lucrează în aceeași clădire	8,2	73	8,5	177	13,5	155	10,4	405
Trei sau mai mulți medici care lucrează în aceeași clădire	11,0	73	11,3	177	12,3	155	11,6	405
Medici de asistență primară și medici specialiști care lucrează în aceeași clădire	6,8	73	13,0	177	7,1	155	9,6	405
Alt tip de cabinet	-	73	0,6	177	-	155	0,2	405
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>177</b>	<b>100</b>	<b>155</b>	<b>100</b>	<b>405</b>

Aproape toți medicii lucrează în aceeași clădire cu un asistent medical (v. tabelul 23); în Moldova, acesta este cazul raportat de 98% dintre respondenți.

Dimpotrivă, colaborarea cu un asistent comunitar este un fapt mult mai puțin obișnuit, mai ales în Muntenia (3%) și în Transilvania (2%). Respondenții din Moldova se află mai frecvent în situația de-a lucra în aceeași clădire cu moașe, în comparație cu cei din Muntenia și Transilvania. Dentiștii și farmaciștii au fost menționați doar ocazional în cele trei regiuni.

Tabelul 23. Alte specialități care lucrează în cabinet sau în centrul medical

Alte specialități	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	%	N valid	%	N valid	%	N valid	%	N valid
Asistent medical	95,9	73	9,3	177	95,5	155	96,8	405
Asistent comunitar	15,1	73	2,8	177	1,9	155	4,7	405
Moașă / asistent nașteri	4,1	73	-	177	0,6	155	1,0	405
Dentist	5,5	73	5,1	177	10,3	155	7,2	405
Farmacist	2,7	73	3,4	177	4,5	155	3,7	405
Altele	1,4	73	1,7	177	7,7	155	4,0	405



Întâlniri regulate cu colegii specializați în aceeași disciplină și cu asistenții medicali din județ au fost declarate de mare majoritatea a respondenților (v. Tabelul 24). Medicii din Moldova au declarat cel mai adesea că au întâlniri regulate cu alți MF/MG, asistenți comunitari, moașe și farmaciști. Medicii din Muntenia au declarat cel mai adesea că au ședințe regulate cu asistenții medicali din cabinet. Ședințele cu asistenții medicali ai cabinetului au fost amintite de aproximativ jumătate dintre respondenți, în timp ce ședințe regulate cu asistenții comunitare sunt amintite de aproximativ unul din patru respondenți din Moldova, dar de mai puțin de unu din zece medici din Muntenia și Transilvania.

**Tabelul 24. Întâlniri față-în-față cu alte categorii de personal din asistența primară**

Întâlniri față-în-față cel puțin o dată pe lună:	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	%	N valid	%	N valid	%	N valid	%	N valid
Alți MF/MG	63,0	73	46,3	177	61,3	155	55,1	405
Asistent medical	54,8	73	57,6	177	48,4	155	53,6	405
Asistent comunitar	28,8	73	4,0	177	7,1	155	9,6	405
Moașă / asistent nașteri	4,1	73	2,3	177	3,9	155	3,2	405
Farmacist	30,1	73	20,9	177	21,9	155	23,0	405

Nivelul de contact cu alți medici este în general mare. Cel puțin opt din zece medici din toate cele trei regiuni solicită adesea sau uneori păreri medicale de la celelalte categorii de medici, în timp ce contactul cu alți MF este mai rar.

**Tabelul 25. Consultare cu și solicitare a părerii altor medici**

Solicită părerea adesea sau uneori de la:	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	%	N valid	%	N valid	%	N valid	%	N valid
Pediatri	76,7	73	83,1	177	85,2	155	82,7	405
Interniști	87,7	73	94,9	177	86,8	155	94,3	405
Ginecologi	91,8	73	96,6	177	95,5	155	95,3	405
Chirurgi	84,9	73	89,3	177	92,9	155	89,9	405
Neurologi	93,2	73	94,9	177	94,8	155	94,6	405
Dermatologi	87,8	73	93,8	177	92,3	155	92,1	405
Alți MF	53,4	73	43,0	177	49,7	155	47,4	405

Numărul declarat de pacienți trimiși la acești medici sau la alții, într-un interval de patru săptămâni înainte de completarea chestionarului, a arătat o variație moderată, cele mai mari procente de trimiteri înregistrându-se la specialiști în boli interne. Cele mai mici procente

au înregistrat trimerile la chirurgie. (Aceste procente de trimiteri calculate trebuie tratate doar ca indicative.)

**Tabelul 26. Pacienții trimiși de MF/MG la alți medici în timpul celor 4 săptămâni anterioare (procente generale indicative ale trimerilor, pe regiuni)**

Pacienți trimiși la:	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	Medie (interval)	N	Medie	N valid	Medie (interval)	N	Medie (interval)	N
Pediatri de nivel secundar	6,5 (0-71)	73	4,0 (0-32)	177	4,8 (0-30)	155	4,8 (0-71)	405
Specialiști în medicină internă	17,4 (1-127)	73	15,4 (0-115)	177	16,1 (0-121)	155	16,0 (0-127)	405
Ginecologi	10,7 (1-127)	73	7,3 (0-60)	177	7,4 (0-42)	155	7,9 (0-127)	405
Chirurgi	4,9 (0-50)	73	3,9 (0-20)	177	4,8 (0-40)	155	4,4 (0-50)	405
Neurologi	11,2 (1-60)	73	6,8 (0-65)	177	7,5 (0-70)	155	7,8 (0-70)	405
Dermatologi	7,4 (2-45)	73	4,7 (0-25)	177	5,5 (0-30)	155	5,5 (0-45)	405
Specialiști ORL	6,1 (0-30)	73	5,2 (0-50)	177	4,6 (0-30)	155	5,2 (0-50)	405
Oftalmologi	8,1 (0-40)	73	8,0 (0-50)	177	5,6 (0-35)	155	7,1 (0-50)	405
Nr. total de trimiteri în 4 săptămâni	72,3		55,3		56,3		58,7	
Trimiteri raportate ca % din nr. total de consultații și vizite la domiciliu								
- MF	13,50		11,11		10,52		11,32	
- MG	10,45		9,76		4,66		8,82	
- Total	13,29		10,87		10,17		11,04	

Numărul mediu de trimiteri, în special la ginecologi, neurologi și dermatologi este ușor mai mare în Moldova decât în Muntenia sau Transilvania. Numărul total de trimiteri într-o Perioadă de 4 săptămâni înainte de sondaj a fost de 72,3 în Moldova, 55,3 în Muntenia și 56,3 în Transilvania. Asta înseamnă că, în Moldova, 13,3% din numărul de consultații declarat (în cabinet și la domiciliul pacienților) primesc trimitere la un alt medic, în Muntenia procentul este de 10,9%, iar în Transilvania de 10,2%. (Prezentarea pacienților din proprie inițiativă la alți specialiști și alte tipuri de „șuntare” a asistenței primare nu sunt incluse în aceste cifre.)

Tabelul 23 arată și faptul că procentul de trimiteri ale MG este mai redus decât procentul de trimiteri al MF în toate cele trei regiuni, dar îndeosebi în Transilvania.

Din tabelul 27 reiese că în zonele urbane, un număr ușor mai mare de pacienți sunt trimiși la toate specialitățile în comparație cu zonele rurale, cu excepția oncologilor. În zonele urbane, numărul de trimiteri la dermatologi, ORL-iști și oftalmologi este (aproape) de două ori mai mare decât în zonele rurale. Numărul mediu de trimiteri pe o perioadă de 4 săptămâni este de 66 în zonele urbane și de 43 în cele rurale. Asta înseamnă că, în zonele urbane, 12,1% din numărul declarat de consultații (în cabinet și la domiciliul pacienților) primesc trimitere la un alt medic, iar în zonele rurale procentul este de 8,9%. Prezentarea pacienților din proprie inițiativă la alți specialiști nu este inclusă în aceste procente.

**Tabelul 27. Pacienții trimiși de MF/MG la alți medici în timpul celor 4 săptămâni anterioare (procente generale indicative ale trimiterilor, în funcție de tipul de urbanizare)**

Pacienți trimiși la:	Urban (N=274)		Rural (N=128)		Total (N=402)	
	Medie (interval)	N valid	Medie (interval)	N valid	Medie (interval)	N valid
Pediatri de nivel secundar	4,8 (0-71)	274	4,5 (0-31)	128	4,8 (0-71)	402
Specialiști în medicină internă	17,3 (0-127)	274	13,3 (0-127)	128	16,0 (0-127)	402
Ginecologi	9,2 (0-127)	274	5,1 (0-30)	128	7,9 (0-127)	402
Chirurgi	5,0 (0-50)	274	3,2 (0-15)	128	4,4 (0-50)	402
Neurologi	8,8 (0-70)	274	5,8 (0-40)	128	7,9 (0-70)	402
Dermatologi	6,6 (0-45)	274	3,2 (0-30)	128	5,5 (0-45)	402
Specialiști ORL	6,1 (0-50)	274	3,2 (0-30)	128	5,2 (0-50)	402
Oftalmologi	8,5 (0-50)	274	4,9 (0-30)	128	7,1 (0-50)	402
Nr. total de trimiteri în 4 săptămâni	66,1		43,2		58,8	
Trimiteri raportate ca % din nr. total de consultații și vizite la domiciliu	12,06%		8,93%		11,05%	

În cele trei regiuni, legăturile cu comunitatea nu au fost foarte puternice, întâlniri regulate cu autoritățile locale fiind raportate de mai puțin de un sfert dintre respondenți (vezi Tabelul 28). Totuși, întâlnirile cu asistenții comunitari sau sociali par să fie mai frecvente. Un pic mai mult de o treime dintre medicii din Moldova, doar unul din cinci medici din Transilvania și unul din opt medici din Muntenia au indicat că au ședințe constante cu asistentul comunitar și/sau sociali.

**Tabelul 28. Legături cu comunitatea**

Tipuri de legături:	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	%	N valid	%	N valid	%	N valid	%	N valid
Întâlniri regulate cu autoritățile locale	23,3	73	15,8	177	20,0	155	18,8	405
Întâlniri regulate cu asistenții comunitari/ sociali	38,4	73	11,9	177	20,0	155	19,8	405

## 4.5 Aria de cuprindere a serviciilor medicale

MF/MG au fost întrebați dacă în sala de așteptare a cabinetului au fost afișate sau așezate la îndemână materiale de educație pentru sănătate, cum ar fi pliante sau afișe, provenite din domeniul farmaceutic sau din alte surse. Rezultatele se găsesc în Tabelul 29. La majoritatea MF/MG din toate cele trei regiuni au fost disponibile materiale de educație pentru sănătate. În medie, 80% dintre medici au disponibile câteva materiale de educație pentru sănătate, trei sferturi dintre acestea provenind din industria farmaceutică.

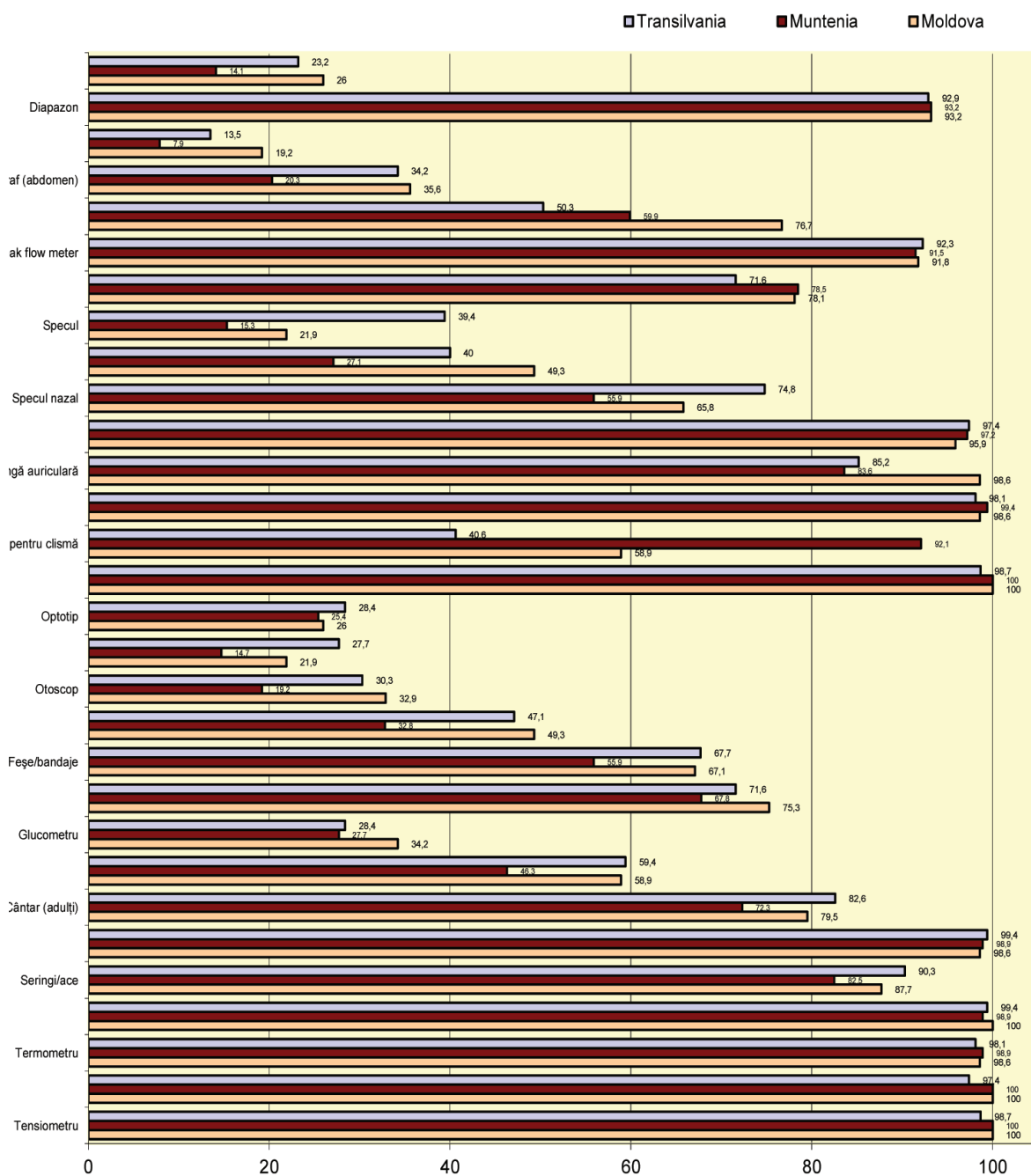
**Tabelul 29. Disponibilitatea materialelor de educație pentru sănătate pentru pacienți, în sala de așteptare**

Subiectul materialelor de educație pentru sănătate	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	%	N valid	%	N valid	%	N valid	%	N valid
Riscurile bolilor cardiovasculare (RBC)	93,2	73	94,9	177	91,6	155	93,3	405
Alimentație sănătoasă	86,3	73	87,6	177	90,3	155	88,4	405
Renunțarea la fumat	91,8	73	86,4	177	84,5	155	86,7	405
Obezitate	87,7	73	81,9	177	79,4	155	82,0	405
Diabet	87,7	73	89,3	177	80,0	155	85,4	405
Boli cu transmitere sexuală (BTS)	97,3	73	79,1	177	80,0	155	82,7	405
Vaccinări	91,8	73	76,8	177	83,2	155	82,0	405
Contracepție	91,8	73	76,3	177	72,9	155	77,8	405
Autotratamentul răcelii / tusei	80,8	73	74,6	177	74,8	155	75,8	405
Servicii sociale	50,7	73	49,2	177	46,5	155	48,4	405

Subiectul materialelor de educație pentru sănătate	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	%	N valid	%	N valid	%	N valid	%	N valid
Sarcină	91,8	73	81,4	177	79,4	155	82,5	405
Media de materialele disponibile (%)	86,4		79,8		78,4		80,5	
Furnizate de industria farmaceutică (%)	57,4		61,7		58,5		59,7	

MF/MG au fost rugați să indice ce dispozitive medicale au la dispoziție, dintr-o listă de 30 de astfel de elemente. Figura 8 și tablele 30 și 31 rezumă starea dotării cu echipament medical a cabinetelor, în funcție de regiune, tip de urbanizare și separat pentru MF și MG. În Fig. 8 au fost prezentate distribuția tuturor dispozitivelor, înfățișând faptul că diferența de disponibilitate a echipamentului medical disponibil a fost redusă între regiuni. În toate cele trei regiuni, au fost disponibile 11 elemente la (aproape) toți MF/MG (>90%). În plus, în Moldova au fost disponibile pe scară largă 16 elemente (la cel puțin trei sferturi dintre MF/MG), în Muntenia 14 și în Transilvania 13. Diferența relativ mică dintre zonele geografice poate indica posibilități similare de sarcini și de diagnostic. Cu toate acestea, se poate să fie loc de îmbunătățiri. De pildă, în toate cele trei regiunile, peste 80% dintre MF/MG nu au trusă de urgență, două treimi nu au echipament pentru teste de glicemie, iar o treime nu au în cabinet feșe sau bandaje. Aspiratoarele pentru secreții, optotipurile și echipamentele EKG sunt relativ rare în toate cele trei regiunile, în special în Muntenia. În plus, ecograful nu a fost disponibil pe scară largă în cabinetele MF/MG.

Fig. 8: Echipament disponibil în cabinetele MF/MG



**Tabelul 30. Dispozitive medicale utilizate rar sau niciodată**

Obiecte de echipament	MF/MG care raportează că utilizează obiectul rar sau niciodată		MF/MG care au obiectul la dispoziție
	Număr	% al MF/MG care dețin elementul	
Masă obstetrică-ginecologie	64	43,8	146
Instrumentar pentru coaserea plăgilor	42	10,5	400
Diapazon	37	9,8	379
Aspirator	34	42,5	80
Ciocănel reflexe	31	7,9	393
Trusă de urgență	30	61,2	49
Speculum	30	28,8	104
Otoscop	27	25,7	105
Optotip	21	19,4	108
Cateter pentru clismă	20	7,4	269
Oftalmoscop	19	6,2	307
Seringă auriculară	18	5,1	352
Glucometru	16	13,6	118
Electrocardiograf	15	17,6	85

Tabelul 30 furnizează o perspectivă asupra dispozitivelor medicale raportate cel mai frecvent ca fiind utilizate rar sau niciodată de către MF/MG. Ceva mai mult de 70%, mai exact 289 de MF/MG, au raportat că n-au utilizat (aproape) niciodată vreunul dintre dispozitive. Dacă sunt luate în considerare diferențele de distribuție a echipamentelor (așa cum se arată în ultima coloană), se observă că majoritatea MF/MG care au la dispoziție o trusă de urgență o utilizează rareori sau niciodată, și că peste 40% dintre cei care au o masă de obstetrică-ginecologie și un sfert dintre cei care au otoscop nu le întrebuițează.

Tabelul 31 arată unele diferențe între regiuni, medicii din Moldova fiind întrucâtva mai bine echipați decât colegii lor din Muntenia și Transilvania. Per total, numărul mediu de elemente per medic, dintr-o listă de 30 de dispozitive, a fost de 18-21. În Muntenia, 115 din 177 de medici (65%) nu au avut la îndemână mai mult de 20 de dispozitive. Medicul cu cea mai slabă dotare a fost din Transilvania și a avut doar șase dispozitive. Nu s-au înregistrat diferențe notabile între MF și MG.

**Tabelul 31. Dispozitive de echipament disponibile MF/MG, în funcție de regiune**

Număr de obiecte	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
15 sau mai puțin	9	12,3	34	19,2	24	15,5	67	16,5
16-20	30	41,1	81	45,8	65	41,9	176	43,5
21-25	25	34,2	52	29,4	50	32,3	127	31,4
26-30	9	12,3	10	5,6	16	10,3	35	8,6
TOTAL	73	100	177	100	155	100	405	100
Număr mediu de dispozitive per medic (dintr-o listă de 30)								
- MF	20,5		18,7		19,9		19,5	
- MG	19,4		18,9		18,4		18,9	
- Total	20,4		18,8		19,8		19,5	

Tabelul 32 arată faptul că MF/MG din mediul rural sunt doar un pic mai bine dotați decât colegii lor din mediul urban, cu medii de 20,1 și respectiv 19,1.

**Tabelul 32. Dispozitive de echipament disponibile MF/MG, în funcție de tipul de urbanizare**

Număr de obiecte	Urban (N=274)		Rural (N=128)		Total (N=402)	
	N	%	N	%	N	%
15 sau mai puține	49	17,9	17	13,3	66	16,4
16 - 20	129	47,1	46	35,9	175	43,5
21 - 25	73	26,6	54	42,2	127	31,6
26 - 30	23	8,4	11	8,6	34	8,5
TOTAL	274	100	128	100	402	100
Numărul mediu de dispozitive per MF/MG (din lista de 30)	19,1		20,1		19,5	

Serviciile de laborator au fost disponibile majorității medicilor, dar nu întotdeauna în totalitate sau parțial în cadrul cabinetului, și cea mai mare parte a minorității din toate cele trei regiuni au indicat că serviciile de laborator au fost indisponibile sau insuficient indisponibile. Situație este aproape similară și în cazul serviciilor de radiografie: o majoritate redusă a medicilor au avut acces suficient la aceste servicii, dacă nu în cadrul cabinetului, cel puțin în afara acestuia; o minoritate consistentă nu are acces sau are acces insuficient.



**Tabelul 33. Accesul MF/MG la serviciile de radiologie și laborator, în funcție de regiune**

Tip de serviciu și mod de acces	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	%	N valid	%	N valid	%	N valid	%	N valid
<b>Disponibilitatea laboratorului</b>								
În totalitate în cadrul cabinetului								
- MF	39,7	68	40,0	145	33,8	145	37,4	358
- MG	60,0	5	34,4	32	10,0	10	31,9	47
În totalitate în afara cabinetului	8,8	68	20,0	145	10,3	145	14,0	358
- MF	-	5	15,6	32	10,0	10	12,8	47
- MG								
Parțial în cadrul, parțial în afara cabinetului	8,8	68	5,5	145	13,8	145	9,5	358
- MF								
- MG	-	5	3,1	32	20,0	10	6,4	47
Indisponibil / insuficient disponibil	42,6	68	34,5	145	42,1	145	39,1	358
- MF								
- MG	40,0	5	46,9	32	60,0	10	48,9	47
<b>Disponibilitatea serviciului de radiologie</b>								
În totalitate în cadrul cabinetului								
- MF	36,8	68	42,1	145	33,1	145	37,4	358
- MG	60,0	5	34,4	32	-	10	29,8	47
În totalitate în afara cabinetului	13,2	68	20,0	145	24,8	145	20,7	358
- MF								
- MG	20,0	5	18,8	32	30,0	10	21,3	47
Indisponibil / insuficient disponibil	50,0	68	37,9	145	42,1	145	41,9	358
- MF								
- MG	20,0	5	46,9	32	70,0	10	48,9	47

Tabelul 34 arată că MF/MG din cabinetele din mediul urban au adesea propriile laboratoare și cabinete de radiologie, în comparație cu cele din mediul rural, precum și faptul că în zonele rurale, aceste facilități sunt mai adesea insuficient disponibile.

**Tabelul 34: Accesul MF/MG la serviciile de radiologie și laborator, în funcție de tipul de urbanizare**

Tip de facilitate și mod de acces	Urban (N=274)		Rural (N=128)		Total (N=402)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<b>Disponibilitatea laboratorului</b>						
În totalitate în cadrul cabinetului	121	44,2	28	21,9	149	37,1
În totalitate în afara cabinetului	34	12,4	22	17,2	56	13,9
Parțial în cadrul, parțial în afara cabinetului	28	10,2	9	7,0	37	9,2
Indisponibil / insuficient disponibil	91	33,2	69	53,9	160	39,8
<b>Disponibilitatea cabinetului de radiologie</b>						
În totalitate în cadrul cabinetului	118	43,1	30	23,4	148	36,8
În totalitate în afara cabinetului	53	19,3	31	24,2	84	20,9
Indisponibil / insuficient disponibil	103	37,6	67	52,3	170	42,3

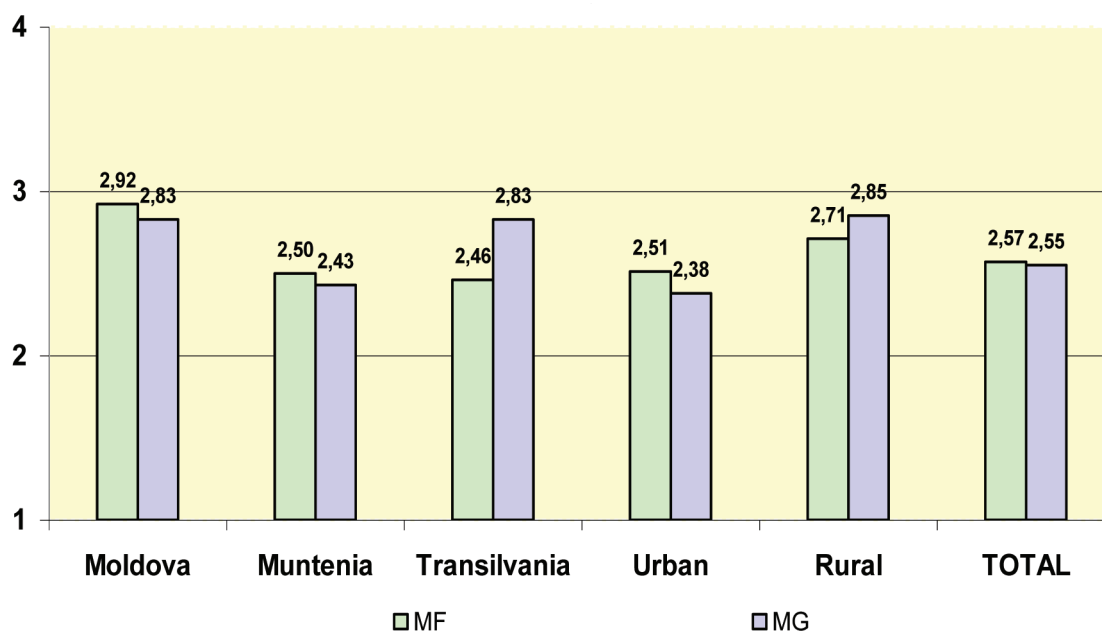
## 4.6 Furnizarea serviciilor

Cu privire la profilurile de sarcini clinice ale MF/MG, se va face distincția între trei elemente: rolul MF/MG în primul contact cu problemele de sănătate ale pacienților; furnizarea de proceduri medicale și tratamentul și urmărirea bolilor. Fiecare dintre aceste sarcini au fost măsurate prin intermediul listelor de itemi care, împreună, indică gradul de implicare al medicului. (Pentru mai multe detalii, ne vom referi la descrierea metodologiei din Capitolul 1).

### 4.6.1 Primul contact pentru problemele de sănătate ale pacienților

Rolul de prim-contact a fost măsurat cu 18 itemi referitori la o serie de probleme ale bărbaților, femeilor și copiilor. MF/MG au avut posibilitatea de a indica dacă pacienții lor li se adresează cu aceste probleme „(aproape) mereu”, „de obicei”, „uneori”, „rar/niciodată” sau „nu știu”. Fig. 9 și tabelele 35 și 36 (din Anexa 1) cuprind rezultatele. Procentele se referă la medicii care au estimat că sunt întotdeauna sau de obicei medicul la care pacienții se adresează prima dată. (Procentele dintre paranteze se referă la cei care au bifat opțiunea „uneori”). În Moldova și Muntenia, există doar o mică diferență între MF și MG din punct de vedere al rolului lor de prim-contact. Nici MF și nici MG nu reprezintă un prim-contact pentru probleme sociale și de relaționare sau pentru probleme sexuale.

Fig. 9: Rolul MF/MG ca prim-contact pentru problemele de sănătate ale pacienților (în funcție de 18 itemi; max.=4)



Așa cum arată Figura 9 și Tabelul 36, diferența dintre MF/MG din cabinetele din mediul urban sau din cel rural este comparabilă cu diferența dintre regiuni.

#### 4.6.2 MF/MG în tratamentul bolilor

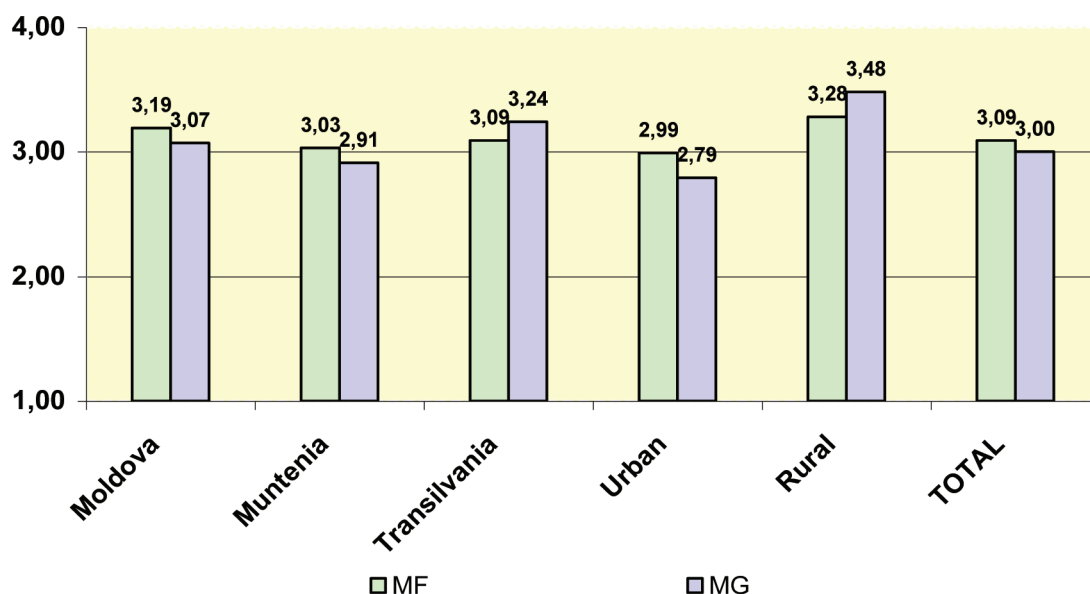
MF și MG sunt în egală măsură implicați în tratamentul celor 19 boli enumerate în Figura 10 și specificate în tabelele 37 și 38 (Anexa 1). Nici aici nu apar diferențe majore între regiuni. MF au fost cel mai mult implicați (cel puțin 80% implicați întotdeauna sau de obicei) în 8 boli în Moldova, în 7 în Muntenia și în 12 în Transilvania, dintr-un număr total de 18 boli. Pentru MG, aceasta a fost situația în cazul a 11 boli în Moldova, 9 boli în Muntenia și 12 boli în Transilvania (Tabelul 35). Dacă se compară MF și MG din zonele urbane și cei din zonele rurale (Fig. 10, Tabelul 38), aceștia di urmă sunt implicați în mai mare măsură în tratamentul acestor boli decât primii menționați.

#### 4.6.3 Proceduri preventive și intervenții medicale la MF/MG

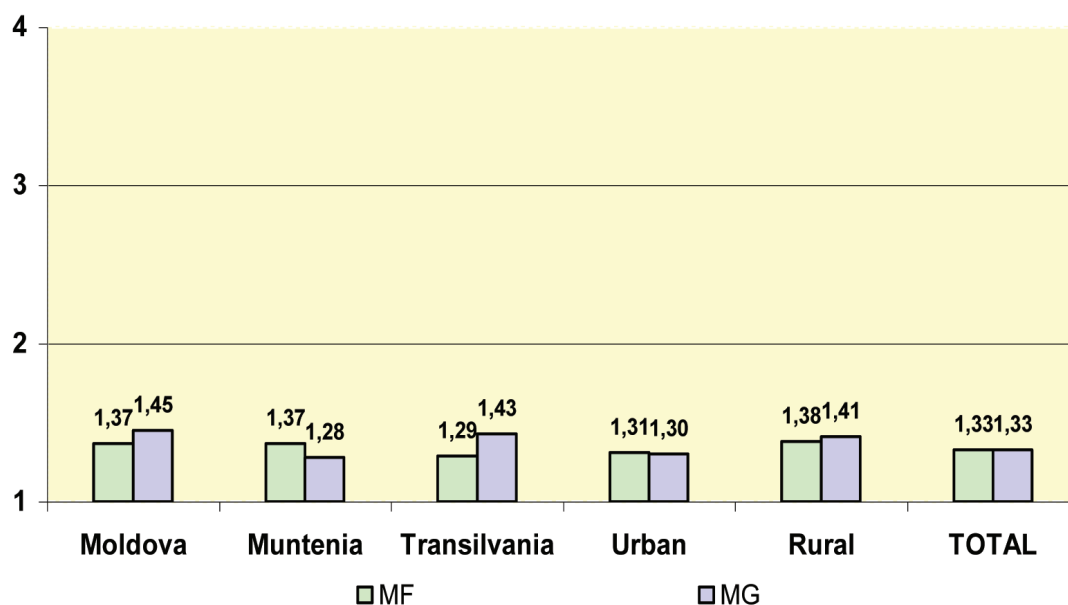
După cum arată Figura 11, rolul MF și MG în oferirea de proceduri și intervenții medicale este foarte limitat. (Vezi și tabelele 39 și 40 din Anexa 1). Acest lucru este valabil atât în cazul MF, cât și al MG. Un număr de proceduri și intervenții enumerate în tabel par să se situeze în afara domeniului asistenței primare, aparținând ginecologiei, oftalmologiei și otorinolaringologiei. Trebuie menționat că MF/MG nu au voie să ofere anumite tratamente sau proceduri de screening pentru unii dintre itemii menționați, conform prevederilor contractului-cadru și altor reglementări. Pentru alți itemi se solicită contracte separate, care nu beneficiază de finanțarea sau cooperarea din partea autorităților locale. Diferențele între medicii din zonele urbane și cei din zonele rurale în asigurarea de proceduri și intervenții medicale sunt mai mici decât diferențele apărute în funcție de regiuni. Deși implicarea generală este scăzută, medicii din mediul rural sunt mai des implicați în aceste proceduri și servicii decât medicii din urban.

Dacă se are în vedere orice implicare (inclusiv trimiterile), MF/MG din toate cele trei regiuni par să fie implicați suficient de mult în majoritatea activităților pentru grupurile de pacienți/cu riscuri de sănătate menționați (vezi Tabelul 41). Dacă ne referim la performanța personală a serviciului, implicarea este mult mai mică. În general, unul din cinci medici au raportat, în medie, că efectuează chiar ei aceste activități, în timp ce aproape jumătate au declarat că fac trimiteri. Vaccinarea împotriva gripei este singura activitate din lista din Tabelul 41 pe care majoritatea medicilor au raportat că o efectuează. Doar unul din șapte MF/MG efectuează servicii de screening.

**Fig. 10: Rolul MF/MG în tratamentul și urmărirea bolilor pacienților (în funcție de 18 itemi; max.=4)**



**Fig. 11: Furnizarea de către MF/MG a procedurilor medico-tehnice (în funcție de 18 itemi; max.=4)**



**Tabelul 41. Implicarea MF/MG în activități pentru grupuri specifice, în procente**

Activitate	Moldova (N=73)			Muntenia (N=177)			Transilvania (n=155)			Total (N=405)		
	Da, trimitere	Da, eu	N valid	Da, trimitere	Da, eu	N valid	Da, trimitere	Da, eu	N valid	Da, trimitere	Da, eu	N valid
Screening BTS	61,6	16,4	73	53,7	14,1	177	54,8	12,3	155	55,6	13,8	405
Screening HIV/SIDA	63,0	9,6	73	49,7	15,8	177	55,5	10,3	155	54,3	12,6	405
Screening TB	60,3	13,7	73	55,4	13,6	177	59,4	11,0	155	57,8	12,6	405
Vaccin antigripal pentru grupuri la risc	26,0	64,4	73	30,5	55,4	177	34,8	53,5	155	31,4	56,2	405
Îngrijiri de recuperare	52,1	26,0	73	47,5	18,6	177	51,0	21,9	155	49,6	21,2	405
Servicii de sănătate în școală	23,3	35,6	73	20,3	24,3	177	18,7	23,9	155	20,2	26,2	405
Screening pentru cancerul cervical	68,5	11,0	73	52,0	13,6	177	53,5	15,5	155	55,6	13,8	405
Screening pentru cancerul de sân	64,4	17,8	73	54,2	16,9	177	51,6	20,6	155	55,1	18,5	405
<b>Acoperire TOTALĂ pentru grupurile specifice (interval -100%)</b>	52,4	24,3	73	45,4	21,5	177	47,4	21,1	155	47,4	21,9	405

#### 4.6.4 Servicii de îngrijirea mamei și copilului și sănătatea reproducerii

În general, acestea sunt considerate sarcini pentru medicii din asistența primară, întrucât acestea sunt destinate, practic, oamenilor sănătoși. Tabelul 42 arată în ce măsură medicii sunt implicați în aceste servicii.

Tabelul 42. Serviciile MF/MG pentru toți sau aproape toți copiii, în funcție de regiune

MF/MG care oferă următoarele servicii tuturor sau majorității pacienților:	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Planificare familială sau contracepție	54	74,0	82	46,3	81	52,3	217	53,6
Servicii antenatale de rutină	70	95,9	152	85,9	133	85,8	355	87,7
Imunizările normale la copiii sub 4 ani	60	82,2	132	74,6	116	74,8	308	76,0
Supraveghere pediatrică de rutină (până la 4 ani)	63	86,3	132	74,6	118	76,1	313	77,3
Promovarea alăptării	70	95,9	148	83,6	145	93,5	363	89,6

Medicii din Moldova sunt mai implicați în fiecare dintre aceste patru servicii de rutină pentru mamă și copil, în comparație cu medicii din Muntenia și Transilvania (vezi tabelul 42). Diferența este mare în special în privința planificării familiale și serviciilor de contracepție. Totuși, în comparație cu alte servicii, planificarea familiară nu a fost acoperită foarte bine.

Tabelul 43: Servicii furnizate de către MF/MG pentru toți sau aproape toți pacienții din categoria mame și copii, în funcție de tip de urbanizare

MF/MG care oferă următoarele servicii tuturor sau cel mai mulți dintre pacienți:	Urban (N=274)		Rural (N=128)		Total (N=402)	
	N	%	N	%	N	%
Planificarea familială sau contracepție	125	45,6	90	70,3	215	53,5
Servicii antenatale de rutină	239	87,2	114	89,1	353	87,8
Imunizările normale la copiii sub 4 ani	187	68,2	118	92,2	305	75,9
Supraveghere pediatrică de rutină (până la 4 ani)	190	69,3	120	93,8	310	77,1
Promovarea alăptării la sân	236	86,1	124	96,9	360	89,6

Când se ia în calcul tipul de urbanizare (vezi Tabelul 43), și de această dată medicii din mediul rural sunt mult mai implicați în furnizarea acestor servicii decât cei din zona rurală.

## 4.7 Activități de asigurare a calității

Rezultatele raportate în această secțiune provin din întrebările din sondaj incluse în IEAP și din cele adăugate la IMAP.

### 4.7.1 Ghiduri, proceduri de reclamații și evaluări ale cabinetelor

Ghidurile și procedurile clinice pentru gestionarea reclamațiilor pacienților constituie amândouă instrumente de îmbunătățire a calității serviciilor medicale. În plus, evaluările pot fi utilizate pentru a evalua satisfacția pacienților și a comunității, precum și satisfacția muncii medicilor și asistenților medicali. Tabelul 44 arată utilizarea diferitelor metode de îmbunătățire a calității. Se declară că ghidurile clinice sunt frecvent utilizate de aproape jumătate dintre MF/MG. Cu excepția Munteniei, MF raportează o utilizare mai frecventă decât MG. Procedurile de reclamații sunt utilizate pe scară largă. Sondajele de satisfacție a pacienților sunt raportate de jumătate dintre MF și de o treime dintre MG. Interviuuri cu reprezentanții comunității, pentru a sonda satisfacția acestora față de serviciile de asistență primară, nu sunt practicate în mod frecvent (de mai puțin de un sfert dintre medici). Aproximativ 40% dintre MF/MG au declarat că realizează interviuri privind satisfacția la locul de muncă cu personalul. În medie, utilizarea de ghiduri clinice, de proceduri de reclamații și de metode de evaluare sunt întrucâtva mai frecvente în Muntenia, dar diferențele sunt mici.

Tabelul 44. Utilizarea ghidurilor clinice, a procedurilor de reclamație și a metodelor de evaluare

Îmbunătățirea calității	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	%	N valid	%	N valid	%	N valid	%	N valid
Aplicarea ghidurilor clinice								
- MF								
- frecvent	47,1	68	39,3	145	56,6	145	47,8	358
- uneori sau rar/niciodată	52,9	68	60,7	145	43,4	145	52,2	358
- MG								
- frecvent	40,0	5	59,4	32	20,0	10	48,9	47
- uneori sau rar/niciodată	60,0	5	40,6	32	80,0	10	51,1	47
Existența unei proceduri pentru gestionarea reclamațiilor								
- MF	88,2	68	93,1	145	91,8	145	91,6	358
- MG	60,0	5	90,6	32	100	10	89,3	47

Îmbunătățirea calității	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	%	N valid	%	N valid	%	N valid	%	N valid
Utilizarea metodelor de evaluare:								
• sondarea satisfacției pacienților								
- MF	48,5	68	52,4	145	47,6	145	49,7	358
- MG	40,0	5	31,3	32	30,0	10	31,9	47
• interviuri cu reprezentanții comunității cu privire la satisfacția față de centru/ cabinet:								
- MF	23,5	68	26,2	145	20,7	145	23,5	358
- MG	20,0	5	9,4	32	10,0	10	10,6	47
• interviuarea medicilor și asistentelor cu privire la satisfacția la locul de muncă:								
- MF	50,0	68	44,1	145	35,2	145	41,6	358
- MG	20,0	5	28,1	32	10,0	10	23,4	47

Tabelul 45. Disponibilitatea ghidurilor clinice

Ghiduri clinice	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	%	N valid	%	N valid	%	N valid	%	N valid
Disponibilitatea ghidurilor clinice								
- set personal în biroul propriu	57,5	73	53,1	177	60,0	155	56,5	405
- în cabinet, nu în birou	5,5	73	9,0	177	8,4	155	8,1	405
- în afara cabinetului	8,2	73	7,9	177	3,9	155	6,4	405
- pe internet	16,4	73	20,9	177	23,2	155	21,0	405
- indisponibile	12,3	73	9,0	177	4,5	155	7,9	405
Primirea de versiuni actualizate sau revizuite								
- în mod regulat	31,5	73	26,0	177	32,9	155	29,6	405
- în mod întâmplător	15,1	73	13,6	177	19,4	155	16,0	405
- lipsă	53,4	73	60,5	177	47,7	155	54,3	405



Ghiduri clinice	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	%	N valid	%	N valid	%	N valid	%	N valid
Informații sau instrucțiuni suplimentare								
- discutate la întâlniri regulate	23,3	73	13,0	177	12,9	155	14,8	405
- discutate informal	32,9	73	41,8	177	43,2	155	40,7	405
- la cursuri medicale	28,8	73	39,0	177	31,6	155	34,3	405
- testate la examinările regulate	4,1	73	5,1	177	5,2	155	4,9	405
- lipsa altor informații sau a urmăririi	15,1	73	15,3	177	20,0	155	17,0	405
Educație medicală continuă								
- perioadă / subiecte decise de alții	13,7	73	31,6	177	14,8	155	22,0	405
- perioadă/subiecte decise în colaborare	12,3	73	7,9	177	2,6	155	6,7	405
- cursuri la alegere	74,0	73	60,5	177	82,6	155	71,4	405

#### 4.7.2 Consultații cu alți medici, lecturi profesionale și implicarea în cercetare

Tabelele 46 și 47 prezintă procentele de MF/MG implicați în diverse activități. Aceste date arată că MF/MG sunt evident mai mult implicați în consultații și în discuții cu alți medici și în lectura informațiilor medicale decât în dezvoltarea de ghiduri clinice, protocoale de tratament sau în realizarea de cercetări. Un număr mai mic de MF/MG din Muntenia sunt implicați în discuții constante cu alți medici referitoare la activitatea clinică, în lectura jurnalelor medicale sau a informațiilor medicale pe internet, în comparație cu colegii lor din Moldova sau Transilvania, dar sunt mai des implicați în dezvoltarea unui ghid clinic sau a unui protocol de tratament.

**Tabelul 46. Implicarea MF/MG în diferite activități în ultimele 12 luni, în funcție de regiune**

MF/MG implicați în următoarele activități în ultimele 12 luni	Moldova (N=73)			Muntenia (N=177)			Transilvania (n=155)			Total (N=405)		
	Abs.	%	times	Abs.	%	times	Abs.	%	times	Abs.	%	times
Consultații ocazionale cu colegi când există dubii în legătură cu un diagnostic/tratament	55	75,3	12,3	141	79,7	7,1	135	87,1	8,5	331	81,7	8,6
Discuții regulate cu colegii referitoare la activitatea clinică	57	78,1	11,1	123	69,5	7,1	125	80,6	10,4	305	75,3	9,2
Dezvoltarea împreună cu alți colegi a unui ghid clinic sau a unui protocol de tratament	13	17,8	5,6	38	21,5	4,6	29	18,7	4,1	80	19,8	4,5
Lectura jurnalelor medicale	68	93,2	28,1	157	88,7	45,7	151	97,4	34,1	376	92,8	37,9
Citirea de informații medicale pe internet	65	89,0	107,8	143	80,8	80,1	144	92,9	95,7	352	86,9	91,6
Audit formal (evaluarea formală a activității clinice de către o echipă externă de audit)	38	52,1	1,6	79	44,6	1,4	66	42,6	1,7	183	45,2	1,6
Cercetare clinică sau epidemiologică în cabinet	22	30,1	1,5	31	17,5	2,9	23	14,8	2,3	76	18,8	2,3
Realizarea unui sondaj cu privire la satisfacția pacienților	28	38,4	12,3	61	34,5	34,3	52	33,5	7,9	141	34,8	20,0

Tabelul 47 arată faptul că MF/MG din mediul urban sunt mai adesea implicați în dezvoltarea ghidurilor clinice sau a protocoalelor de tratament, în dezvoltarea de cercetări clinice sau

epidemiologice și în sondarea satisfacției pacienților, în comparație cu medicii din mediul rural. Pe de altă parte, medicii din mediul rural sunt implicați mai adesea în consultații și discuții cu colegii, precum și în lectura publicațiilor medicale sau a informațiilor medicale pe internet.

**Tabelul 47: Implicarea MF/MG în activități, cum ar fi consultarea cu colegii, citirea informațiilor medicale sau realizarea de cercetări, în ultimele 12 luni, în funcție de tipul de urbanizare**

MF/MG implicați în următoarele activități în ultimele 12 luni	Urban (N=274)			Rural (N=128)			Total (N=402)		
	Abs.	%	Nr. ori	Abs.	%	Nr. ori	Abs.	%	Nr. ori
Consultații ocazionale cu colegi când există dubii în legătură cu un diagnostic sau un tratament	219	79,9	8,4	109	85,2	9,0	328	81,6	8,6
Discuții regulate cu colegii referitoare la activitatea clinică	204	74,5	8,8	98	76,6	10,2	302	75,1	9,2
Dezvoltarea împreună cu alți colegi a unui ghid clinic sau a unui protocol de tratament	62	22,6	4,2	17	13,3	6,0	79	19,7	4,6
Lectura jurnalelor medicale	251	91,6	39,8	122	95,3	34,3	373	92,8	38,0
Citirea de informații medicale pe internet	230	83,9	86,9	119	93,0	96,4	349	86,8	90,0
Audit formal (evaluarea formală a activității clinice de către o echipă externă de audit)	123	44,9	1,7	59	46,1	1,4	182	45,3	1,6
Cercetare clinică sau epidemiologică în cabinet	59	21,5	2,5	16	12,5	1,8	75	18,7	2,3
Realizarea unui sondaj cu privire la satisfacția pacienților	97	35,4	23,9	43	33,6	11,8	140	34,8	20,1

Autoritățile din domeniul sănătății publice și asiguratorul medical au informații la dispoziție care indică calitatea serviciilor MF/MG. Tabelele 48 și 49 arată în ce măsură MF/MG raportează că aceste informații le sunt comunicate sub formă de feedback. Din șase subiecte enumerate în tabel, cele mai des menționate de o majoritate redusă de MF/MG sunt constatări din inspecțiile dosarelor medicale. Feedbackul referitor la trimiteri, rețetele de medicamente și calitatea fișelor pacienților este raportat de ceva mai mult peste 40% dintre MF/MG. Feedbackul despre dezvoltarea profesională și nevoile de formare este raportat de o treime dintre MF/MG. Elementele de nemulțumire în rândul pacienților beneficiază cel mai rar de feedback, în conformitate cu MF/MG: per total, în jur de o cincime indică obținerea acestor informații. MF/MG din Muntenia raportează cu consecvență obținerea acestor forme de feedback mai rar decât medicii din celelalte regiuni.

#### 4.7.3 Feedback extern

**Tabelul 48. Feedback din partea DSP sau CAS referitor la anumite subiecte, în funcție de regiune**

MF/MG care beneficiază de feedback referitor la următoarele subiecte:	Moldova (N=73)		Muntenia (N=177)		Transilvania (n=155)		Total (N=405)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Constatări ale unei inspecții ale dosarelor medicale	44	60,3	86	48,6	98	63,2	228	56,3
Trimiterile la medici specialiști	40	54,8	66	37,3	72	46,5	178	44,0
Rețetele de medicamente	37	50,7	65	36,7	71	45,8	173	42,7
Puncte în care pacienții au fost nemulțumiți	20	27,4	23	13,0	42	27,0	85	21,0
Calitatea fișelor medicale ale pacienților	31	42,5	62	35,0	83	53,5	176	43,5
Dezvoltarea profesională și nevoile de formare	28	38,4	46	26,0	58	37,4	132	32,6

Comparațiile între MF/MG din mediul urban și din cel rural se găsesc în Tabelul 49. Se pare că, exceptând feedbackul obținut în urma inspecției dosarelor medicale, MF/MG din mediul rural raportează mai adesea aceste forme de feedback decât omologii lor din mediul urban.

**Tabelul 49. Feedback din partea DSP sau CAS referitor la anumite subiecte, în funcție de tip de urbanizare**

MF/MG care beneficiază de feedback referitor la următoarele subiecte:	Urban (N=274)		Rural (N=128)		Total (N=402)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Constatări ale unei inspecții ale dosarelor medicale	153	55,8	73	57,0	226	56,2
Trimiterile la medici specialiști	112	40,9	64	50,0	176	43,8
Rețetele de medicamente	111	40,5	61	47,7	172	42,8
Puncte în care pacienții au fost nemulțumiți	51	18,6	33	25,8	84	20,9
Calitatea fișelor medicale ale pacienților	112	40,9	63	49,2	175	43,5
Dezvoltarea profesională și nevoile de training	82	29,9	49	38,3	131	32,6

## 5. Experiențele și percepțiile pacienților referitoare la asistența primară

În fiecare dintre cabinetele medicilor care au participat la sondajul în rândul medicilor, câțiva pacienți au fost rugați să completeze un chestionar cu privire la punctul lor de vedere, subiect care constituie baza capitolului de față. Operatorii de teren au vizitat cabinetele și au solicitat în mod sistematic cooperarea tuturor pacienților prezenți, până la atingerea țintei de 15 chestionare completate. În acest fel, informațiile obținute din sondajul pacienților s-au referit la aceleași cabinete ca și informațiile obținute din sondajul în rândul medicilor din cele trei regiuni. Mai multe explicații ale acestei abordări se găsesc în Capitolul 1.

### 5.1 Profilul respondenților

Așa cum arată Tabelul 50, sondajul în rândul pacienților a beneficiat de răspunsurile a 1800 de pacienți. Așa cum se întâmplă în rândul persoanelor care apelează la serviciile de sănătate, femeile au fost majoritare, cu un procent general de 61,5%. Două treimi (n=1200) dintre respondenți au provenit de la cabinetele din mediul urban.

Tabelul 50. Distribuția pe sexe a pacienților, în funcție de tipul de urbanizare\*

Caracteristici		Moldova (N=390)			Muntenia (N=825)			Transilvania (N=585)			Total (N=1800)		
		Urban N (%)	Rural N (%)	Total N (%)	Urban N (%)	Rural N (%)	Total N (%)	Urban N (%)	Rural N (%)	Total N (%)	Urban N (%)	Rural N (%)	Total N (%)
Sex	Bărbați	64 (32,8)	73 (37,4)	137 (35,1)	196 (32,7)	74 (32,9)	270 (32,7)	154 (38,0)	71 (39,4)	225 (38,5)	414 (34,5)	218 (36,3)	632 (35,1)
	Femei	131 (67,2)	122 (62,6)	253 (64,9)	404 (67,3)	151 (67,1)	555 (67,3)	251 (62,0)	109 (60,6)	360 (61,5)	786 (65,5)	382 (63,7)	1 168 (64,9)
Total		195 (100)	195 (100)	390 (100)	600 (100)	225 (100)	825 (100)	405 (100)	180 (100)	585 (100)	1 200 (100)	600 (100)	1 800 (100)

\* Mediul rural include orașe mici și zone rurale

Tabelul 51 arată faptul că distribuția în funcție de vârstă a respondenților din cele trei regiuni a fost comparabilă, respondenții din Muntenia fiind ușor mai în vârstă. În toate cele trei regiunile, 40% dintre pacienții care au completat chestionarul munciau, iar 37% erau pensionari. Doar câțiva respondenți erau șomeri sau nu puteau munci.

**Tabelul 51. Vârsta pacienților, situație profesională și situație locativă**

Situația pacienților	Moldova (N=390)		Muntenia (N=825)		Transilvania (N=585)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<b>Vârsta</b>								
- 0– 20 ani	15	4,0	31	4.1	42	7,4	183	10,2
- 21–30	74	19,6	109	14.3	94	16,7	277	15,5
- 31–40	72	19,0	130	17.0	114	20,21	316	17,6
- 41–50	54	14,3	125	16.4	75	3,3	254	14,1
- 51–60	81	21,4	148	19.4	109	19,3	338	18,8
- Peste 60	82	21,7	220	28.8	130	23,0	432	24,0
<b>Total</b>	<b>378</b>	<b>100</b>	<b>763</b>	<b>100</b>	<b>564</b>	<b>100</b>	<b>1800</b>	<b>100</b>
<b>Ocupație</b>								
- la școală	25	6,4	53	6.6	53	9,1	131	7,4
- șomer / în căutarea unui loc de muncă	29	7,5	48	5.9	57	9,8	134	7,5
- nu poate munci (handicap)	3	0,8	2	0.2	0	-	5	0,3
- casnic(ă)	30	7,7	41	5.1	21	3,6	92	5,2
- angajat	151	38,8	304	37.7	208	35,6	663	37,2
- liber-profesionist	11	2,8	18	2.2	20	3,4	49	2,8
- pensionar	122	31,4	327	40.5	208	35,6	657	36,9
- altele	18	4,6	14	1.7	17	2,9	49	2,8
<b>Total</b>	<b>389</b>	<b>100</b>	<b>807</b>	<b>100</b>	<b>584</b>	<b>100</b>	<b>1780</b>	<b>100</b>
<b>Situație locativă</b>								
- singur	38	9,7	85	10.3	61	10,4	184	10,2
- cu părinții	48	12,3	100	12.1	91	15,6	239	13,3
- cu soțul/soția	100	25,6	237	28.7	165	28,2	502	27,9
- cu familia (incl. copii)	192	49,2	330	40.0	242	41,4	764	42,4
- altele	12	3,1	73	8,8	26	4,4	111	6,2
<b>Total</b>	<b>390</b>	<b>100</b>	<b>825</b>	<b>100</b>	<b>585</b>	<b>100</b>	<b>1800</b>	<b>100</b>

## 5.2 Accesibilitatea asistenței medicale

### 5.2.1 Accesibilitate financiară

Majoritatea serviciilor de asistență primară din Tabelul 52 s-au dovedit a fi disponibile gratuit. O excepție importantă a fost aceea că marea majoritate a pacienților au indicat că au fost nevoiți să plătească medicamente sau injecții prescrise de medicii din asistența primară. Până la un sfert dintre respondenți au declarat că au trebuit să plătească și consultația de specialitate la care au fost trimiși de către MF/MG.

**Tabelul 52. Servicii pentru care este necesară (co)plata de la pacienți**

Tip de serviciu	Moldova (N=390)		Muntenia (N=825)		Transilvania (N=585)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%		
Consultație la MF/MG	9	2.3	57	6.9	37	6.3	103	5.7
Medicamente sau injecții prescrise de MF/MG	261	66.9	473	57.3	431	73.7	1 165	64.7
O consultație la specialist în urma trimiterii MF/MG	66	16.9	145	17.6	161	27.5	372	20.7
Consultație la domiciliu de către MF/MG	54	13.8	183	22.2	159	27.2	396	22.0
Consultație regulată a bebelușului sau copilului mic	9	2.3	35	4.2	57	9.7	101	5.6

În medie, unul din zece pacienți au declarat că plățile private pentru medicamente i-au determinat să nu meargă la consultație sau s-o amâne (Tabelul 53).

**Tabelul 53. Pacienți care au declarat că s-au confruntat cu obstacole în folosirea serviciilor, din cauza coplății sau a disponibilității medicamentelor**

Decizie luată în anul anterior	Moldova (N=390)		Muntenia (N=825)		Transilvania (N=585)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%		
Renunțarea la consultație sau amânarea acesteia din cauză că nu am putut plăti medicamentele	43	11.0	90	10.9	44	7.5	177	9.8

### 5.2.2 Acces geografic și capacitate de răspuns

**Tabelul 54. Durata drumului pacienților la furnizorii de asistență primară**

Furnizor și distanță	Moldova (N=390)		Muntenia (N=825)		Transilvania (N=585)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	
<b>MF/MG</b>								
- până în 20 de minute	308	79,0	583	70,7	383	65,0	1 274	70,8
- 20-40 de minute	63	16,2	174	21,1	164	28,0	401	22,3
- 40-60 de minute	12	3,1	44	5,3	23	3,9	79	4,4
- mai mult de 1 oră	7	1,8	18	2,2	11	1,9	36	2,0
- nu știu	0	0,0	6	0,7	4	0,7	10	0,6
<b>Total</b>	<b>390</b>	<b>100</b>	<b>825</b>	<b>100</b>	<b>585</b>	<b>100</b>	<b>1 800</b>	<b>100</b>



Furnizor și distanță	Moldova (N=390)		Muntenia (N=825)		Transilvania (N=585)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<b>Farmacistul preferat</b>								
- până în 20 de minute	309	79,2	586	71,0	413	70,6	1 308	72,7
- 20-40 de minute	49	12,6	162	19,6	123	21,0	334	18,6
- 40-60 de minute	7	1,8	44	5,3	29	5,0	80	4,4
- mai mult de 1 oră	16	4,1	11	1,3	12	2,1	39	2,2
- nu știu	9	2,3	22	2,7	8	1,4	39	2,2
<b>Total</b>	<b>390</b>	<b>100</b>	<b>825</b>	<b>100</b>	<b>585</b>	<b>100</b>	<b>1 800</b>	<b>100</b>
<b>Dentist preferat</b>								
- până în 20 de minute	173	44,4	363	44,0	301	51,5	837	46,5
- 20-40 de minute	147	37,7	209	25,3	173	29,6	529	29,4
- 40-60 de minute	39	10,0	83	10,1	45	7,7	167	9,3
- mai mult de 1 oră	8	2,1	42	5,1	39	6,7	89	4,9
- nu știu	23	5,9	128	15,5	27	4,6	178	9,9
<b>Total</b>	<b>390</b>	<b>100</b>	<b>825</b>	<b>100</b>	<b>585</b>	<b>100</b>	<b>1800</b>	<b>100</b>
<b>Cel mai apropiat spital</b>								
- până în 20 de minute	127	32,6	337	40,8	265	45,3	729	40,5
- 20-40 de minute	158	40,5	292	35,4	219	37,4	669	37,2
- 40-60 de minute	83	21,3	124	15,0	48	8,2	255	14,2
- mai mult de 1 oră	18	4,6	46	5,6	46	7,9	110	6,1
- nu știu	4	1,0	26	3,2	7	1,2	37	2,1
<b>Total</b>	<b>390</b>	<b>100</b>	<b>825</b>	<b>100</b>	<b>585</b>	<b>100</b>	<b>1 800</b>	<b>100</b>

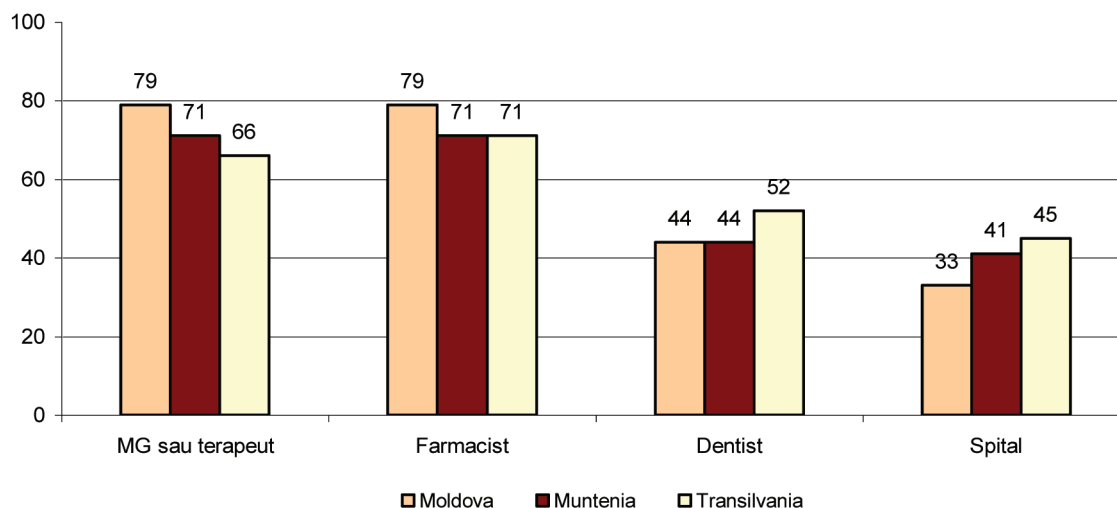
Așa cum arată Tabelul 54 și Fig. 12, în medie, șapte pacienți din zece pot ajunge la medicul de asistență primară și farmacistul preferați în mai puțin de 20 de minute. Dentistul preferat se află la mai puțin de 20 de minute pentru aproape jumătate dintre respondenți, iar cel mai apropiat spital este la aceeași distanță pentru patru din zece pacienți. Distanțe care se parcurg în mai mult de 40 de minute au fost raportate mai des în ceea ce privește dentistul preferat și cel mai apropiat spital.

Tabelul 55 prezintă rezultatele unui listă de 15 itemi care, împreună, indică experiențele și părerile pacienților cu privire la aspectele legate de serviciile oferite de cabinetului MF/MG. Răspunsurile posibile au fost: „Da, sunt de acord”, „De acord într-o oarecare măsură”, „Nu sunt de acord” și „Nu știu”. Procentele din tabel se referă la numărul de persoane care răspund „Da, sunt de acord”.

În medie, trei sferturi dintre toți pacienții au indicat faptul că pot ajunge ușor la cabinet sau la centrul medical cu transportul în comun. În ceea ce privește accesul fizic la cabinet al persoanelor cu handicap sau al celor care folosesc un scaun cu roțile, au existat mai puține răspunsuri pozitive. În toate regiunile există posibilități de îmbunătățire a acestui aspect, din moment ce 50% dintre respondenții din Moldova și Muntenia și 56% dintre respondenții din Transilvania au răspuns că biroul MF/MG este ușor accesibil pentru aceste grupuri. Pacienții din Transilvania au avut cele mai pozitive răspunsuri cu privire la calitatea sălii de așteptare. În general, mai puțin de unul din trei pacienți n-a fost de acord că spațiul de așteptat este comod.

Probabil că site-urile web ale cabinetelor n-au fost relevante pentru majoritatea respondenților, întrucât mai mult de două treimi dintre pacienții din toate cele trei regiuni n-au știut de existența acestora (datele nu sunt prezentate în tabel). În medie, mai puțin de jumătate din numărul total de pacienți cunoșteau existența unei cutii pentru reclamații în cadrul cabinetului sau al centrului.

**Fig. 12: Pacienți care ajung în 20 de minute la unitățile sanitare (%)**



În general, respondenții din Muntenia au avut experiențe mai pozitive în ceea ce privește programul cabinetului și contactarea medicilor, fie personal, fie telefonic, în comparație cu respondenții din celelalte două regiuni, dar diferențele sunt destul de mici. O mare majoritate a pacienților au afirmat că, în timpul programului, la cabinet a fost mereu disponibil un medic, și că a fost posibilă obținerea unei consultații în aceeași zi, dacă a fost nevoie. Două treimi dintre respondenții din Muntenia, dar doar ceva mai mult de jumătate dintre cei din Transilvania și Moldova au răspuns că au la dispoziție un număr de telefon la care să apeleze în afara orelor de program, în situația în care se îmbolnăvesc. Vizitarea unui MF/MG în zilele de week-end pare să fie o excepție, iar posibilitatea consultațiilor pe timpul serii a fost mai des întâlnită. În ciuda acestor limitări, pacienții au fost satisfăcuți cu programul actual. Marea majoritate a pacienților au fost de acord că personalul de la recepție (zona de primire a pacienților) a fost atent și de ajutor, dar Moldova a avut un procent mai redus în această privință, față de celelalte regiuni. Grupuri relativ mici de respondenți au fost de acord că stabilirea unei programări la consultație a durat prea mult. Mai puțin de unul din cinci pacienți au afirmat că timpul petrecut în sala de așteptare a fost prea mare.

**Tabelul 55. Calitatea percepută a cabinetului/centrului, în funcție de regiune**

Pacienți care au fost de acord cu următoarele afirmații:	Moldova (N=390)		Muntenia (N=825)		Transilvania (N=585)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Ajung ușor la cabinet cu transportul în comun.	246	63,1	669	81,1	441	75,4	1.356	75,3
Cabinetul este ușor accesibil pentru persoane înfirmе sau în scaun cu rotile.	196	50,3	418	50,7	381	56,1	995	55,3

Pacienți care au fost acord cu următoarele afirmații:	Moldova (N=390)		Muntenia (N=825)		Transilvania (N=585)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Sala de așteptare pentru pacienți este bine organizată.	309	79,2	609	73,8	479	81,9	1.397	77,6
Cabinetului MF/MG are site web.	65	16,7	153	18,5	99	16,9	317	17,6
La cabinetul medicului generalist/ medicului de familie există un registru de reclamații în care pot face o plângere dacă sunt nemulțumit.	157	40,3	310	37,6	283	48,4	750	41,7
Dacă solicit o consultație de urgență la MG/MF în timpul orelor de program, pot fi primit la consultație chiar în aceeași zi.	303	77,7	650	78,8	481	82,2	1.434	79,7
În timpul orelor de program este ușor să discut la telefon cu un medic pentru a primi un sfat.	287	73,6	637	77,2	450	67,9	1.374	76,3
Când merg la cabinet, întotdeauna este un medic disponibil.	280	71,8	710	86,1	473	80,9	1.463	81,3
Când cabinetul este închis, există un număr de telefon (în afară de 112) la care să sun dacă mă îmbolnăvesc.	203	52,1	546	66,2	321	54,9	1.070	59,4
În acest cabinet pot să merg la consultație la un MF/MG sâmbăta sau duminica (de ex. printr-un cabinet de permanență).	62	15,9	157	19,0	94	16,1	313	17,4
În acest cabinet pot să merg la consultație la un MF/MG după ora 18.00 (cel puțin o dată pe săptămână).	151	38,7	454	55,0	269	46,0	874	48,6
Sunt mulțumit(ă) cu programul actual al cabinetului.	316	81,0	734	89,0	512	87,5	1.562	86,8
Personalul de la recepție este atent și profesionist.	256	65,6	695	84,2	432	73,8	1.383	67,8
Stabilirea unei programări la MF/MG durează prea mult.	48	12,3	117	14,2	96	16,4	261	14,5
Trebuie să aștept mult timp în sala de așteptare pentru a intra la MF/MG.	62	15,9	150	18,2	99	16,9	311	17,3

Tabelul 56 arată același rezultat, însă în funcție de tipul de urbanizare. Diferențele sunt întrucâtva mai mari decât diferențele dintre regiuni și mai consecvente. De exemplu, respondenții din zonele urbane au opinii mai negative cu privire la cele mai multe dintre afirmații, cu excepția celor despre posibilitatea ajungerii la cabinet cu ajutorul transportului public, site-ul web al cabinetului și posibilitatea de a merge la cabinet după ora 18.00.

**Tabelul 56. Calitatea percepută a cabinetului/centrului, în funcție de tipul de urbanizare**

Pacienți care au fost acord cu următoarele afirmații:	Urban (N=1200)		Rural (N=600)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Ajung ușor la cabinet cu transportul în comun.	922	76,8	434	72,3	1.356	75,3
Cabinetul este ușor accesibil pentru persoane infirme sau în scaun cu roțile.	595	49,6	400	66,7	995	55,3
Sala de așteptare pentru pacienți este bine organizată.	906	75,5	491	81,8	1.397	77,6
Cabinetului MF/MG are site web.	239	19,9	78	13,0	317	17,6
La cabinetul medicului generalist/medicului de familie există un registru de reclamații în care pot face o plângere dacă sunt nemulțumit.	469	39,1	281	46,8	750	41,7
Dacă solicit o consultație de urgență la MG/MF în timpul orelor de program, pot fi primit la consultație chiar în aceeași zi.	935	77,9	499	83,2	1.434	79,7
În timpul orelor de program este ușor să discut la telefon cu un medic pentru a primi un sfat.	905	75,4	469	78,2	1.374	76,3
Când merg la cabinet, întotdeauna este un medic disponibil.	974	81,2	489	81,5	1.463	81,3
Când cabinetul este închis, există un număr de telefon (în afară de 112) la care să sun dacă mă îmbolnăvesc.	691	57,6	379	63,2	1.070	59,4
În acest cabinet pot să merg la consultație la un MF/MG sâmbăta sau duminica (de ex. printr-un cabinet de permanență).	179	14,9	134	22,3	313	17,4
În acest cabinet pot să merg la consultație la un MF/MG după ora 18.00 (cel puțin o dată pe săptămână).	610	50,8	264	44,0	874	48,6
Sunt mulțumit(ă) cu programul actual al cabinetului.	1 038	86,5	524	87,3	1.562	86,8
Personalul de la recepție este atent și profesionist.	907	75,6	476	79,3	1.383	76,8
Stabilirea unei programări la MF/MG durează prea mult.	139	11,6	122	20,3	261	14,5
Trebuie să aștept mult timp în sala de așteptare pentru a intra la MF/MG.	205	17,1	106	17,7	311	17,3

## 5.3 Continuitatea serviciilor medicale

### 5.3.1 Continuitate longitudinală și interpersonală

Deși pacienții din Moldova au fost mai frecvent la MF/MG, tiparele de consultații din cele trei regiuni au fost în mare parte identice (Tabelul 57). Lipsa unei consultații la medic în ultimul an a fost un fapt excepțional, dar vizitele la domiciliu efectuate de către MF/MG au fost mult mai puțin frecvente, deși refuzul de a face o consultație la domiciliu atunci când li s-a solicitat a fost o situație rar întâlnită.

**Tabelul 57. Vizitele pacienților la domiciliul MF/MG/asistentului medical, vizite la domiciliu ale MF/MG și vizite la domiciliu refuzate, ultimele 12 luni**

Frecvența vizitelor în ultimele 12 luni	Moldova (N=390)		Muntenia (N=825)		Transilvania (N=585)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<b>Cabinet MF/MG</b>								
- nicio vizită	18	4,6	20	2,4	18	3.1	56	3.1
- 1-3 vizite	97	24,9	224	27,2	209	35.7	530	29.4
- 4-6 vizite	76	19,5	193	23,4	149	25.5	418	23.2
- 7-9 vizite	27	6,9	66	8,0	43	7.4	136	7.6
- 10-12 vizite	103	26,4	226	27,4	125	21.4	454	25.2
- 13 sau mai multe vizite	69	17,7	96	11,6	41	7.0	206	11.4
Număr total de consultații	390	100	825	100	585	100	1 800	100
Media anuală a frecvenței vizitelor la medic	9,36		7.84		6.48		7.73	
<b>Vizite la domiciliu</b>								
- nicio vizită	316	81,0	613	74,3	479	81.9	1408	78.2
- 1-3 vizite	52	13,3	135	16,4	84	14.4	271	15.1
- 4-6 vizite	17	4,4	43	5,2	10	1.7	70	3.9
- 7-9 vizite	3	0,8	10	1.2	3	0.5	16	0.9
- 10-12 vizite	1	0,3	15	1.8	6	1.0	22	1.2
- 13 sau mai multe vizite	1	0,3	9	1.1	3	0.5	13	0.7
Număr total de consultații la domiciliu	390	100	825	100	585	100	1 800	100
Media anuală a frecvenței vizitelor la domiciliu	0,62		1.01		0.56		0.78	
<b>Vizită la domiciliu refuzată</b>								
- nicio vizită	389	99,7	822	99.6	576	98.5	1787	99.3
- 1-3 vizite	1	0,3	1	0.1	8	1.4	10	0.6
- 4-6 vizite	0	0	1	0.1	1	0.2	2	0.1
- 7-9 vizite	0	0	0	0	0	0	0	0
- 10-12 vizite	0	0	1	0.1	0	0	1	0.1
- 13 sau mai multe vizite	0	0	0	0	0	0	0	0
Număr total de vizite la domiciliu refuzate	1/390	0,3	3/825	0.4	9/585	1.5	13/1 800	0.7

Frecvența vizitelor în ultimele 12 luni	Moldova (N=390)		Muntenia (N=825)		Transilvania (N=585)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<b>Motiv(e) pentru refuzarea unei vizite la domiciliu</b>								
MF/MG n-a fost disponibil sau a fost absent.	0		0		2		2	
Mi s-a spus că vizita la domiciliu nu este necesară.	0		1		3		4	
Alt motiv	0		0		0		0	
Nu știu motivul.	1		2		4		7	
<b>Asistent medical</b>								
- nicio vizită	229	58,7	568	68,8	455	77,8	1 252	69,6
- 1-3 vizite	40	10,3	167	20,2	100	17,1	307	17,1
- 4-6 vizite	33	8,5	50	6,1	20	3,4	103	5,7
- 7-9 vizite	15	3,8	10	1,2	2	0,3	27	1,5
- 10-12 vizite	27	6,9	21	2,5	8	1,4	56	3,1
- 13 sau mai multe vizite	46	11,8	9	1,1	0	0	55	3,1
Numărul total de vizite ale asistenților medicali	390	100	825	100	585	100	1 800	100
Media anuală a frecvenței vizitelor la domiciliu ale asistenților medicali	4,53		1,24		0,63		1,75	
<b>Motiv(e) pentru consultația efectuată de asistentul medical</b>								
MF/MG a fost absent	12	7,5	19	7,4	12	9,2	43	7,8
MF/MG a fost ocupat cu alți pacienți.	6	3,7	20	7,8	8	6,2	34	6,2
FMF/MG n-a fost necesar.	97	60,2	133	51,8	69	53,1	299	54,6
Doar am luat rețeta periodică.	86	53,4	92	35,8	40	30,8	218	39,8
Alt motiv.	0	0	0	0	0	0	0	0
Nu știu motivul.	4	2,5	25	9,7	7	5,4	36	6,6

În anul anterior, pacienții au fost consultați de asistentul medical, în medie, de aproape două ori. Majoritatea din cele trei regiuni a răspuns că n-a fost la consultație la asistentul medical în anul anterior. La fel ca și în cazul consultațiilor la MF/MG, categoria care a raportat peste 12 consultații a fost cea mai numeroasă în Moldova. Motivul menționat cel mai adesea pentru consultația exclusiv a asistentului medical a fost că nu era necesară consultația MF/MG pentru ceea ce avea nevoie pacientul.

Punctul de interes al acestei secțiuni este funcționarea percepută a medicului de asistență primară, în relație directă cu pacienții. Aspectele importante în această evaluare sunt comunicarea dintre medic și pacient, modul în care pacienții percep competența medicului și încrederea pacienților în medic. Fundamentale pentru această evaluare sunt condițiile unei relații între medic și pacient; de exemplu, continuitatea personală și timpul pe care MF/MG îl are disponibil pentru o consultație. Înainte de explicarea detaliilor evaluării pacienților, tabelele 58 și 59 vor avea în vedere unele dintre condițiile continuității.

**Tabelul 58. Experiențele și afirmațiile pacienților referitoare la MF/MG, în funcție de regiune**

Experiențe și afirmații referitoare la contact	Moldova (N=390)		Muntenia (N=825)		Transilvania (N=585)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Durata perioadei de apartenență a pacientului la MF/MG actual								
- mai puțin de un an	15	3,8	35	4,2	16	2,7	66	3,7
- 1-3 ani	22	5,6	118	14,3	41	7,0	181	10,1
- mai mult de 3 ani	347	89,0	655	79,4	507	86,7	1 509	83,8
- Nu știu	6	1,5	17	2,1	21	3,6	44	2,4
Dacă mă duc la o consultație la MF/MG la cabinet, văd mereu același medic	357	91,5	777	94,2	546	93,3	1680	93,3
Durata estimată a consultației								
- până în 5 minute	3	0,8	3	0,4	6	1,0	12	0,7
- 6-10 minute	36	9,2	80	9,7	127	21,7	243	13,5
- 11-15 minute	126	32,3	248	30,1	225	38,5	599	33,3
- mai mult de 15 minute	225	57,7	494	59,9	227	38,8	946	52,6
Durata medie a unei consultații (în minute)	19,63		20,45		17,32		19,26	
Durată estimativă între efectuarea unei programări și vizitarea MF/MG								
- vizita este în aceeași zi	220	56,4	372	45,1	261	44,6	853	47,4
- trebuie să aștept 1 zi	107	27,4	175	21,2	168	28,7	450	25,0
- 2-3 zile	19	4,9	111	13,5	56	9,6	186	10,3
- mai mult de 3 zile	20	5,1	31	3,8	19	3,2	70	3,9
- nu fac niciodată programare	4	1,0	69	8,4	38	6,5	111	6,2
- nu știu	20	5,1	67	8,1	43	7,4	130	7,2
MF/MG îmi cunoaște situația personală (de ex. de serviciu sau de acasă)	304	77,9	548	66,4	436	74,5	1 288	71,6
MF/MG știe problemele și bolile pe care le-am avut în trecut (din fișele mele medicale).	367	94,1	758	91,9	532	90,9	1 657	92,1
MF/MG alocă suficient timp pentru a discuta cu mine.	363	93,1	735	89,1	549	93,8	1 647	91,5
MF/MG mă ascultă cu atenție.	364	93,3	740	89,7	556	95,0	1 660	92,2
MF/MG nu discută doar problemele medicale, ci mă poate ajuta și cu problemele și grijile personale.	205	52,6	379	45,9	252	43,1	836	46,4
MF/MG îmi oferă explicații clare despre bolile mele și despre medicamentele prescrise.	348	89,2	725	87,9	529	90,4	1 602	89,0
MF/MG vine acasă dacă îi solicit acest lucru.	333	85,4	642	77,8	513	87,7	1 488	82,7

Experiențe și afirmații referitoare la contact	Moldova (N=390)		Muntenia (N=825)		Transilvania (N=585)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
După o consultație la MF/MG, mă simt în stare să fac mai bine față problemelor mele de sănătate / bolilor.	337	86,4	604	73,2	418	71,5	1 359	75,5
Când am o problemă nouă de sănătate, mă duc la MF/MG înainte de a merge la un medic specialist.	363	93,1	723	87,6	540	92,3	1 626	90,3
Cabinetul MF/MG are suficient echipament medical.	320	82,1	616	74,7	447	76,4	1383	76,8

Condițiile pentru relații continue doctor-pacient au fost adecvate. Listele de pacienți ale cabinetelor s-au dovedit relativ stabile. Aproape 80% dintre toți pacienții aparțin de medicul respectiv de peste trei ani (Tabelul 59). Pentru că au fost înregistrați pe lista unui medic a însemnat că o mare majoritate a pacienților au fost la același medic de fiecare dată când au venit la cabinet. Durata consultației în ambele regiuni a fost relativ lungă, durând, în medie, 20 de minute. Diferențele dintre zonele urbane și cele rurale au fost mici în aceste privințe, cu o estimare ușor mai mare a duratei consultațiilor în zonele rurale și cu timpi de așteptare de peste o zi mai adesea în zonele urbane (Tabelul 59).

**Tabelul 59. Experiențele și afirmațiile pacienților referitoare la MF/MG, în funcție de tipul de urbanizare**

Experiențe și afirmații referitoare la contact	Urban (N=1200)		Rural (N=600)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Durata perioadei de apartenență a pacientului la MF/MG actual						
- mai puțin de un an	45	3,8	21	3,5	66	3,7
- 1-3 ani	124	10,3	57	9,5	181	10,1
- mai mult de 3 ani	996	83,0	513	85,5	1.509	83,8
- nu știu	35	2,9	9	1,5	44	2,4
Dacă mă duc la o consultație la MF/MG la cabinet, văd mereu același medic.	1.108	92,3	572	95,3	1.680	93,3
Durata estimată a consultației						
- până în 5 minute	11	0,9	1	0,2	12	0,7
- 6-10 minute	171	14,3	72	12,0	243	13,5
- 11-15 minute	406	33,8	193	32,2	599	33,3
- mai mult de 15 minute	612	51,0	334	55,7	946	52,6
Durata medie a unei consultații (în minute)	19,14		19,52		19,26	



Experiențe și afirmații referitoare la contact	Urban (N=1200)		Rural (N=600)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Durată estimativă între efectuarea unei programări și vizitarea MF/MG						
- vizita este în aceeași zi	523	43,6	330	55,0	853	47,4
- trebuie să aștept 1 zi	316	26,3	134	22,3	450	25,0
- 2-3 zile	141	11,8	45	7,5	186	10,3
- mai mult de 3 zile	60	5,0	10	1,7	70	3,9
- nu fac niciodată programare	80	6,7	31	5,2	111	6,2
- nu știu	80	6,7	50	8,3	130	7,2
MF/MG îmi cunoaște situația personală (de ex. de serviciu sau de acasă)	803	66,9	485	80,8	1.288	71,6
MF/MG știe problemele și bolile pe care le-am avut în trecut (din fișele mele medicale).	1.098	91,5	559	93,2	1.657	92,1
MF/MG alocă suficient timp pentru a discuta cu mine.	1.092	91,0	555	92,5	1.647	91,5
MF/MG mă ascultă cu atenție.	1.108	92,3	552	92,0	1.660	92,2
MF/MG nu discută doar problemele medicale, ci mă poate ajuta și cu problemele și grijile personale.	510	42,5	326	54,3	836	46,4
MF/MG îmi oferă explicații clare despre bolile mele și despre medicamentele prescrise.	1.073	89,4	529	88,2	1.602	89,0
MF/MG vine acasă dacă îi solicit acest lucru.	971	80,9	517	86,2	1.488	82,7
După o consultație la MF/MG, mă simt în stare să fac mai bine față problemelor mele de sănătate / bolilor.	878	73,2	481	80,2	1.359	75,5
Când am o problemă nouă de sănătate, mă duc la MF/MG înainte de a merge la un medic specialist.	1.075	89,6	551	91,8	1.626	90,3
Cabinetul MF/MG are suficient echipament medical.	919	76,6	464	77,3	1.383	76,8

Rândurile inferioare din tabelele 58 și 59 rezumă evaluarea făcută de pacient medicului. Marea majoritate a pacienților au avut o părere pozitivă cu privire la cunoștințele medicului despre situația lor personală. În medie, peste 90% dintre respondenți au presupus că medicul lor știe problemele și bolile lor anterioare din fișele medicale. Abilitățile de comunicare, cum ar fi capacitate de ascultare și oferirea de explicații, au fost de asemenea apreciate în mare parte. Cu excepția așteptării de cunoaștere de către medic a situației lor personale, nu au existat diferențe reale între pacienți în funcție de tipul de urbanizare. Mai puțin de jumătate dintre pacienți au afirmat că medicul îi poate ajuta cu problemele și grijile personale, întrucâtva mai mult în Moldova și în zonele rurale. În medie, nouă din zece pacienți au indicat faptul că, în cazul în care ar avea o problemă nouă de sănătate, s-ar duce la MF/MG înainte de a apela la un medic specialist. Majoritatea pacienților nu au reclamații

despre echipamentul din cabinetul medicului lor. În medie, o sfert dintre respondenți n-au fost de acord cu faptul că echipamentul este suficient. În această privință n-a existat nicio diferență între cabinetele din mediul urban și cel rural. Probabil că punctul de vedere al pacienților nu se bazează doar pe echipamentul medical, ci și pe starea și calitatea echipamentului, în timp ce medicii au răspuns la întrebarea echivalentă doar în baza disponibilității. În orice caz, se poate trage concluzia că medicii și pacienții nu sunt în total dezacord cu privire la echipamentul disponibil.

**Tabelul 60. Evaluarea de către pacienți a implicării MF/MG în promovarea comportamentului sănătos**

Subiect	Moldova (N=390)		Muntenia (N=825)		Transilvania (N=585)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Alimentație sănătoasă	365	93,6	774	93,8	506	86,5	1645	91,4
Efectuarea de exerciții fizice	343	87,9	680	82,4	449	76,8	1472	81,8
Consumul de alcool	309	79,2	555	67,3	346	59,1	1210	67,2
Reducerea sau renunțarea la fumat	304	77,9	561	68,0	350	59,8	1215	67,5

Mai mulți pacienți din Moldova, decât din Muntenia și Transilvania, au afirmat că medicul a discutat cu ei despre alimentație sănătoasă, despre exerciții fizice și despre fumat. În fiecare dintre aceste trei regiuni, MF/MG au discutat cel mai adesea despre alimentația sănătoasă și despre efectuarea de exerciții fizice.

### 5.3.2 Percepții referitoare la coordonarea îngrijirilor și alegerea furnizorului

Majoritatea pacienților și-au ales singuri medicul, sau cineva din familie a făcut această alegere pentru ei. Repartizarea pe lista unui doctor a fost foarte rară, așa cum se vede în Tabelul 58. Răspunsurile referitoare la libertatea de schimbare a medicilor nu au variat în funcție de regiune. În comparație cu Transilvania, în Moldova și Muntenia mai mulți pacienți au declarat că nu au putut să schimbe medicul.

**Tabelul 61: Libertatea pacienților de a alege și schimba MF/MG**

Opțiune	Moldova (N=390)		Muntenia (N=825)		Transilvania (N=585)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Pacienți care afirmă că au fost repartizați la medic	30	7,7	17	2,1	1	0,2	14	1,3
Pacienți care afirmă că nu se pot muta la alt medic	74	19,0	129	15,6	52	8,9	255	14,2

Tabelele 62 și 63 cuprind rezultatele referitoare la experiențele pacienților referitoare la schimbul profesional de informații și cooperarea cu colegii. În general, pacienții n-au avut

părerii în mare măsură pozitive cu privire la schimbul de informații între medicul propriu și alți medici (Tabelul 63). Nevoia de a consulta MF/MG înainte de a avea acces la asistența medicală secundară și terțiară a fost clară celor mai mulți dintre pacienții din toate cele trei regiuni.

A existat un consens general referitor la faptul că MF/MG și asistenții medicali lucrează bine împreună, cu 20-40% dintre respondenți indicând faptul că, uneori, consultația efectuată de asistentul medical făceau să nu mai fie necesară și consultația MF/MG.

**Tabelul 62. Experiențele pacienților legate de informații și cooperare, în funcție de regiune**

Afirmatii	Moldova (N=390)		Muntenia (N=825)		Transilvania (N=585)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Dacă merg la alt medic, medicul meu MF/MG are toate informațiile necesare despre mine.	160	41,0	351	42,5	201	34,4	712	39,6
Când primesc o trimitere, MF/MG informează medicul specialist în legătură cu boala mea.	232	59,5	574	69,6	357	61,0	1163	64,6
Dacă am fost tratat de un specialist, MF/MG știe rezultatul tratamentului.	346	88,7	731	88,6	497	85,0	1574	87,4
Pentru a consulta un specialist, mai întâi trebuie să merg la MF/MG pentru a primi trimitere.	351	90,0	713	86,4	526	89,9	1590	88,3
MF/MG și asistentul medical de la cabinet colaborează bine.	336	86,2	694	84,1	543	92,8	1573	87,4
Uneori, consultația e efectuată de asistentul medical, nemaifiind nevoie să văd medicul.	150	38,5	224	27,2	119	20,3	493	27,4

Tabelul 63 prezintă rezultatele în funcție de tipul de urbanizare; diferențele sunt mici. Pacienții din zonele urbane sunt doar întrucâtva mai puțin pozitivi cu privire la prima afirmație în comparație cu pacienții din zona rurală, însă de două ori mai mulți respondenți din mediul rural au menționat consultațiile independente ale asistenților, astfel încât n-a mai fost nevoie de consultația MF/MG.

**Tabelul 63. Experiențele pacienților legate de informații și cooperare, în funcție de tipul de urbanizare**

Afirmații	Urban (N=1200)		Rural (N=600)		Total (N=1800)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Dacă merg la alt medic, medicul meu MF/MG are toate informațiile necesare despre mine.	448	37,7	264	44,0	712	39,6
Când primesc o trimitere, MF/MG informează medicul specialist în legătură cu boala mea.	769	64,1	390	65,7	1163	64,6
Dacă am fost tratat de un specialist, MF/MG știe rezultatul tratamentului.	1055	87,9	519	86,5	1574	87,4
Pentru a consulta un specialist, mai întâi trebuie să merg la MF/MG pentru a primi trimitere.	1056	88,0	534	89,0	1590	88,3
MF/MG și asistentul medical de la cabinet colaborează bine.	1044	87,0	529	88,2	1573	87,4
Uneori, consultația e efectuată de asistentul medical, nemaifiind nevoie să văd medicul.	249	20,8	244	40,7	493	27,4

## 6. Sumar

Tabelul de mai jos oferă o vedere de ansamblu a rezultatelor și concluziilor, structurate pe baza funcțiilor sistemului sanitar, a dimensiunilor și indicatorilor de tip proxy, așa cum au fost enumerați în Schema de evaluare a asistenței primare din Capitolul 1.

**Tabelul 64. Rezumat al rezultatelor din IEAM/IMAP în România**

Dimensiune selectată	Itemi de informație selectați	Indicatori de tip proxy / rezultate selectate	Justificarea rezultatelor	Sursă
<b>Conducere</b>				
Dezvoltarea de politici	Asistența primară ca arie prioritară	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legislație specifică dezvoltată pentru asistența primară: Da</li> <li>• Direcție în Ministerul Sănătății care se ocupă în mod specific cu asistența primară: Nu</li> </ul>	<p>Începând cu 2006, au fost promulgate mai multe documente de politici referitoare la asistența primară, inclusiv: a. Legea asigurărilor de sănătate din 1997; b. Legii privind reforma în domeniul sanitar din 2006 care includea și medicina de familie; c. Raportul Comisiei Prezidențiale de sănătate din 2008 „Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului”, care descrie asistența primară ca fiind cheia unui sistem sanitar coerent și cu capacitate de reacție.</p> <p>Nu există o direcție specială dedicată asistenței primare în cadrul Ministerului Sănătății</p>	Chestionar la nivel național.
	Variații regionale		Nu există diferențe regionale în organizarea asistenței primare, dar are loc un proces de descentralizare, iar influența structurilor locale este de așteptat să crească.	Chestionar la nivel național

Dimensiune selectată	Itemii de informație selectați	Indicatori de tip proxy / rezultate selectate	Justificarea rezultatelor	Sursă
Condiții pentru procesul de asistență medicală	Dezvoltare recentă a politicii de asistență primară	Următoarele elemente sunt priorități ale asistenței primare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• echipe multidisciplinare</li> <li>• servicii de asistență primară mai diverse</li> <li>• dezvoltare umană</li> <li>• tehnologia informației</li> <li>• medicină bazată pe dovezi</li> <li>• indicatori de calitate</li> <li>• finanțare crescută a asistenței primare (până la 10–15% din bugetul total al CNAS)</li> <li>• revizuirea pachetului minim de beneficii; coplata pentru anumite servicii.</li> </ul>	Prioritățile politicilor se concentrează pe coordonare, dezvoltare profesională, consolidarea nivelului primar și restrângerea costurilor.	Chestionar la nivel național
Condiții pentru capacitate de reacție	Implicarea specialiștilor și a pacienților în procesul politicii	Specialiști: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colegiul Medicilor: SNMF și FNPMF au rol consultativ.</li> <li>• Ordinul Asistenților Medicali și Moașelor: contribuție.</li> <li>• Sindicatele asistenților medicali implicate indirect în procesul politicii.</li> </ul> Asociațiile de pacienți: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au dreptul de a participa la ședințele comitetelor consultative ale Ministerului Sănătății.</li> <li>• Ministerul organizează consultări cu organizațiile-umbrelă ale pacienților.</li> <li>• Pacienții reprezentați în consiliile administrative ale CNAS și CJAS.</li> </ul>	Organizațiile profesionale sunt formal implicate în procesul politicii; în legislație nu se face mențiune a rolului unei organizații specifice din asistența primară.  Organizațiile pacienților sunt reprezentante la nivel de minister și în asigurările de sănătate.	Chestionar la nivel național

Dimensiune selectată	Itemii de informație selectați	Indicatori de tip proxy / rezultate selectate	Justificarea rezultatelor	Sursă
	Drepturile pacienților	<p>Patru legi prevăd protecție pentru drepturile pacienților:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legea drepturilor pacienților of 2003</li> <li>• Legea datelor cu caracter personal din 2001</li> <li>• Legea promovării sănătății mintale din 2002</li> <li>• Legea de prevenire a răspândirii maladiei SIDA și de protecție a persoanelor cu HIV/ SIDA din 2002</li> </ul> <p>Procedura de reclamație:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legea 46/2003 referitoare la drepturile pacienților nu prevede o procedură de reclamație</li> <li>• Lipsa obligației pentru centrele de asistență primară / cabinetele de MF/MG</li> </ul>	<p>Comisia de disciplină a Colegiului Medicilor este responsabilă de aspectele procedurale ale reclamației în asistența primară.</p> <p>Cu toate acestea, procedurile de reclamație nu sunt obligatorii în asistența primară.</p>	Chestionar la nivel național
<b>Finanțare</b>				
Stimulente pentru furnizori		Situație de angajare a medicilor din asistența primară: 76% liber-profesioniști	MF/MG sunt plătiți sunt forma unui mix de taxe pe cap de locuitor și tarife pentru anumite servicii.	Chestionar la nivel național
Acces financiar pentru pacienți		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coplățile se aplică la medicamentele prescrise.</li> <li>• 65% dintre pacienți au raportat coplăți pentru medicamentele prescrise în asistența primară.</li> <li>• 21% dintre pacienți au raportat plăți pentru o vizită la un specialist.</li> <li>• 10% dintre pacienți au indicat că au renunțat la consultația medicală din motive financiare.</li> </ul>	<p>Pachetul de beneficii de servicii de sănătate este considerat a fi cuprinzător de Ministerul Sănătății.</p> <p>Pachetele de beneficii pot fi revizuite în scurt timp, sub presiunea problemelor economice; posibila introducerea a coplăților pentru serviciile de asistență primară.</p>	<p>Chestionar la nivel național</p> <p>Sondaj pacienți</p>

Dimensiune selectată	Itemii de informație selectați	Indicatori de tip proxy / rezultate selectate	Justificarea rezultatelor	Sursă
<b>Generarea de resurse</b>				
Dezvoltare profesională	Forța de muncă	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30% dintre toți medicii activi în România lucrează în asistența primară (36%, conform datelor HFA)</li> <li>• Dimensiunea medie a listei de pacienți la medicii din mediul urban: 2.045 de pacienți</li> <li>• Dimensiunea medie a listei de pacienți la medicii din mediul rural: 1.897 de pacienți</li> </ul>	<p>În medie, 1 MF/MG la 1.900 de locuitori (date Ministerul Sănătății)</p> <p>(conform datelor HFA, 1.449 de locuitori per MG)</p> <p>Dimensiunea listei de pacienți la medicii din rural și din urban se situează în jurul normei naționale de 1.800 – 2.200.</p>	<p>Chestionar la nivel național</p> <p>Sondaj MF/MG</p>
	Lipsa personalului	<p>MF/MG care indică lipsă de personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10% în Transilvania</li> <li>• 9% în Moldova</li> <li>• 7% în Muntenia</li> </ul>	<p>Nu există o lipsă de personal de MF/MG la nivel național</p> <p>Mai puțin de 10% dintre MF/MG raportează lipsă de personal.</p> <p>Cu toate acestea, distribuția este inegală, astfel încât în unele regiuni încă există lipsă de personal, atât în rândul MF/MG, cât și în rândul altor profesii din asistența primară, în special în rândul asistenților și personalului auxiliar, dar și în rândul moașelor, dentiștilor, fizioterapeuților și farmaciștilor.</p>	<p>Chestionar la nivel național</p> <p>Sondaj MF/MG</p>



Dimensiune selectată	Item de informație selectați	Indicatori de tip proxy / rezultate selectate	Justificarea rezultatelor	Sursă
	Îmbunătățirea calității	<p>Mecanisme de rutină de menținere a calității asistenței primare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspecția dosarelor medicale de către CJAS / Ministerul Sănătății</li> <li>• ercetarea evenimentelor nefavorabile</li> <li>• (re)certificare obligatorie la 5 ani, cu cerințe de EMC</li> <li>• măsurători de rutină ale rezultatelor îngrijirilor pentru mamă și copil.</li> </ul> <p>Încă nu sunt bine dezvoltate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vizitarea voluntară a colegilor</li> <li>• etaloane de medicină bazate pe dovezi</li> </ul> <p>Numărul de ore pe lună alocate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lecturilor profesionale: în jur de 20 de ore</li> <li>• formare / cursuri: 8 ore</li> </ul>	<p>Datele despre rețetele de medicamente, serviciile furnizate și utilizarea resurselor de către MF/MG (colectate de asigurările de sănătate) nu sunt folosite pentru îmbunătățirea calității, ci doar în aspecte contractuale.</p> <p>Colegiul Medicilor și Ministerul Sănătății pot lua măsuri în eventualitatea unor situații negative.</p> <p>Necesar EMC pentru recertificare: 200 de puncte (=ore) pe 5 ani.</p> <p>Evaluări informale efectuate ocazional de CNSFM.</p> <p>Sistemul de plată în funcție de performanță și plata pe serviciu au rolul de-a îmbunătăți calitatea serviciilor.</p> <p>Inițiativele voluntare/informale de asigurare a calității par să fie rare.</p>	<p>Chestionar la nivel național</p> <p>Sondaj MF/MG</p>
	Planificare a resurselor umane	<p>Aproape un sfert dintre absolvenții de medicină au ales să se înscrie la medicină de familie.</p>	<p>Un raport-cheie din raportul „Un sistem sanitar orientat de nevoile cetățenilor” este investiția în capitalul uman din asistența primară.</p> <p>Cu toate acestea, o parte semnificativă a absolvenților de medicină aleg programul de rezidențiat în MF ca soluție temporară.</p> <p>Numărul de absolvenți de medicină din MF a scăzut ușor în ultimii ani (ca și numărul total de absolvenți de medicină).</p>	<p>Chestionar de nivel național</p>

Dimensiune selectată	Item de informație selectați	Indicatori de tip proxy / rezultate selectate	Justificarea rezultatelor	Sursă
	Organizare profesională	MF a fost recunoscută ca specialitate  Programe postuniversitare în medicina de familie (3 ani) sunt oferite la toate cele 12 facultăți de medicină.  Număr de profesori de MF: 8	15 luni din programul cu durata de 3 ani în medicină de familie sunt petrecute într-un cabinet de medicină de familie.	Chestionar de nivel național
Echipament medical		Disponibilitate computer: • 97% dintre toți MF/MG  Echipament medical disponibil (dintr-o listă de 30 de obiecte): • MF: 20 de obiecte • MG: 19 obiecte  Servicii de laborator disponibile: • În cadrul cabinetului: 36% • În afara cabinetului: 14% • Nu există/insuficiente: 40%  Servicii de radiologie disponibile: • În cadrul cabinetului: 36% • În afara cabinetului: 21% • Nu există/insuficiente: 43%	Computerele sunt utilizate pe scară largă pentru păstrarea fișelor medicale și pentru căutare de informații.  Aplicațiile administrative sunt folosite rar (programări, gestiune financiară).  Există posibilități de îmbunătățire a situației echipamentului. De exemplu, peste 80% dintre MF/MG nu au set de urgență; două treimi nu au echipament pentru teste de glicemie, optotip, EKG sau otoscop.  Condiții precare de diagnostic: serviciile de laborator și radiologie sunt indisponibile sau lipsesc în cazul a peste 40%.	Sondaj MF/MG  Sondaj pacienți
		Pacienți de părere că echipamentul este suficient: 77%	Echipamentul medical al MF/MG nu pare să fie un motiv de nemulțumire în rândul pacienților.	Sondaj pacienți
<b>Furnizarea asistenței primare</b>				
<b>- Accesibilitate</b>				
Acces geografic		Pacienți care ajung la cabinetul MF/MG în 20 de minute: 70,8%	Majoritatea pacienților locuiesc la distanță mică de cabinetul de MF/MG și de farmacist. Spitalul și dentiștii se află la o distanță mai mare de domiciliu, de obicei de peste 20 de minute.	Sondaj pacienți

Dimensiune selectată	Item de informație selectați	Indicatori de tip proxy / rezultate selectate	Justificarea rezultatelor	Sursă
Acces organizațional	Populația cabinetelor	Număr raportat de pacienți per MG: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moldova <ul style="list-style-type: none"> <li>- urban: 2 324</li> <li>- rural I: 2 344</li> </ul> </li> <li>• Muntenia <ul style="list-style-type: none"> <li>- urban: 2 089</li> <li>- rural: 1 659</li> </ul> </li> <li>• Transilvania <ul style="list-style-type: none"> <li>- urban: 2 045</li> <li>- rural: 1 897</li> </ul> </li> </ul>	Cabinetele MF/MG din Moldova sunt, în general, mai mari decât cele din Muntenia și Transilvania. Cabinetele din mediul rural sunt mai mici decât cele din mediul urban, cu excepția Moldovei. Cabinetele din mediul rural din Moldova sunt cu o treime mai mari decât cabinetele rurale din celelalte regiuni.	Sondaj MF/MG
	Volum de muncă	Consultații la cabinet, pe zi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• MF: 26,3</li> <li>• MG: 24,4</li> </ul> Vizite la domiciliu pe săptămână: <ul style="list-style-type: none"> <li>• MF: 6,8 pe săptămână</li> <li>• MG: 6,9</li> </ul> Ore de lucru pe săptămână: <ul style="list-style-type: none"> <li>• MF: 39,7 ore</li> <li>• MG: 41,9 ore</li> </ul>	Diferențele de volum de muncă dintre MF și MG sunt mici. <p>În Muntenia și Transilvania, MF/MG din mediul urban au liste mai mari de pacienți decât cei din mediul rural.</p> <p>MF/MG din mediul urban au mai multe consultații pe zi decât cei din mediul rural.</p> <p>Numărul de ore de muncă este ușor mai mic pentru MF/MG din mediul urban decât în rural, cu excepția Moldovei.</p>	Sondaj MF/MG

Dimensiune selectată	Item de informație selectați	Indicatori de tip proxy / rezultate selectate	Justificarea rezultatelor	Sursă
	Accesul și accesibilitatea pacienților la servicii	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecvența declarată a vizitelor pacienților la MF: 7,7 vizite pe an</li> <li>• Durata medie declarată a consultației pacientului, per pacient: 19,3 minute</li> <li>• Medici care asigură consultații în aceeași zi &gt;90%</li> <li>• Pacienți care raportează consultații în aceeași zi, dacă este solicitată: 79,7%</li> <li>• Medici care asigură program seara, cel puțin o dată pe săptămână: 63%</li> <li>• Pacienți care declară că există program seara cel puțin o dată pe săptămână: 48,9%</li> </ul>	<p>Pacienții din Moldova își vizitează mai des MF/MG decât cei din Muntenia și Transilvania (de 9,4, 7,8 și, respectiv, de 6,5 ori).</p> <p>Consultații între 6 și 15 minute au fost raportate de mai puțin de 10% dintre respondenții din Moldova și Muntenia, și de 22% din Transilvania.</p> <p>De obicei, pacienții pot beneficia de un consult al MF/MG în aceeași zi.</p> <p>Servicii în afara orelor de program de către MF/MG sunt rareori disponibile; 17,4% dintre pacienți pot vizita un MF/MG în weekend, în timp ce jumătate (48,9%) au afirmat că pot merge la cabinet după ora 18.00 cel puțin o dată pe săptămână.</p> <p>Cu toate acestea, aproape 90% au indicat că sunt mulțumiți în ceea ce privește programul curent al cabinetului</p>	<p>Sondaj pacienți</p> <p>Sondaj pacienți</p> <p>Sondaj MF/MG</p>
- Coordonare				
Coeziune	Management cabinet	<p>Tipul de cabinet al MF/MG:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cabinet individual: 68,1%</li> <li>• cu 2 sau mai mulți medici de asistență primară în clădire: 22%</li> <li>• cu specialiști medicali în clădire: 6,8%</li> <li>• alt tip: 0.2%</li> </ul> <p>MF/MG care lucrează cu un asistent medical: 98%</p>	<p>Cabinetul individual este tipul dominant. Acesta este mai frecvent în Moldova (74%) decât în Muntenia (66,7%) și Transilvania (68,1%)</p> <p>Disponibilitatea altor discipline (ca de exemplu asistenți comunitari, moașe, dentiști, farmaciști) în același loc este un lucru relativ rar.</p>	Sondaj MF/MG
	Colaborare	<p>Procentul de MF/MG care indică faptul că au întâlniri față-în-față cu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alți MF: 55%</li> <li>• asistentul medical: 54%</li> <li>• asistentul comunitar: 10%</li> <li>• moașa: 3%</li> <li>• farmaciști: 23%</li> </ul>	În Moldova, un număr mai mare de MF/MG au astfel de întâlniri regulate decât în Muntenia și Transilvania.	Sondaj MF/MG

Dimensiune selectată	Item de informație selectați	Indicatori de tip proxy / rezultate selectate	Justificarea rezultatelor	Sursă
Coordonarea cu alte niveluri ale asistenței medicale	Sistem de trimiteri	<p>Aproape toți (90%) pacienții indică faptul că merg la MF/MG cu o nouă problemă de sănătate înainte de a apela la îngrijiri de specialitate.</p> <p>Rata de trimiteri raportată (% din toate contactele de la cabinet și de la domiciliu)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MF: 11,3%</li> <li>• MG: 8,8%</li> <li>• MF/MG rural: 8,9%</li> <li>• MF/MG urban: 12,1%</li> </ul>	<p>Acest lucru este valabil în egală măsură în regiunile urbane și în cele rurale.</p> <p>Majoritatea trimerilor au fost efectuate, conform declarațiilor, către interniști, ginecologi și neurologi.</p> <p>În zonele urbane, un număr mai mare de pacienți beneficiază de trimitere către toate specialitățile, cu excepția oncologilor.</p>	<p>Sondaj pacienți</p> <p>Sondaj MF/MG</p>
	Colaborarea cu nivelul secundar	<p>Legături cu alte niveluri de asistență:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pediatri: 82,7%</li> <li>• interniști: 94,3%</li> <li>• ginecologi: 95,3%</li> <li>• chirurgi: 89,9%</li> <li>• neurologi: 94,6%</li> <li>• dermatologi: 92,1%</li> </ul>	<p>Legături cu alte specialități medicale sunt foarte răspândite. Majoritatea MF/MG solicită adesea sau uneori păreri medicale de la specialiștii menționați.</p>	Sondaj MF/MG
- Continuitate				
Continuitate informațională		<p>MF/MG care indică păstrarea în mod obișnuit a fișelor medicale de la toate vizitele pacienților:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MF: 90%</li> <li>• MG: 94%</li> </ul> <p>MF/MG care indică utilizarea în mod obișnuit a biletelor de trimitere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MF: 80%</li> <li>• MG: 75%</li> </ul>	<p>Păstrarea fișelor medicale este un element de rutină în rândul MF/MG, dar generarea unei liste de pacienți în funcție de diagnostic sau risc de sănătate este dificil pentru mai mult de o treime dintre MF și pentru mai mult de jumătate dintre MG.</p> <p>Utilizarea în mod obișnuit a biletelor de trimitere este foarte răspândită.</p>	Sondaj MF/MG
Continuitate longitudinală		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacienți care afirmă că sunt arondați la MF/MG de 1 an sau mai mult: 93,9%</li> <li>• Pacienți care afirmă că sunt consultați de același medic la fiecare vizită: 93,3%</li> </ul>	<p>Condițiile pentru o relație continuă medic-pacient sunt bune.</p>	Sondaj pacienți

Dimensiune selectată	Itemii de informație selectați	Indicatori de tip proxy / rezultate selectate	Justificarea rezultatelor	Sursă
Continuitate inter-personală		Pacienți care sunt arondați aceluiași MF/MG de peste trei ani: 83,8%	Marea majoritate a pacienților sunt pozitivi cu privire la cunoștințele medicului privind situația lor personală.  Abilitățile de comunicare ale medicilor (de ex. abilități de ascultare și de oferire de explicații) au fost apreciate.  Totuși, doar aproximativ jumătate dintre pacienți (46,4%) indică faptul că MF/MG ar aborda și problemele și grijile lor personale.	Sondaj pacienți
- Aria de cuprindere				
Condiții în cabinet	Comoditate	Pacienții care afirmă că cabinetul este ușor accesibil pentru persoane cu handicap și în scaune cu rotile: 55,3%  Pacienții care indică sala de așteptare ca fiind bine organizată: 77,6%	Doar o majoritate redusă au indicat acces fizic facil la cabinet.  Pacienții au avut păreri pozitive cu privire la sălile de așteptare.	Sondaj pacienți
	Materiale informative	MF/MG despre materialele informative din sala de așteptare: Cele mai multe: - riscuri de boli cardiovasculare: 93,3% - renunțarea la fumat: 86,7% - alimentație sănătoasă: 88,4% Cele mai puține: - servicii sociale: 48,4% - autotratament: 24% Informații de la companiile farmaceutice: 59,7%	În majoritatea sălilor de așteptare domină informațiile din industria farmaceutică.  Informațiile despre serviciile sociale lipsesc adesea, iar materialele despre autotratament sunt, de obicei, absente.	Sondaj MF/MG
Furnizarea de servicii	Grupe de populație deservite	Scoruri consolidate pentru: • MF/MG ca medic pentru primul contact (pe baza a 18 itemi; intervalul scorurilor 1-4): 2.57	Pentru probleme sociale, relaționale și sexuale, MG nu sunt văzuți ca prim-contact.	Sondaj MF/MG

Dimensiune selectată	Itemii de informație selectați	Indicatori de tip proxy / rezultate selectate	Justificarea rezultatelor	Sursă
	Implicarea MF/MG în tratamentul bolilor	Scoruri consolidate pentru: • implicarea MF/MG în tratamentul a 19 boli (pe baza a 18 itemi; intervalul scorurilor 1-4): 3,1	Diferențele între regiuni sunt mici. A reieșit că medicii din rural declară că sunt mai implicați în tratamentul bolilor decât cei din urban.	Sondaj MF/MG
	Furnizarea de proceduri preventive și intervenții medicale	Scor consolidat pentru: • furnizarea de proceduri medicale și preventive de către MF/MG: (pe baza a 16 itemi; intervalul scorurilor 1-4): 1,33 Acoperirea activităților de sănătate publică (pe baza a 8 itemi = 100%): • de MF/MG în mod rutinier: 69,3% • de ei înșiși: 21,9% • prin trimitere: 47,4% • MF/MG care efectuează screening pentru cancerul cervical: 13,8 % • Evaluarea pacienților cu privire la implicarea medicului în promovarea alimentației sănătoase: 91,4%	Rolul medicilor din asistența primară în procedurile medicale este foarte limitat: proceduri chirurgicale, oftalmologice și ginecologice minore sunt rareori efectuate.  Medicii au indicat implicare în activitățile de sănătate publică, dar mai degrabă pe bază de trimitere decât pe efectuarea chiar de către ei a activităților respective.  Majoritatea pacienților au afirmat că MF/MG a discutat cu ei despre probleme referitoare la stil de viață, cum ar fi obiceiuri alimentare (91,4%), exerciții fizice (81,8%), consum de alcool (67,2%) și obiceiuri de fumat (67,5%).	Sondaj MF/MG  • Sondaj pacienți
	Asistență medicală pentru mamă și copil și pentru sănătatea reproducerii	• MF/MG care asigură asistență antenatală de rutină: 87,7%	Peste trei sferturi dintre MF/MG sunt implicați în asistență antenatală de rutină, în imunizări la copii sub 4 ani, în supraveghere pediatrică de rutină și în promovarea alăptării.  Planificarea familială și contracepția este furnizată de jumătate dintre MF/MG.  MF/MG din Moldova sunt mai implicați în fiecare dintre aceste cinci servicii de rutină, în comparație cu cei din Muntenia și Transilvania. Medicii din mediul rural sunt mai implicați în furnizarea acestor servicii decât cei din mediul urban.	Sondaj MF/MG
Orientare către comunitate		MF/MG care raportează ședințe regulate cu autoritățile locale: 18.8%	În niciuna dintre regiuni nu există legături puternice cu autoritățile locale.	Sondaj MF/MG

## ANEXA 1. Tabelele 37-42

Tabelul 37. Rolul MF/MG de prim-contact pentru problemele de sănătate ale pacienților, în funcție de regiune

MF/MG estimat a fi primul contact în caz de:	Moldova (N=73)			Muntenia (N=177)			Transilvania (n=155)			Total (N=405)		
	% MF*	% MG*	N valid	% MF*	% MG*	N valid	% MF*	% MG*	N valid	% MF*	% MG*	N valid
Copil cu eczemă	90 (7)	100 (-)	68 / 5	77 (12)	78 (6)	145 / 32	87 (5)	90 (10)	145 / 10	84 (8)	83 (6)	358 / 47
Copil cu tuse gravă	93 (6)	100 (-)	68 / 5	80 (10)	84 (-)	145 / 32	85 (6)	90 (10)	145 / 10	84 (8)	87 (2)	358 / 47
Copil de 7 ani cu enuresis	77 (18)	80 (20)	68 / 5	59 (17)	69 (3)	145 / 32	62 (19)	90 (-)	145 / 10	63 (18)	75 (4)	358 / 47
Copil de 8 ani cu probleme de auz	74 (13)	60 (20)	68 / 5	54 (16)	69 (3)	145 / 32	61 (10)	60 (20)	145 / 10	60 (13)	66 (9)	358 / 47
Femeie de 18 ani care solicită contracepție orală	72 (21)	60 (40)	68 / 5	52 (28)	47 (22)	145 / 32	37 (33)	40 (40)	145 / 10	50 (29)	47 (28)	358 / 47
Femeie de 20 de ani pentru confirmarea sarcinii	81 (13)	60 (40)	68 / 5	66 (21)	56 (28)	145 / 32	56 (18)	50 (20)	145 / 10	65 (18)	55 (28)	358 / 47
Femeie de 35 de ani cu menstruație neregulată	78 (18)	60 (40)	68 / 5	69 (24)	72 (13)	145 / 32	66 (18)	80 (20)	145 / 10	70 (20)	72 (17)	358 / 47
Femeie de 50 de ani cu nodul la sân	81 (13)	60 (40)	68 / 5	74 (23)	75 (16)	145 / 32	75 (15)	80 (20)	145 / 10	75 (18)	75 (19)	358 / 47
Femeie de 60 de ani cu poliurie	81 (16)	60 (40)	68 / 5	75 (17)	81 (13)	145 / 32	75 (14)	100 (-)	145 / 10	76 (15)	83 (13)	358 / 47
Bărbat anxios de 45 de ani	62 (25)	60 (40)	68 / 5	63 (23)	63 (25)	145 / 32	55 (26)	80 (10)	145 / 10	60 (25)	66 (23)	358 / 47
Bărbat de 28 ani cu o primă convulsie	53 (24)	40 (60)	68 / 5	34 (21)	25 (38)	145 / 32	37 (21)	40 (40)	145 / 10	39 (22)	30 (40)	358 / 47
Copil abuzat fizic	35 (18)	- (60)	68 / 5	17 (18)	6 (6)	145 / 32	10 (14)	40 (-)	145 / 10	18 (16)	13 (11)	358 / 47
Cuplu cu probleme de relaționale	38 (24)	- (80)	68 / 5	23 (32)	16 (28)	145 / 32	12 (21)	20 (40)	145 / 10	22 (26)	15 (36)	358 / 47
Bărbat cu tendință suicidară	28 (21)	- (60)	68 / 5	11 (19)	9 (9)	145 / 32	9 (10)	30 (30)	145 / 10	13 (16)	13 (19)	358 / 47
Femeie de 35 de ani cu probleme psihosociale legate de muncă	40 (31)	40 (40)	68 / 5	26 (26)	16 (9)	145 / 32	25 (15)	50 (20)	145 / 10	28 (23)	26 (15)	358 / 47
Bărbat de 32 de ani cu probleme sexuale	35 (31)	40 (20)	68 / 5	24 (39)	22 (25)	145 / 32	14 (29)	40 (20)	145 / 10	22 (33)	28 (23)	358 / 47
Bărbat de 52 de ani cu probleme de dependență de alcool	47 (24)	20 (80)	68 / 5	30 (38)	28 (38)	145 / 32	26 (32)	40 (30)	145 / 10	32 (33)	30 (40)	358 / 47
Bărbat cu simptome de TB	62 (24)	60 (40)	68 / 5	52 (29)	47 (34)	145 / 32	39 (18)	70 (10)	145 / 10	49 (24)	53 (30)	358 / 47
<b>SCOR TOTAL Primul contact**</b>	<b>2,92</b>	<b>2,83</b>		<b>2,50</b>	<b>2,43</b>		<b>2,46</b>	<b>2,83</b>		<b>2,57</b>	<b>2,55</b>	

\* Procentele reprezintă suma răspunsurilor „(aproape) întotdeauna” și „de obicei”; procentele dintre paranteze se referă la răspunsul „uneori”.

\*\* Răspunsurile au fost ponderate astfel: rar/niciodată = 1; uneori = 2; de obicei = 3; (aproape) întotdeauna = 4.



**Tabelul 38. MF/MG ca prim-contact pentru problemele de sănătate ale pacienților, în funcție de tipul de urbanizare**

MF/MG estimat a fi primul contact în caz de:	Urban (N=274)			Rural (N=128)			Total (N=402)		
	% MF*	% MG*	N valid	% MF*	% MG*	N valid	% MF*	% MG*	N valid
Copil cu eczemă	80 (10)	76 (9)	241 / 33	93 (4)	100 (-)	114 / 14	84 (8)	83 (6)	355 / 47
Copil cu tuse gravă	82 (8)	82 (3)	241 / 33	91 (7)	100 (-)	114 / 14	85 (7)	87 (2)	355 / 47
Copil de 7 ani cu enuresis	56 (20)	64 (6)	241 / 33	79 (12)	100 (-)	114 / 14	64 (18)	75 (4)	355 / 47
Copil de 8 ani cu probleme de auz	55 (14)	52 (12)	241 / 33	73 (11)	100 (-)	114 / 14	61 (13)	66 (9)	355 / 47
Femeie de 18 ani care solicită contracepție orală	41 (32)	33 (33)	241 / 33	69 (20)	79 (14)	114 / 14	50 (29)	47 (28)	355 / 47
Femeie de 20 de ani pentru confirmarea sarcinii	61 (19)	55 (27)	241 / 33	74 (17)	57 (29)	114 / 14	65 (18)	55 (28)	355 / 47
Femeie de 35 de ani cu menstruație neregulată	66 (22)	67 (18)	241 / 33	77 (17)	86 (14)	114 / 14	70 (20)	72 (17)	355 / 47
Femeie de 50 de ani cu nodul la sân	78 (18)	60 (40)	241 / 33	69 (24)	72 (13)	114 / 14	70 (20)	72 (17)	355 / 47
Femeie de 60 de ani cu poliurie	76 (16)	76 (18)	241 / 33	77 (14)	100 (-)	114 / 14	76 (15)	83 (13)	355 / 47
Bărbat anxios de 45 de ani	81 (16)	60 (40)	241 / 33	75 (17)	81 (13)	114 / 14	76 (15)	83 (13)	355 / 47
Bărbat de 28 ani cu o primă convulsie	35 (22)	24 (42)	241 / 33	47 (20)	43 (36)	114 / 14	39 (21)	30 (40)	355 / 47
Copil abuzat fizic	15 (17)	9 (12)	241 / 33	24 (14)	21 (7)	114 / 14	18 (16)	13 (11)	355 / 47
Cuplu cu probleme de relaționale	20 (29)	12 (42)	241 / 33	24 (20)	21 (21)	114 / 14	21 (26)	15 (36)	355 / 47
Bărbat cu tendință suicidară	12 (17)	18 (15)	241 / 33	17 (12)	- (29)	114 / 14	14 (16)	13 (19)	355 / 47
Femeie de 35 de ani cu probleme psihosociale legate de muncă	28 (25)	30 (9)	241 / 33	28 (18)	14 (29)	114 / 14	28 (23)	26 (15)	355 / 47
Bărbat de 32 de ani cu probleme sexuale	23 (35)	30 (21)	241 / 33	19 (35)	30 (21)	114 / 14	22 (33)	28 (23)	355 / 47
Bărbat de 52 de ani cu probleme de dependență de alcool	31 (34)	30 (42)	241 / 33	34 (30)	29 (36)	114 / 14	32 (33)	30 (40)	355 / 47
Bărbat cu simptome de TB	42 (27)	39 (42)	241 / 33	65 (17)	86 (-)	114 / 14	49 (23)	53 (30)	355 / 47
<b>SCOR TOTAL Primul contact**</b>	<b>2,51</b>	<b>2,38</b>		<b>2,71</b>	<b>2,85</b>		<b>2,58</b>	<b>2,55</b>	

\* Procentele reprezintă suma răspunsurilor „(aproape) întotdeauna” și „de obicei”; procentele dintre paranteze se referă la răspunsul „uneori”.

\*\* Răspunsurile au fost ponderate astfel: rar/niciodată = 1; uneori = 2; de obicei = 3; (aproape) întotdeauna = 4.

**Tabelul 39. Implicarea MF/MG în tratamentul și în etapa de urmărire a bolilor, în funcție de regiune**

Implicarea MF/ MG în tratamentul următoarelor boli:	Moldova (N=73)			Muntenia (N=177)			Transilvania (n=155)			Total (N=405)		
	% MF*	% MG*	N valid	% MF*	% MG*	N valid	% MF*	% MG*	N valid	% MF*	% MG*	N valid
Hipertiroidism	84 (9)	80 (40)	68 / 5	82 (16)	59 (28)	145 / 32	85 (10)	80 (20)	145 / 10	84 (12)	66 (26)	358 / 47
Bronșită cronică	93 (3)	80 (20)	68 / 5	94 (6)	96 (-)	145 / 32	95 (2)	100 (0)	145 / 10	94 (4)	96 (2)	358 / 47
Orjelet (ulcior)	88 (9)	80 (20)	68 / 5	89 (8)	88 (9)	145 / 32	91 (6)	90 (10)	145 / 10	90 (7)	87 (11)	358 / 47
Ulcer peptic	87 (7)	80 (20)	68 / 5	87 (8)	81 (13)	145 / 32	90 (6)	100 (-)	145 / 10	88 (7)	85 (11)	358 / 47
Hernie de disc	87 (9)	100 (-)	68 / 5	82 (15)	81 (9)	145 / 32	90 (6)	90 (10)	145 / 10	86 (10)	85 (9)	358 / 47
Accident vascular cerebral acut	72 (15)	60 (40)	68 / 5	56 (32)	34 (38)	145 / 32	50 (33)	60 (10)	145 / 10	57 (29)	43 (32)	358 / 47
Insuficiență cardiacă congestivă	78 (10)	40 (60)	68 / 5	75 (17)	63 (22)	145 / 32	75 (17)	70 (10)	145 / 10	75 (15)	62 (23)	358 / 47
Pneumonie	93 (-)	80 (20)	68 / 5	93 (6)	97 (3)	145 / 32	97 (1)	100 (-)	145 / 10	95 (3)	96 (4)	358 / 47
Abces periamigdalian	85 (7)	80 (20)	68 / 5	79 (17)	91 (3)	145 / 32	83 (10)	100 (-)	145 / 10	82 (12)	92 (4)	358 / 47
Colită ulcerativă	74 (13)	60 (20)	68 / 5	59 (27)	56 (28)	145 / 32	66 (24)	80 (20)	145 / 10	65 (23)	62 (26)	358 / 47
Salpingită	75 (10)	80 (20)	68 / 5	56 (29)	47 (31)	145 / 32	52 (34)	70 (30)	145 / 10	58 (27)	53 (30)	358 / 47
Comoție cerebrală	52 (21)	40 (20)	68 / 5	33 (37)	28 (25)	145 / 32	34 (35)	50 (20)	145 / 10	37 (33)	34 (23)	358 / 47
Boala Parkinson	63 (13)	60 (20)	68 / 5	57 (24)	66 (19)	145 / 32	70 (17)	90 (10)	145 / 10	63 (19)	70 (17)	358 / 47
Diabet necomplicat (tip II)	88 (6)	80 (20)	68 / 5	83 (9)	94 (3)	145 / 32	90 (6)	100 (-)	145 / 10	87 (7)	94 (4)	358 / 47
Artrită reumatoidă	75 (15)	40 (60)	68 / 5	74 (17)	84 (17)	145 / 32	79 (16)	90 (10)	145 / 10	76 (16)	81 (19)	358 / 47
Depresie	77 (16)	80 (20)	68 / 5	77 (19)	81 (16)	145 / 32	77 (17)	80 (20)	145 / 10	77 (17)	81 (17)	358 / 47
Infarct de miocard	46 (31)	40 (40)	68 / 5	41 (31)	22 (38)	145 / 32	41 (31)	30 (40)	145 / 10	42 (31)	26 (38)	358 / 47
Continuarea tratamentului pentru TB	75 (7)	80 (20)	68 / 5	46 (18)	28 (6)	145 / 32	43 (15)	50 (10)	145 / 10	50 (15)	38 (9)	358 / 47
<b>SCOR TOTAL</b>	<b>3,19</b>	<b>3,07</b>		<b>3,03</b>	<b>2,91</b>		<b>3,09</b>	<b>3,24</b>		<b>3,09</b>	<b>3,00</b>	
<b>Sarcini de tratament**</b>												

\* Notă: procentele reprezintă suma răspunsurilor „(aproape) întotdeauna” și „de obicei”; procentele dintre paranteze se referă la răspunsul „uneori”.

\*\* Răspunsurile au fost ponderate astfel: rar/niciodată = 1; uneori = 2; de obicei = 3; (aproape) întotdeauna = 4.

**Tabelul 40. Implicarea MF/MG în tratamentul și în etapa de urmărire a bolilor, în funcție de tipul de urbanizare**

Implicarea MF/MG în tratamentul următoarelor boli:	Urban (N=274)			Rural (N=128)			Total (N=402)		
	% MF*	% MG*	N valid	% MF*	% MG*	N valid	% MF*	% MG*	N valid
Hipertiroidism	84 (10)	58 (33)	241 / 33	84 (15)	86 (7)	114 / 14	84 (12)	66 (26)	355 / 47
Bronșită cronică	94 (3)	94 (3)	241 / 33	96 (4)	100 (-)	114 / 14	94 (4)	96 (2)	355 / 47
Orjelet (ulcior)	89 (7)	85 (12)	241 / 33	92 (7)	93 (7)	114 / 14	90 (7)	87 (11)	355 / 47
Ulcer peptic	88 (7)	79 (15)	241 / 33	89 (8)	100 (-)	114 / 14	88 (7)	85 (11)	355 / 47
Hernie de disc	85 (10)	85 (9)	241 / 33	90 (10)	86 (7)	114 / 14	86 (10)	85 (9)	355 / 47
Accident vascular cerebral acut	47 (34)	27 (39)	241 / 33	79 (18)	79 (14)	114 / 14	57 (29)	43 (32)	355 / 47
Insuficiență cardiacă congestivă	67 (19)	52 (27)	241 / 33	90 (7)	86 (14)	114 / 14	76 (15)	62 (23)	355 / 47
Pneumonie	94 (3)	94 (6)	241 / 33	97 (3)	100 (-)	114 / 14	95 (3)	96 (4)	355 / 47
Abces periamigdalian	80 (12)	88 (6)	241 / 33	86 (13)	100 (-)	114 / 14	82 (12)	92 (4)	355 / 47
Colită ulcerativă	64 (24)	49 (33)	241 / 33	68 (21)	93 (7)	114 / 14	65 (23)	62 (26)	355 / 47
Salpingită	54 (30)	46 (36)	241 / 33	65 (24)	79 (14)	114 / 14	58 (28)	55 (30)	355 / 47
Comoție cerebrală	27 (36)	18 (30)	241 / 33	56 (27)	71 (7)	114 / 14	37 (33)	34 (23)	355 / 47
Boala Parkinson	58 (20)	58 (24)	241 / 33	76 (16)	100 (-)	114 / 14	64 (19)	70 (17)	355 / 47
Diabet necomplicat (tip II)	83 (9)	91 (6)	241 / 33	96 (4)	100 (-)	114 / 14	87 (7)	94 (4)	355 / 47
Artrită reumatoidă	73 (16)	76 (24)	241 / 33	83 (14)	93 (7)	114 / 14	77 (16)	81 (19)	355 / 47
Depresie	75 (17)	73 (24)	241 / 33	80 (18)	100 (-)	114 / 14	77 (17)	81 (17)	355 / 47
Infarct de miocard	35 (33)	15 (42)	241 / 33	55 (26)	50 (29)	114 / 14	42 (31)	26 (38)	355 / 47
Continuarea tratamentului pentru TB	40 (16)	21 (12)	241 / 33	73 (11)	79 (-)	114 / 14	50 (14)	38 (9)	355 / 47
<b>SCOR TOTAL</b>	<b>2,99</b>	<b>2,79</b>		<b>3,28</b>	<b>3,48</b>		<b>3,09</b>	<b>3,00</b>	
<b>Sarcini de tratament**</b>									

\* Notă: procentele reprezintă suma răspunsurilor „(aproape) întotdeauna” și „de obicei”; procentele dintre paranteze se referă la răspunsul „Uneori” implicat în acest tratament.

\*\* Pentru calcularea scorului, răspunsurile au fost ponderate astfel: rar/niciodată = 1; uneori = 2; de obicei = 3; (aproape) întotdeauna = 4.

**Tabelul 41. Implicarea MF/MG în furnizarea de proceduri medicale, în funcție de regiune**

Procedură asigurată de obicei de MF/MG sau de personalul cabinetului	Moldova (N=73)			Muntenia (N=177)			Transilvania (n=155)			Total (N=405)		
	% MF*	% MG*	N valid	% MF*	% MG*	N valid	% MF*	% MG*	N valid	% MF*	% MG*	N valid
Tratament chirurgical al unghiei încarnate	7,4 (92,6)	40,0 (60,0)	68 / 5	17,9 (82,1)	3,1 (96,9)	145 / 32	6,9 (93,1)	10,0 (90,0)	145 / 10	11,5 (88,5)	8,5 (91,5)	358 / 47
Îndepărtare chist sebaceu de la nivelul scalpului	8,8 (91,2)	40,0 (60,0)	68 / 5	11,0 (89,0)	6,3 (93,8)	145 / 32	2,8 (97,2)	10,0 (90,0)	145 / 10	7,3 (92,7)	10,6 (89,4)	358 / 47
Sutura plăgilor	23,5 (76,5)	40,0 (60,0)	68 / 5	24,1 (75,9)	28,1 (71,9)	145 / 32	18,6 (81,4)	30,0 (70,0)	145 / 10	21,8 (78,2)	29,8 (70,2)	358 / 47
Excizie de negi	2,9 (97,1)	- (100)	68 / 5	5,5 (94,5)	- (100)	145 / 32	2,8 (97,2)	- (100)	145 / 10	3,9 (96,1)	- (100)	358 / 47
Inserare DIU	1,5 (98,5)	- (100)	68 / 5	4,8 (95,2)	- (100)	145 / 32	3,4 (96,6)	10,0 (90,0)	145 / 10	3,6 (96,4)	2,1 (97,9)	358 / 47
Îndepărtare corp străin din cornee	14,7 (85,3)	- (100)	68 / 5	13,1 (86,9)	6,3 (93,8)	145 / 32	9,7 (90,3)	10,0 (90,0)	145 / 10	12,0 (88,0)	6,4 (93,6)	358 / 47
Examen de fund de ochi	8,8 (91,2)	20,0 (80,0)	68 / 5	7,6 (92,4)	3,1 (96,9)	145 / 32	62 (93,8)	10,0 (90,0)	145 / 10	7,3 (92,7)	6,4 (93,6)	358 / 47
Injectie în articulație	25,0 (75,0)	20,0 (80,0)	68 / 5	18,6 (81,4)	6,3 (93,8)	145 / 32	12,4 (87,6)	20,0 (80,0)	145 / 10	17,3 (82,7)	10,6 (89,4)	358 / 47
Puncție maxilară (sinusală)	4,4 (95,6)	- (100)	68 / 5	6,9 (93,1)	- (100)	145 / 32	4,1 (95,9)	10,0 (90,0)	145 / 10	5,3 (94,7)	2,1 (97,9)	358 / 47
Miringotomie a timpanului (paracenteză auriculară)	2,9 (97,1)	- (100)	68 / 5	3,4 (96,6)	- (100)	145 / 32	1,4 (98,6)	- (100)	145 / 10	2,5 (97,5)	- (100)	358 / 47
Aplicarea de bandaj gipsat	5,9 (94,1)	40,0 (60,0)	68 / 5	9,7 (90,3)	6,3 (93,8)	145 / 32	6,2 (93,8)	20,0 (80,0)	145 / 10	7,5 (92,5)	12,8 (87,2)	358 / 47
Imobilizarea gleznei	35,3 (64,7)	60,0 (40,0)	68 / 5	30,3 (69,7)	40,6 (59,4)	145 / 32	29,7 (70,3)	40,0 (60,0)	145 / 10	31,0 (69,0)	42,6 (57,4)	358 / 47
Crioterapie (negi)	1,5 (98,5)	- (100)	68 / 5	8,3 (91,7)	- (100)	145 / 32	4,8 (95,2)	10,0 (90,0)	145 / 10	5,6 (94,4)	2,1 (97,9)	358 / 47
Fixarea unei perfuzii intravenoase	79,4 (20,6)	100 (-)	68 / 5	64,8 (35,2)	62,5 (37,5)	145 / 32	56,6 (43,4)	80,0 (20,0)	145 / 10	64,2 (35,8)	70,2 (29,8)	358 / 47
Imunizare pentru gripă sau tetanos	91,2 (8,8)	80,0 (20,0)	68 / 5	86,2 (13,8)	90,6 (9,4)	145 / 32	89,0 (11,0)	100 (-)	145 / 10	88,3 (11,7)	91,5 (8,5)	358 / 47
Vaccinări pentru alergii	67,6 (32,4)	80,0 (20,0)	68 / 5	62,8 (37,2)	65,6 (34,4)	145 / 32	50,3 (49,7)	60,0 (40,0)	145 / 10	58,7 (41,3)	66,0 (34,0)	358 / 47
SCOR TOTAL Proceduri medicale / prevenție** (interval 1-3)	1,37	1,45		1,37	1,28		1,29	1,43		1,34	1,33	

\* Notă: procentele reprezintă suma răspunsurile „efectuată de obicei de mine” și „efectuată de obicei de personalul cabinetului”; procentele dintre paranteze se referă la răspunsurile „efectuată de obicei în altă parte (de ex. de medicul specialist)”.

\*\* Pentru calcularea scorului, răspunsurile au fost ponderate astfel: efectuată de obicei de medicul specialist = 1; efectuată de obicei de personalul cabinetului = 2; efectuată de obicei de mine = 3.

**Tabelul 42. Implicarea MF/MG în furnizarea de proceduri medicale, în funcție de tipul de urbanizare**

Procedură asigurată de obicei de MF/MG sau de personalul cabinetului	Urban (N=274)			Rural (N=128)			Total (N=402)		
	% MF*	% MG*	N valid	% MF*	% MG*	N valid	% MF*	% MG*	N valid
Tratament chirurgical al unghiei încarnate	8,7 (91,3)	9,1 (90,9)	241 / 33	15,8 (84,2)	7,1 (92,9)	114 / 14	11,0 (89,0)	8,5 (91,5)	355 / 47
Îndepărtare chist sebaceu de la nivelul scalpului	7,9 (92,1)	12,1 (87,9)	241 / 33	6,1 (93,9)	7,1 (92,9)	114 / 14	7,3 (92,7)	10,6 (89,4)	355 / 47
Sutura plăgilor	18,3 (81,7)	24,2 (75,8)	241 / 33	28,1 (71,9)	42,9 (75,1)	114 / 14	21,4 (78,6)	29,8 (70,2)	355 / 47
Excizie de negi	4,1 (95,9)	- (100)	241 / 33	2,6 (97,4)	- (100)	114 / 14	3,7 (96,3)	- (100)	355 / 47
Inserare DIU	2,9 (97,1)	- (100)	241 / 33	5,3 (94,7)	7,1 (92,9)	114 / 14	3,7 (96,3)	2,1 (97,9)	355 / 47
Îndepărtare corp străin din cornee	10,0 (90,0)	3,0 (97,0)	241 / 33	16,7 (83,3)	14,3 (85,7)	114 / 14	12,1 (87,9)	6,4 (93,6)	355 / 47
Examen de fund de ochi	7,1 (92,9)	3,0 (97,0)	241 / 33	7,9 (92,1)	14,3 (85,7)	114 / 14	7,3 (92,7)	6,4 (93,6)	355 / 47
Injectie în articulație	16,2 (83,8)	9,1 (90,9)	241 / 33	20,2 (79,8)	14,3 (85,7)	114 / 14	17,5 (82,5)	10,6 (89,4)	355 / 47
Puncție maxilară (sinusală)	5,8 (94,2)	- (100)	241 / 33	3,5 (96,5)	7,1 (92,9)	114 / 14	5,1 (94,9)	2,1 (97,9)	355 / 47
Miringotomie a timpanului (paracenteză auriculară)	2,5 (97,5)	- (100)	241 / 33	2,6 (97,4)	- (100)	114 / 14	2,5 (97,5)	- (100)	355 / 47
Aplicarea de bandaj gipsat	6,6 (93,4)	9,1 (90,9)	241 / 33	7,9 (92,1)	21,4 (78,6)	114 / 14	7,0 (93,0)	12,8 (87,2)	355 / 47
Imobilizarea gleznei	28,2 (71,8)	33,3 (66,7)	241 / 33	35,1 (64,9)	64,3 (35,7)	114 / 14	30,4 (69,6)	42,6 (57,4)	355 / 47
Crioterapie (negi)	4,1 (95,9)	- (100)	241 / 33	8,8 (91,2)	7,1 (92,9)	114 / 14	5,6 (94,4)	2,1 (97,9)	355 / 47
Fixarea unei perfuzii intravenoase	59,3 (40,7)	60,6 (39,4)	241 / 33	73,7 (26,3)	92,9 (7,1)	114 / 14	63,9 (36,1)	70,2 (29,8)	355 / 47
Imunizare pentru gripă sau tetanos	85,9 (14,1)	90,9 (9,1)	241 / 33	93,0 (7,0)	92,9 (7,1)	114 / 14	88,2 (11,8)	91,5 (8,5)	355 / 47
Vaccinări pentru alergii	59,8 (40,2)	69,7 (30,3)	241 / 33	55,3 (44,7)	57,1 (42,9)	114 / 14	58,3 (41,7)	66,0 (34,0)	355 / 47
SCOR TOTAL Proceduri medicale / prevenție** (interval 1-3)	1,31	1,30		1,38	1,41		1,33	1,33	

\* Pentru calcularea scorului, răspunsurile au fost ponderate astfel: efectuată de obicei de medicul specialist = 1; efectuată de obicei de personalul cabinetului = 2; efectuată de obicei de mine = 3.

\*\* Scorul nu a fost calculat din cauza numărului mic de înregistrări.

## ANEXA 2. Glosar cu termeni de asistență primară

**Accesibilitate:** capacitatea pacientului de a beneficia de asistență medicală unde și când are nevoie, date fiind posibilele bariere fizice, financiare sau psihologice (11).

**Arie de cuprindere:** măsură în care serviciile furnizate cuprind îngrijiri de tratament, recuperare și sprijin, precum și promovarea sănătății și prevenirea bolilor (17, 20).

**Confidențialitate:** dreptul de a stabili cine are acces la informațiile referitoare la propria sănătate (1).

**Continuitate:** capacitatea serviciilor relevante de a oferi intervenții care sunt fie coerente pe termen scurt – atât în cadrul echipelor cât și de la o echipă la alta (continuitate transversală) – fie constituie o serie neîntrerupte de contacte, pe termen lung (continuitate longitudinală) (11).

**Coordonare:** serviciu caracteristic ce rezultă în planuri coerente de tratament pentru pacienții individuali. Fiecare plan trebuie să aibă obiective clare și intervențiile necesare și eficiente, nici mai mult, nici mai puțin. Coordonarea transversală se referă la coordonarea informațiilor și serviciilor în cadrul unui episod de îngrijiri. Coordonarea longitudinală se referă la conexiunile dintre membrii personalului și agenții pe parcursul unei perioade mai lungi de tratament (11).

**Finanțare:** funcția ce se referă la mobilizarea, acumularea și alocarea de bani pentru a acoperi nevoile de sănătate ale oamenilor, individual și colectiv, în cadrul unui sistem sanitar (9).

**Echipe de medicină de familie:** echipa centrală, constând de obicei din medicul generalist și un asistent medical, dar care poate fi formată dintr-o echipă multidisciplinară de până la 30 de specialiști, inclusiv asistente medicale comunitare, moașe, îngrijitori medicali, dentiști, fizioterapeuți, asistenți sociali, nutriționiști, farmaciști, personal administrativ, manageri etc. (21). În 2003, OMS a propus ca echipa de asistență primară să fie un grup de „specialiști care au contribuții complementare în asistența pacientului (...) o parte dintr-un curent social mai vast, lipsit de deferență și ierarhie și orientat către respectul reciproc și responsabilitate comună și cooperare” (22). Prin definiție, echipele de medicină a familiei sunt centrate pe pacient și, prin urmare, componența și modelul de organizare trebuie să se schimbe în timp; este un construct flexibil.

**Medicina generală:** medicina generală este un termen utilizat adesea făcându-se referire la medicul generalist, precum și alte categorii de personal, fiind astfel sinonim cu asistența primară și cu MF. Inițial, avea rolul de a descrie conceptul și modelul construit în jurul celui mai semnificativ actor din asistența primară, medicul generalist sau de asistență primară, în timp ce MF cuprindea, inițial, mai degrabă noțiunea de abordare în echipă. Ori de câte este relevantă noțiunea de practician solo (MG) versus abordarea în echipă (MF), trebuie făcută această distincție. În conformitate cu Atun, specificitatea medicului generalist este că acesta „e singurul clinician care operează la cele nouă niveluri ale asistenței: prevenție, detecția presimptomatică a bolii, diagnostic timpuriu, diagnosticul bolii instalate, managementul bolii, managementul complicațiilor acesteia, recuperare, îngrijiri paliative și consiliere” (23).

**Asistența medicală primară:** acest termen trebuie utilizat când se face referire la conceptul mai larg elaborat în cadrul Declarației de la Alma Ata (1978), cu principiile sale de echitate, participare, acțiune intersectorială și tehnologie adecvată, având locul central în sistemul sanitar (24).

Asistență primară: este mai mult decât nivelul de asistență sau de intrare în sistem, este un proces-cheie în sistemul sanitar. Este primul contact, de asistență accesibilă, continuă, cuprinzătoare și coordonată: asistența de prim-contact este accesibilă în momentul în care există nevoia; asistența continuă se concentrează pe sănătatea pe termen lung a unei persoane; asistența cuprinzătoare este o gamă de servicii adecvată problemelor comune din populația respectivă, iar coordonarea este rolul prin care asistența primară coordonează alți specialiști de care poate avea nevoie pacientul (23). Asistența primară este un subset al asistenței primare.

**Performanță:** (sau scop compozit de performanță) este definită ca un concept relativ: măsura în care sistemul sanitar implică relaționarea dintre atingerea obiectivelor cu ceea ce se poate obține în contextul dat al țării (1).

**Generarea de resurse:** furnizarea de intrări esențiale în sistemul sanitar, inclusiv capital umane, capital fizic și consumabile (1).

**Capacitate de reacție:** măsură a modului în care sistemul acționează cu privire la aspectele care nu țin de sănătate, îndeplinirea sau neîndeplinirea așteptărilor populației cu privire la cum trebuie tratate persoanele de către furnizorii de prevenție, îngrijiri sau servicii non-personale (nu este o măsură a felului în care sistemul reacționează la nevoile de sănătate, ceea ce se reflectă în rezultatele de sănătate). Sporirea capacității de reacție la expectațiile populației include: respect pentru oameni (inclusiv demnitate, confidențialitate [a informației] și autonomia indivizilor și familiilor de a decide cu privire la sănătatea proprie), precum și orientarea pe client (inclusiv atenție promptă, acces la rețele de sprijin social în timpul îngrijirilor, asigurarea calității facilităților elementare și posibilitatea alegerii furnizorului)(1).

**Conducere:** funcție a unui guvern de răspundere față de bunăstarea populației, și preocupată de încrederea și legitimitatea acordate activităților sale de către populație. Include supervizarea și îndrumarea funcționării și dezvoltării acțiunilor de sănătate ale unui popor, în numele guvernului. Componentele conducerii sunt: formularea de politici sanitare (definirea viziunii și direcției pentru sistemul sanitar), reglementarea (stabilirea de reguli corecte ale jocului, cu un teren de joc echilibrat), și informare (evaluarea performanței și diseminarea informațiilor)(1,8).

## Bibliografie

1. The World Health Report 2000: Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000 ([http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf), accessed 8 September 2008).
2. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R8 on Strengthening European health systems as a continuation of the WHO Regional Office for Europe's Country Strategy "Matching services to new needs". Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/88093/RC55\\_eres08.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/88093/RC55_eres08.pdf), accessed 16 December 2008).
3. Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Background document to the WHO European Ministerial Conference on Health Systems "Health Systems, Health and Wealth". Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008
4. Murray C, Frenk J. World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy. *Lancet*, 2001, 357:1698–1700.
5. Atun RA et al. Introducing a complex health innovation – Primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation). *Health Policy*, 2006, 79:79–91 ([http://www.praxis.ee/data/atun\\_et\\_al\\_phc\\_2006.pdf](http://www.praxis.ee/data/atun_et_al_phc_2006.pdf), accessed 10 December 2008).
6. Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project. Conceptual framework paper. Paris, Organization for Economic Cooperation and Development, 2006 (OECD Health Working papers no. 23) (<http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>, accessed 8 September 2008).
7. Sibthorpe B. A proposed Conceptual Framework for Performance Assessment in Primary Health Care. A Tool for Policy and Practice. Canberra, Australian Primary Health Care Research Institute, 2004 ([http://www.anu.edu.au/aphcri/Publications/conceptual\\_framework.pdf](http://www.anu.edu.au/aphcri/Publications/conceptual_framework.pdf), accessed 10 December 2008).
8. Watson DE et al. A results-based logic model for primary health care: laying an evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation. Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, 2004.
9. Health Systems Performance: Glossary [web site]. Geneva, World Health Organization, 2001 (<http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm>, accessed 8 September 2008).
10. Starfield B. Primary Care. Balancing health needs, services and technology. New York, Oxford University Press, 1998.
11. Health Evidence Network. What are the arguments for community-based mental health care? Annex 2. Key principles for balanced community-based mental health services [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/mentalhealth/20030903\\_1](http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/mentalhealth/20030903_1), accessed 12 December 2008).
12. Starfield B et al. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility. *Medical Care*, 1976, 14:625–636.



13. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of family medicine*, 2003, 1:134-143 (<http://www.annfammed.org/cgi/content/full/1/3/134>, accessed 10 December 2008).
14. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of health care. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2002 ([http://www.chsrf.ca/funding\\_opportunities/commissioned\\_research/projects/pdf/defusing\\_e.pdf](http://www.chsrf.ca/funding_opportunities/commissioned_research/projects/pdf/defusing_e.pdf), accessed 10 December 2008).
15. Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, eds. *Primary Care in the Drivers Seat? Organizational reform in European Primary Care*. Maidenhead, Open University Press, 2006 ([http://www.euro.who.int/Document/E87932\\_chapt1.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E87932_chapt1.pdf), accessed 8 September 2008).
16. Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. *Journal of the American Medical Association*, 1991, 266:2268–2271.
17. Boerma WGW. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht, NIVEL, 2003 (<http://www.nivel.nl/pdf/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf>, accessed 5 September 2008).
18. Kringos DS et al. Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey; a survey-based pilot project in two provinces of Turkey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
19. Kringos DS et al. Evaluation of the organizational model of primary care in the Russian Federation; a survey-based pilot project in two districts in the Moscow Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.
20. Boerma WGW, Fleming DM. The role of general practice in primary health care. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.
21. Meads G. *Primary care in the twenty-first century – an international perspective*. Oxford, Radcliffe Publishing, 2006.
22. A review of primary health care in Europe. Draft version. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.
23. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>, accessed 9 February 2007).
24. *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, September 6-12 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978.
25. Boerma WGW et al. *Primary care quality management in Slovenia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
26. Boerma WGW et al. *Primary care quality management in Uzbekistan*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
27. Vlădescu et al. *Health Care Systems in Transition: Romania*. Geneva, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

28. Romania in: The World Factbook. Langley, VA, Central Intelligence Agency, 2011 (<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ro.html>, accessed July 2011).
29. Bădulescu A. From strong economic growth to real crisis in Romania – How bad is the real picture? *Annals of Faculty of Economics*, 2009, 2(1):236–241.
30. Roemanië. Wikipedia (<http://commons.wikimedia.org/wiki/file:locationromania.png>, accessed 17 August 2011).
31. Map of Romania. (<http://www.aboutromania.com/maps102>, accessed 17 August 2011).
32. Eurobarometer Survey, no. 61. Brussels, European Commission, Spring, 2004 ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/eb/eb61](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb61), accessed 17 August 2011).
33. Eurobarometer Survey, no. 72. Brussels, European Commission, Autumn, 2009 ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/eb/eb72](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb72), accessed 17 August 2011).
34. European health for all database database. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2011 (<http://data.euro.who.int/hfadb>, accessed 17 August 2011).
35. Arghisan LT, Farcasanu D, Horga M. Reproductive health and health system reform in Romania. *Entre Nous*, 2009 (69):24–25.
36. Falzon D, Desendos JC. World TB day: European countries report over 400 000 tuberculosis cases in 2004. *EuroSurveillance*, 2006, 11(12): pii=2928.
37. Hamers FF, Down AM. HIV in Central and Eastern Europe. *The Lancet*, 2003, 361:1035–1044.
38. Saltman RB, Rico A, Boerma W, eds. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in the European primary care. Geneva, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policy, 2006.
39. Building institutions for public expenditure management: reforms, efficiency, and equity (World Bank Report no. 24756) Washington, World Bank, 2002, Chapter 5:92–112.
40. Scintee SG, Vlădescu C. Recent issues of the Romanian health financing system. *Journal Public Health*, 2006, 14:237–245.
41. Vlădescu C, Radulescu S. Improving primary health care. Output-based contracting in Romania. In: Brook P, Smith S, eds. *Contracting for Public Services: Output-based Aid and Its Applications*. Washington, World Bank International Bank for Reconstruction and Development, 2001.



## Rezumat

Deși consolidarea serviciilor de asistență primară este o prioritate pentru reformele sanitare din numeroase țări din Europa centrală, de est și de vest, situațiile existente și motivele pentru reforme nu sunt similare. În Europa de vest, accentul pus pe asistența primară este așteptat ca un răspuns la întrebările referitoare la costurile în creștere și la cererea care se modifică, ce rezultă din tendințele demografice și epidemiologice. Țările Europei centrale și de est, precum și fostele republici sovietice socialiste, se străduiesc să îmbunătățească fundamental performanța la nivelul întregului sistem sanitar. La ora actuală, asistența primară se reorganizează în numeroase țări, pentru a aduce mai aproape de populație servicii de sănătate adecvate și cu capacitate de răspuns.

În numeroase țări aflate în tranziție, reformele sanitare fac parte din schimbările profunde și exhaustive ale funcțiilor și valorilor sociale esențiale. Reformele nu se bazează întotdeauna pe dovezi, iar progresul este condus adesea de conflictele politice sau de interesele unor grupuri particulare, și nu pe baza unor evaluări solide. Totuși, creatorii de politici și managerii solicită la ora actuală, din ce în ce mai mult, dovezi cu privire la progresul reformelor și al capacității de reacție a serviciilor.

Raportul de față evaluează dezvoltările înregistrate în domeniul asistenței primare din România, pe baza unei metodologii ce caracterizează un sistem sanitar bun ca fiind exhaustiv, accesibil, coordonat, integrat și cu asigurarea continuității. Metodologia recunoaște faptul că, în vederea îmbunătățirii sistemului sanitar general, trebuie luate în considerare, în egală măsură, toate funcțiile enumerate în Cadrul sistemelor sanitare OMS 2000: finanțarea, furnizarea serviciilor, resurse umane și alte resurse, cum ar fi facilități, echipamente și medicamente adecvate, precum și prezența tuturor cadrelor și reglementărilor legale necesare și a conducerii eficiente. Astfel, raportul oferă creatorilor de politici și decidenților interesați o perspectivă structurată a punctelor tari și a celor slabe ale organizării serviciilor de asistență primară ale țării, inclusiv părerile specialiștilor și ale pacienților vizati.

# EVALUAREA STRUCTURII ȘI FURNIZĂRII ASISTENȚEI PRIMARE ÎN ROMÂNIA

Un proiect pe bază de sondaj în rândul medicilor de familie și al pacienților

UN House

B-dul Primaverii nr. 48 A, sector 1, București

whorom@euro.who.int

<http://www.euro.who.int>



EUROPE