

AHEAD



ACTION FOR HEALTH AND EQUITY
ADDRESSING MEDICAL DESERTS

DIALOG NAȚIONAL DE POLITICI DE SĂNĂTATE ROMÂNIA



POSIBILE SOLUȚII
PENTRU COMBATEREA
DEȘERTURILOR MEDICALE

APRILIE 2023



Cuprins

Introducere	1
Metodologie	1
Ce sunt deșerturile medicale?	2
Situația actuală privind fenomenul deșertificării medicale în România	3
Intervenții strategice pentru combaterea procesului de deșertificare medicală	4
Concluzii asupra stadiului deșertificării și posibilelor măsuri strategice	7



Co-finanțat
prin Programul de Sănătate
al Uniunii Europene

Conținutul acestui document reprezintă doar punctul de vedere al autorilor și este responsabilitatea exclusivă a acestora; nu poate fi considerat că reflectă punctele de vedere ale Comisiei Europene și/sau ale Agenției Executive Europene pentru Sănătate și Digitalizare (HaDEA) sau ale oricărui alt organism al Uniunii Europene. Comisia Europeană și Agenția nu își asumă nicio responsabilitate pentru utilizarea informațiilor pe care acesta le conține.

Introducere

Proiectul AHEAD abordează problema deșerturilor medicale și a deșertificării medicale în Europa, cu scopul de a contribui la reducerea inegalităților din sistemul de sănătate. Proiectul se desfășoară într-un consorțiu reprezentat de cinci țări - Italia, Republica Moldova, România, Țările de Jos și Serbia, cu scopul de a informa și sprijini decidenții din sănătate, asociațiile de pacienți, organizațiile profesionale, comunitățile afectate și oricare alte părți interesate de acest domeniu. Informații suplimentare despre [echipa proiectului](#), [misiunea și obiectivele AHEAD](#), precum și [despre activitățile](#) desfășurate pe durata proiectului se regăsesc accesând linkurile de mai sus.

Impactul pe care ni-l dorim este un acces echitabil la serviciile de sănătate pentru toți și un număr suficient de profesioniști în sistemul de sănătate, bine pregătiți și motivați.

Metodologie

Literatura de specialitate demonstrează că, aplicarea cu succes a politicilor privind forța de muncă din sănătate, implică obținerea consensului între diferitele părți interesate. Consorțiul AHEAD a elaborat, testat și validat o metodologie de construire a consensului privind combaterea deșertificării medicale. În fiecare țară au avut loc o serie de întâlniri, atât la nivel local, cât și național, cu reprezentanți ai părților interesate. Astfel, proiectul AHEAD a obținut rezultate precum:

- Diferitele (grupuri de) persoane afectate de fenomenul de deșertificare medicală au un cuvânt de spus în alegerile care le afectează viața și sănătatea.
- Diferitele părți interesate discută și dobândesc o mai bună înțelegere a opiniilor și intereselor celorlalți.
- Părțile interesate dobândesc o mai bună înțelegere a politicilor actuale și a factorilor care contribuie la deșertificarea medicală.
- Toate părțile interesate sunt implicate în procesul de identificare a măsurilor strategice, ceea ce poate contribui la o mai bună punere în aplicare a acestor măsuri (a schimbări).

Prin dezvoltarea și validarea acestei metodologii de construire a consensului, ne-am dorit să atingem un dublu obiectiv:

- Identificarea de soluții practice, fezabile și adaptate contextului local, care pot sprijini decidenții să ia măsuri în domeniul accesului echitabil la servicii de sănătate;
- Metodologia de construire a consensului, aplicată și validată în țările din consorțiul AHEAD, și prezentată într-un ghid practic, va putea fi utilizată și de către alte organizații, pe alte teme prioritare de sănătate.

Metodologia a fost adaptată la contextul specific din fiecare țară participantă, pentru a fi adecvată organizării sistemului de sănătate, situației socio-economice și culturale.

Mai multe detalii despre această metodologie pot fi găsite prin intermediul acestui [link](#).

Ce sunt deșerturile medicale?

Inițial, prin analiza extinsă a literaturii de specialitate s-a definit conceptul de "deșertificare medicală". Ulterior conceptul de deșertificare medicală a fost detaliat, pentru a cuprinde perspectiva sa multidimensională. Definiția funcțională a "deșertului și deșertificării medicale" a fost utilizată în dezvoltarea instrumentelor de cercetare adecvate, iar rezultatele studiilor calitative și cantitative, ca și întâlnirile de la nivel local și național, au validat conceptul de "deșertificare medicală".

Următoarea definiție este utilizată pentru a descrie conceptul de deșertificare medicală.

Un deșert medical este punctul final al unui proces complex numit "deșertificare medicală", prin care o anumită populație este în incapacitatea continuă și crescândă de a accesa servicii de sănătate în timp util și adecvat nevoilor specifice.

O explicație detaliată a definiției se regăsește pe [site-ul web al AHEAD](#).

Situația actuală privind fenomenul deșertificării medicale în România

Acțiunile proiectului AHEAD în România au ca scop (1) analiza deșertificării medicale și (2) identificarea de măsuri și soluții strategice care pot susține politicile publice menite a reduce inegalitățile din sănătate. Pentru atingerea scopului propus, ne-am asigurat că:

- (1) Accesul la serviciile de sănătate este definit în mod obiectiv, utilizând standardele naționale, surse de date valide și metodologia de cercetare a proiectului;
- (2) Consensul asupra soluțiilor locale și naționale pentru a crește accesul la serviciile de sănătate și a contracara deșertificarea medicală ia în considerare atât oferta, cât și cererea.

Pentru a studia deșertificarea medicală în România, am urmărit metodologia de cercetare a proiectului, care cuprinde o analiză extensivă a literaturii de specialitate, propriile noastre studii cantitative și calitative și construirea unui indice de deșertificare - un ansamblu de abordări normative, relative/statistice și consensuale privind furnizarea de servicii medicale. Modelul de construire a consensului din cadrul proiectului a fost adaptat la contextul local și utilizat în jurul măsurilor și soluțiilor strategice identificate. Rezultatele cercetării și măsurile identificate au fost discutate și diseminate în cadrul diferitelor dialoguri publice atât la nivel local, cât și la nivel național.

Cercetarea realizată în România a examinat în ce măsură și în ce mod problematica deșertificării medicale este prezentă pe agenda publică, cum este ea definită de respondenți și ce criterii sunt folosite. Mai exact, după ce am analizat în ce măsură deșertificarea este considerată o problemă, am pus întrebarea ce presupune un acces decent la servicii de sănătate. În plus, am întrebat în ce măsură lipsa accesului la asistență medicală primară, la farmacii sau la asistență spitalicească este considerată un semn al deșertificării medicale și definită ca o situație problematică în furnizarea de servicii de sănătate..

Principalele concluzii ale cercetării sunt următoarele:

- Termenul „deșertificare medicală” este destul de necunoscut în România, sugerând o conștientizare și preocupări scăzute asupra acestei probleme.
- Evaluările sistemului sanitar românesc și a problemelor acestuia sunt mai degrabă generale. Deșertificarea medicală este văzută ca o consecință a politicilor publice bazate pe raționamente economice - un sistem de sănătate subfinanțat, cu cheltuieli restrictive în sistemul public de sănătate și cu accent pe serviciile spitalicești. Întrucât uneori nevoile pacienților rămân nesatisfăcute, actualul sistem public de sănătate încurajează dezvoltarea celui privat, disponibil doar celor care își permit aceste servicii.
- Deșertificarea medicală este văzută ca fiind strâns legată de planificarea, furnizarea și distribuția forței de muncă în domeniul sănătății, precum și de mobilitatea și migrația

acesteia. Având în vedere că, de exemplu, mulți medici de familie (medici generalişti) urmează să se pensioneze în curând și nu au înlocuitori, este de așteptat ca deșertificarea medicală să se agraveze în anii următori.

- Viziunea asupra accesului la servicii de sănătate este centrată pe boală și nu pe servicii de prevenție.
- La nivel național, unele zone sunt evaluate (fără dificultate) ca fiind deșerturi medicale, cum ar fi Delta Dunării și regiunile din Munții Apuseni, unde comunitățile sunt izolate, împrăștiate și greu accesibile.

Ilustrarea fenomenului și rezultatele cercetării întreprinse în România, se găsesc în [raportul de cercetare](#) și ilustrarea harților deșerturilor medicale la nivel de localitate: [MDDT | AHEAD](#).

Intervenții strategice pentru combaterea procesului de deșertificare medicală

Măsuri privind educația medicală

- Actualizarea continuă a programelor curriculare la nivel universitar, postuniversitar (rezidențiat) și de educație medicală continuă. O pondere mai crescută a activităților practice, adaptate noilor tehnologii medicale și digitale – de exemplu, prin procedurarea mai clară a activității practice (trasabilitatea activităților practice, individuale).
- Un sistem de educație medicală continuă care să echilibreze oferta cu cererea și nevoia, de exemplu să considere și pe o evaluare periodică a nevoilor individuale de dezvoltare pentru fiecare categorie de profesioniști (medici, asistenți, etc), și pe prioritățile de sănătate publică.
- Nevoia unor modificări curriculare adaptate practicii din mediul rural pentru rezidenții în medicină de familie (mai multe cursuri, seminare, expunere timpurie la practică din mediul rural).
- Extinderea activităților practice, inclusiv practica în comunitate, și implementarea unui sistem de recunoaștere pentru îndrumătorii de practică. Organizarea de stagii de practică în cabinetele din mediu rural acreditate în acest sens (și stimulate corespunzător) pentru medicii rezidenți în medicină de familie și, respectiv, pentru studenții la medicină (pentru înțelegerea particularităților, dezvoltarea empatiei față de pacientul din comunitate, creșterea atractivității acestei activități). Modelul poate fi adaptat și pentru asistenții medicali.
- Strategii de mentorat și consiliere pentru orientarea profesională pe perioada educației medicale, însoțite de buna informare în timpul studiilor a tuturor categoriilor profesionale din sănătate, pentru crearea așteptărilor corecte privind cariera. Evaluarea periodică a intențiilor de carieră ale studenților.

- Promovarea rezidențiatului în medicină de familie pentru studenții, inclusiv din mediul rural, prin acordarea de burse, alte facilități și stimulente.
- Școlarizarea unor asistenți medicali din comunitățile la risc de deșertificare, cu obiectivul de a-i determina să profeseze ulterior în aceste unități administrativ teritoriale vizate de deșertificare. Modelul poate fi gândit și pentru moașe (recuperarea acestei profesii pentru medicina din comunitate).

Măsuri care sprijină reglementarea și practica în asistența medicală primară

- Revizuirea reglementărilor privind practica medicilor de familie; simplificarea măsurilor care sunt percepute acum ca birocratice, sau restrictive în ceea ce privește funcționarea cabinetelor medicilor de familie.
- Reglementări care să încurajeze asocierea medicilor de familie /practică de grup (inclusiv practica multi-generațională).
- Cooperarea între comisiile de specialitate și Colegiul Medicilor România sau alte foruri competente pentru a regândi atribuțiile medicului de familie (nevoia de creștere a rolului său). Crearea de comisii de experți care să ofere decidenților propuneri concrete de schimbări legislative (de exemplu procedurile, studiile complementare, prescripțiile care pot fi făcute de către medicul de familie, luând ca exemplu practica din alte state Europene.
- Stimularea și susținerea conectării medicilor de familie, a catedrelor de medicina familiei din universități la rețele europene și internaționale (dezvoltarea și valorizarea profesiei, cercetare, ghiduri de practică).
- Recunoașterea importanței medicului de familie în comunitate prin stabilirea unui program național de premiere, care să diferențieze medicii de familie sau asistenții medicali din cabinetele medicilor de familie care oferă îngrijiri exemplare pacienților, pe baza unui sistem unitar și transparent.
- Continuarea elaborării și actualizării ghidurilor de practică, protocoalelor și procedurilor de lucru pentru medicii de familie, urmând evoluția noilor tehnologii medicale și digitale, a ghidurilor și standardelor internaționale și europene (adaptate la contextul românesc). De exemplu, susținerea colaborării cu European General Practice Research Network (rețeaua medicală europeană de cercetare din cadrul WONCA), pentru a oferi un cadru adecvat de discuții și de dezvoltare a cercetării în asistența medicală primară.
- Dezvoltarea unui program de telemedicină pentru asistența medicală primară (inclusiv standarde, și ghiduri de practică, împreună cu dezvoltarea cunoștințelor și abilităților digitale dar și a infrastructurii necesare furnizării serviciilor la distanță în condiții de calitate și siguranță. Revizuirea prevederilor privind malpraxix-ul. Includerea educației pentru sănătate ca o practică comună în serviciile medicale furnizate la distanță în asistența medicală primară.

Măsuri care sprijină colaborarea în asistența medicală primară:

- Valorizarea profesiei de medicină de familie, odată cu schimbarea paradigmei de „asistență medicală primară” (asimilată în prezent cabinetului medicului de familie) către echipa care oferă asistență medicală primară (care să includă medicul de familie, asistentul de cabinet a medicului de familie, moașa și asistentul medical comunitar).
- Identificarea de atribuții clare din aria asistenței medicale primare care pot fi atribuite altor membrii ai echipei, inclusiv către asistentul medical comunitar angajat de primărie.
- Integrarea /procedurizarea colaborării medicului de familie cu asistenților medicali comunitari din structura primăriilor și dezvoltarea rețelei de asistență medicală comunitară în mediul rural, cu prioritate în municipalitățile rurale la risc de deșertificare.
- Încurajarea practicii asistentului medical și moașei ca furnizori independenți de servicii, odată cu regândirea rolurilor și sarcinilor în echipa de asistență medicală primară.
- Colaborare multidisciplinară strânsă în prima linie a asistenței medicale primare și un cadru legal adecvat, cât și existența unor spații fizice care facilitează interacțiunea, crearea sensului unui scop comun în cadrul echipei, comunicarea eficace și existența unor modele de organizare care reflectă obiectivele și activitățile echipei.
- Regândirea organizării și finanțării în asistența medicală primară a acțiunilor prioritare de sănătate publică, prevenție și educație pentru sănătate: (1) rol medic/asistent/moașă/asistent medical comunitar; (2) finanțarea diferențiată pe performanță; (3) posibilitatea definirii teritoriale în comunitățile rurale; rolul medicilor absolvenți ai facultăților de medicină care nu intră în rezidențiat pentru minim un an (atribuții, legătura cu medicul de familie și alți profesioniști; venituri și surse de finanțare).

Măsuri care cresc accesul la servicii de sănătate, prin implicarea autorităților locale:

- Îmbunătățirea accesibilității medicinei de familie în zonele rurale, defavorizate sau greu accesibile, prin stimularea implicării autorităților locale în zonele slab deservite, acordarea de stimulente și dezvoltarea infrastructurii de către unitățile administrativ teritoriale, mai ales folosind oportunitățile de finanțare existente (fonduri europene), într-un mod care asigură durabilitatea intervențiilor.
- Motivarea medicilor de a practica în mediul rural, prin acordarea de facilități necesare instalării acestora în zone din mediul rural și dotării cabinetelor cu aparatura necesară desfășurării în condiții optime a activității de cabinet; oferirea de cazare și echipamente medicale, inclusiv prin Programul Național de Redresare și Reziliență.
- Cultivarea relației dintre medicul de familie și unitatea administrativ teritorială (comună/oraș/municipiu) și implicarea mai clară a unității administrativ teritoriale;
- Intervenții și măsuri practice pentru creșterea conștientizării reprezentanților unității administrativ teritoriale asupra importanței sănătății, prevenției, educației pentru sănătate, rolului și contribuției pe care autoritățile locale le au pentru asigurarea sănătății membrilor comunității și a accesului la servicii de sănătate. Utilizarea exemplelor de bune practici din comunități unde autoritatea locală se implică.

- Utilizarea pe scară mai largă a medicinei mobile, pentru oferirea de servicii medicale în mediul rural.
- Înființarea de centre comunitare integrate prin reabilitarea și adaptarea unor clădiri în localități rurale.
- Analiza posibilității angajării absolvenților facultăților de medicină care nu intră în rezidențiat în centrele comunitare integrate din mediul rural, cu finanțare de la bugetul de stat (testare prin proiecte cu finanțare europeană).

Concluzii asupra stadiului deșertificării și posibilelor măsuri strategice

Discuția despre fenomenul „deșertificării medicale” demarată la nivel național este un pas important pentru o evaluare centrată pe accesul echitabil la servicii de sănătate și pentru identificarea soluțiilor care să ducă la încetinirea fenomenului și găsirea unor alternative viabile, în care sunt implicați cei mai potriviți actori instituționali. Însă cercetarea ar trebui făcută periodic, iar soluțiile prioritare transformate în măsuri care sunt aplicate concret, pentru a putea înregistra progrese în combaterea fenomenului.

Combaterea eficientă a fenomenului „deșertificării medicale” implică, în România, aspecte legate de:

- Resursele umane din sănătate: pregătirea, reglementarea activității, re-definirea rolurilor și colaborarea profesioniștilor care acționează la nivelul comunităților afectate;
- Implicarea proactivă a autorităților locale în dezvoltarea și susținerea serviciilor de sănătate la nivel local; promovarea modelelor de bună practică;
- Schimbarea paradigmei promovată de sistemul de sănătate și a modelului cultural, de la centrarea pe boală, la centrarea pe menținerea sănătății sau menținerea unei bune calități a vieții.

OPINIILE PARTENERILOR DE DIALOG DIN ROMÂNIA:

Importanța analizei deșertificării medicale și utilitatea instrumentelor de cercetare

”Felicitări pentru tema voastră de cercetare. Este un subiect foarte interesant. El va deveni un subiect din ce în ce mai actual și mai interesant, nu numai pentru România, dar pentru toata lumea. Cred că metodologia este una de cursa lungă și că trebuie reaplicată, după câțiva ani, din 3 în 3 ani, de exemplu.” (Profesor universitar, Universitatea de medicină și farmacie Carol Davila)

”Discuțiile acestea deschid cumva în fiecare un gând. Nu știu dacă și duc la soluționarea problemei, dar cred că sensibilizarea asupra acestei probleme este foarte importantă, și în ceea ce privește Colegiul Medicilor și în ceea ce privește Casa de Asigurări de Sănătate, pentru toți actorii, de la toate nivelurile. E departe de tine problema, așa, când spui zone defavorizate. Când auzi însă cuvântul deșertificare, parcă atunci se pârjolește ceva. E un cuvânt care

semnifică urgență. Cred că e foarte bine ales.” (Asistent universitar, Facultate de medicină/ Universitatea Transilvania, medic de familie în urban)

Utilitatea metodologiei de construire participativă a consensului

”Din punctul nostru de vedere ne consideram norocoși că am făcut parte din acest proiect, a fost foarte benefic. Atât primele discuții, cât și discuțiile de la nivel național, pentru noi au însemnat foarte mult, ne-au ambiționat și sperăm să implementăm cât mai mult....Acest proiect ne-a aprins o luminiță, ne-a deschis ochii să vedem cum putem să facem, cum putem ajuta noi ca primari, cu ce ne pot ajuta cei de la Direcția de Sănătate Publică, ce ar trebui să însemne serviciile medicale și cum să facem lucrurile să fie bine pentru comunitatea din Păulești.” (Primar, municipalitate rurală județul Vrancea; deșert medical)

”S-au realizat acele sesiuni de construire a consensului în județul Vrancea cu localnici și autorități locale, ceea ce mi s-a părut o idee foarte bună, dar cred că poate ar trebui să diversificăm aceste sesiuni, (n.b să mergem și în alte zone) deoarece problemele sau cauzele deșertificării variază de la regiune la alta și de la localitate la alta.” (Colegiului Medicilor Romania, medic de familie)

Angajamentul de a iniția /susține măsurile de combatere a deșertificării medicale

”Am început să căutam soluții exact cum am discutat la eveniment să încercăm să implementăm ce putem face noi și ce ni s-a propus. Vrem să aducem cel puțin un asistent medical comunitar în localitate. Am început să facem toate demersurile necesare, am început discuțiile cu Asociația Comunelor din Romania, așa cum am discutat și la sesiunile de construire a consensului de la nivel local și astfel să găsim soluții pentru a îmbunătăți accesul la serviciile de sănătate din zona...Deja am pus în discuție subiectul, am discutat și la DSP (Direcția de Sănătate Publică) Vrancea, am primit și răspunsuri la adrese. Deci, lucrurile chiar s-au mișcat după participarea și implicarea noastră în proiect. Este deja un pas înainte...Cu siguranță acest proiect a fost unul care m-a ambiționat, a fost un proiect în care am văzut că oamenii își pun mintea la contribuție și chiar vor să facă ceva. Este printre singurele proiecte la care am participat în care am văzut că oamenii chiar își doresc să aducă schimbare. (Primar, municipalitate rurală județul Vrancea; deșert medical - după participarea la întâlnirile de la nivel național)

”Rezultatele și dinamica rezultatelor trebuie luată în considerare pentru politicile de resurse umane. Acum, dacă vorbim strict de România, resursele umane din domeniul medical se produc foarte greu, sunt cel mai valoros element din sistemul de sănătate, pentru că știm cu toții că pentru a forma un medic, după cei 12 ani de educație de bază, îți mai trebuie încă 10-12 de facultate și specializare și abia după aceea acesta începe să trateze singur pacienți. Munca medicală este munca de echipă. Dacă îți lipsesc elemente din echipă, nu funcționează echipa. Iar sistemul de sănătate se confruntă cu tot mai multe provocări, vezi Covid-ul, vezi războiul din Ucraina, care au antrenat tot felul de amenințări de sănătate publică la care sistemul de sănătate trebuie să răspundă”. (Profesor universitar, Universitatea de medicină și farmacie Carol Davila)

”Consider ca este nevoie de organizarea mai multor focus group-uri (n.b locale și naționale), pentru a identifica mai multe soluții adaptate pentru viitor. Pentru că, încă o concluzie care a fost desprinsă în cadrul acestor sesiuni de construire a consensului a fost aceea ca nu putem să venim cu soluții care țin de trecut, care au funcționat în trecut. Așa cum am concluzionat la eveniment, soluțiile trebuie să fie adaptate, pe de o parte, așteptărilor din partea resursei umane pe care o avem în acest moment și, pe de altă parte nevoilor de la nivelul studenților, al elevilor și absolvenților de școli de asistenți medicali sau din programele de moașe. Adică, este nevoie să înțelegi nevoile acestora. Pentru că este dificil și poate ne-potrivit acum să îți propui să dezvolți un program care să ofere locuințe medicilor de familie care să meargă în mediul rural, în condițiile în care există suficiente mijloace de transport pentru a putea asigura un transfer către localitatea reședință de județ sau o localitate urbană învecinată, așa încât să împăcam această nevoie de securitate socială pe care o resimte un absolvent. De exemplu, pentru mine ar fi foarte important să înțeleg, și am început să fac asta discutând cu studenții mei, care este perspectiva lor sau care sunt barierele lor în a putea lucra în mediul rural sau în orașele cu un număr mai mic de locuitori. Toata lumea își dorește să fie profesor universitar, într-un oraș reședință de județ. Toata lumea își dorește să plece în occident pentru a avea o viață mai bună. Este clar, există o calibrare a perspectivelor acestor oameni, pentru care ar trebui să nu avem un reflex de corectare sau îndreptare. Ci pur și simplu un reflex de adaptare a soluțiilor propuse ca sistem, pentru a veni în întâmpinarea acestor perspective și pentru a putea să îi atragem într-un fel sau altul, să lucreze în zone defavorizate.... Problema deșertificării medicale este destul de serioasă și va amprenta politicile guvernamentale de aici înainte pentru foarte mult timp. Și este nevoie să nu ajungem în situația în care să prăbușim un întreg sistem pentru a putea după aceea să reconstruim ci să luăm măsuri preventive.”
(Colegiului Medicilor Romania, medic de familie)

Resurse privind cercetarea referitoare la deșertificarea medicală și metodologia de construire a consensului asupra soluțiilor identificate:

instrumentul de identificare a deșerturilor medicale ([Medical Deserts Diagnostic Tool | AHEAD](#)) și metodologia de consens asupra soluțiilor ([Consensus building | AHEAD](#))