

Demisia ministrului sănătății, subfinanțarea și asistența medicală primară

Sandra Alexiu,
Adrian Grom

Acum câteva zile, ministrul Sănătății, domnul Cseke Attila și-a dat demisia după câteva motivații pe care deja le cunoașteți.

Nu sunt surprinsă de motivele demisiei și sunt de acord cu cel puțin două din argumentele ministrului demisionar.

Apreciez sinceritatea ministrului când spune că nu sunt consultați specialiștii atunci când e vorba de luarea deciziilor. În calitate de reprezentant al medicilor de familie, alături de colegii mei, am afirmat deseori că atâta vreme cât practicienii nu vor fi consultați și câtă vreme nu există o strategie în sănătate, pe termen scurt, mediu și lung, făcută de oameni care au atât viziunea de ansamblu (teoreticieni) dar și atenția pentru detaliu (practicieni) care să lucreze în echipă, nu vom face pași înainte. De aceea spun că înțeleg perfect cum s-a simțit când a afirmat că nu au fost consultați specialiștii, mă bucur că acum, în sfârșit, însă mult prea târziu, ministrul demisionar va înțelege cum ne simțim noi de fiecare dată când suntem puși în fața unei legi publicate în Monitorul Oficial, emise de minister și CNAS fără consultarea organizațiilor noastre reprezentative.

Când vine vorba despre sistemul sanitar, mulți găsesc de cuviință să facă analize – unele pertinente, altele de-a dreptul ridicole – dar puțini vin să propună soluții concrete. Cele mai multe analize pleacă de la explorarea superficială a fenomenului sau denotă completă necunoaștere a problemei.

Sa o luam intii prin comparatie cu sisteme de sanatate performante si care functioneaza bine de zeci de ani...

Cei care se bat cu pumnii în piept că sprijină sănătatea iar fondurile alocate acesteia s-ar fi triplat în ultimul deceniu bat câmpii. Preocuparea obsesivă pentru tăierea cheltuielilor a dus la situații în care ne scumpim la tărăște. Apoi, bolnavi fiind, umblăm disperați după făină.

Suntem pe unul dintre ultimele locuri în UE la nivelul ponderii alocate din cheltuielile publice pentru sănătate din PIB, cu 11,38% din banii statului (doar Polonia, cu 10,90% și Ungaria, cu 10,44%, stau mai rău), cu observația că subdevoltarea sistemului privat de sănătate ne trimite în urma Poloniei și Ungariei.

0,2% din PIB reprezintă cheltuielile private din PIB la noi pentru sănătate, față de 1,8% în Polonia și 2,2% în Ungaria (adică de 9, respectiv de 11 ori mai mult). Iar asta în condițiile în care sumele necesare bolnavilor sunt egale dar PIB-urile diferă substanțial.

Datele pe primele 6 luni din 2011 arată și mai rău pentru România. Pe măsură ce se dezvoltă asistența privată de specialitate, statul se retrage, cu o pondere a cheltuielilor pentru sănătate în cele publice mai mică de 9%.

Ori, media țărilor cu economii dezvoltate, grupul OCDE, se situează undeva la circa 16% din bugetul public, la care se adaugă 2,5% din PIB cheltuieli private. Țările care se situează în jurul acestor valori de

referință merită enumerate pentru edificare: Franța, Danemarca, Olanda, Austria, Marea Britanie, Spania, Portugalia și Belgia.

Cu alte cuvinte, nu trebuie „să inventăm apa caldă”, e suficient să ne construim bugetele după modelul european verificat. A face economii pe baza stării de sănătate a populației și a speranței de viață este o crimă la propriu și nu la figurat. Mai mult, dacă am vrea să compensăm, fie și parțial, nivelul mai scăzut al PIB pe locuitor, ar trebui să ne uităm la state precum SUA, care alocă sectorului sanitar 19,80% din cheltuielile publice, Germania cu 18,35% sau Norvegia, cu 18,29%.

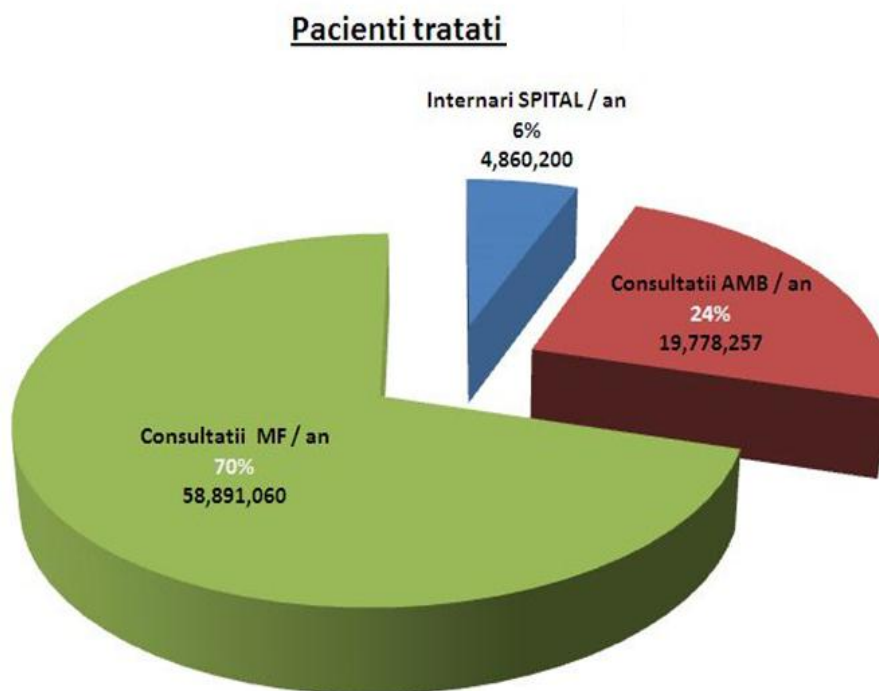
S-a încetățenit, bunăoară, ideea că imensul consum de medicamente se datorează prescripțiilor medicilor de familie, care favorizează anumite firme de medicamente și se plimba în locuri exotice pe banii firmelor. Pentru cei care afirmă acest lucru este probabil greu, dacă nu chiar imposibil, să consulte rapoartele casei naționale de asigurări de sănătate aflate pe pagina de web a instituției, preluând doar afirmațiile belicoase și vădit tendențioase ale vremelnicului conducător al instituției.

În realitate, cel mai mare consum de medicamente este acolo unde medicii de familie nu au acces, la prescripțiile prin programe naționale, unde se alocă sume impresionante pentru tratamentul câtorva patologii rare și extrem de costisitoare pe care nici un blonav nu și-ar permite să le plătească iar medicamentele se eliberează în circuit închis. Concluzia falsă este rezultatul impresiei – de asemenea false – ca medicul de familie este singurul prescriptor de rețete compensate și gratuite din sistem. Nu este lipsit de importanță faptul că NU există la CNAS o statistică reală a acestor consumuri (faimosul SIUI fiind o varză tocată la acest capitol) ci doar statistici făcute atunci când sunt cerute de mari politicieni. Producătorii și furnizorii de medicamente au această statistică iar ei confirmă că maxim o treime din valoarea pieței de medicamente trece prin rețetele medicului de familie (atenție, o bună parte din această treime o constituie medicamente pe care medicul de familie le prescrie în cadrul programelor de protecție socială gen rețete pentru pensionarii cu venituri sub 700 de lei dar responsabilitatea prescrierii aparține altor medici. La fel de falsă este și asocierea medicilor de familie cu anumite firme de medicamente care ar oferi locații exotice pentru concedii, pentru simplul motiv că medicii de familie NU POT ALEGE MEDICAMENTUL IMPUS DE FIRME, pentru că nu pot prescrie pe rețete decât denumirea comună internațională, în limba latină, a substanței active din medicament, lăsând alegerea medicamentului – într-un model strâmb de monitorizare a patologiei – la alegerea unor nespecialiști, respectiv **pacientul** (a cărei subcompetență medicală nu poate fi contestată) și **farmacistul** (a cărui competență medicală este în afara subiectului, în schimb prevalează spiritul managerial care îl îndeamnă să vindă ce este mai aducător de profit). Acest model viciat dar legalizat de prescriere face ca pacienții să fie tratați inconstant, cu medicamentul cel mai ieftin din serie (dacă e ales de pacient) sau cel mai scump (dacă e ales de farmacist). Pentru patologia acută, impactul acestei soluții de prost gust este oarecum limitat, dar pentru patologia cronică, acolo unde e nevoie de tratament îndelungat cu scheme stabile, a modifica lunar medicamentul doar fiindcă e mai ieftin în luna respectivă cu câțiva bani, impactul e devastator. Pacienții nu primesc din farmacii scheme detaliate de tratament personalizate, cum primesc de la medici, și în câteva luni tratamentul ajunge o loterie. Pacienții noștri ajung să aleagă medicamentele cum aleg pătrunjelul pe tarabe; actul medical corect, competent, după ghiduri și conform cu medicina bazată pe dovezi devine un subiect dezvoltat pe larg în filmele americane omniprezente pe micile ecrane. În aceste condiții, alegerea făcută de medic devine subiect de caricatură de ziar, judecata medicală - un banc ieftin, activitatea de monitorizare a pacienților cronici - o poveste științifico-fantastică. Există sisteme eficiente de stimulare a prescripției medicale cu medicamente generice, dar preluarea modelelor care funcționează pe la alții și adaptarea la realitatea noastră zdrobitoare nu a fost niciodată o practică în România.

Dealtfel unul din motivele reale ale conflictului dintre Casa Nationala si Ministerul Sanatatii a fost neintelegera pe acest domeniu, prescrierea pe generice sau pe denumiri comerciale. Insa nici una din aceste institutii nu a avut decanta de a deschide o dezbatere publică pe acest domeniu, de a informa cu adevărat

pacienții și plătitorii de asigurări despre beneficiile și problemele fiecărui mod de prescriere, preferind să rezolve prin șicanare reciprocă pe plan politic problema, fără a le păsa în mod real de pacienți ci doar de fondurile alocate pentru medicamente.

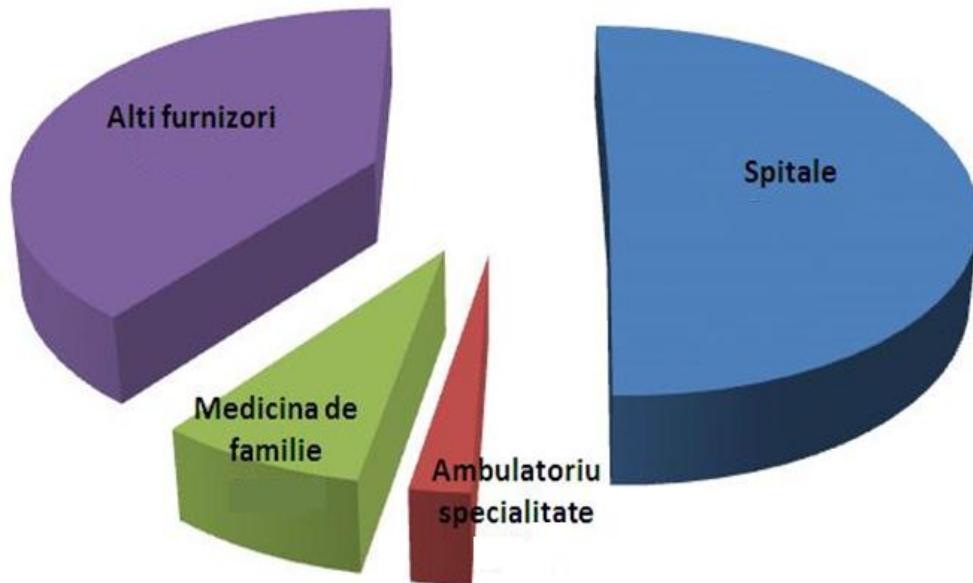
Nu e singura idee falsă care se vehiculează în ceea ce privește medicina de familie. Pe forumuri abundă expresii că „medicina de familie e inefficientă”, „desființați-i pe ăștia că ard gazul de pomană”, expresii preluate pseudointelectualicește și de câte ori e nevoie să atingem moralul populației în reportaje acide pe la televiziunile foarte foarte datornice la sistemul de sănătate. În realitate stă scris foarte clar, în rapoarte vizuale grăitoare, colorate și cât se poate de reale, chiar în rapoartele de pe pagina de web a CNAS de care ziceam mai devreme, ca în cabinetele medicilor de familie se rezolvă mai bine de 70% din patologia romanului, degrevând spitalele de mică plagă funciară care este bietul pacient roman aflat în centrul sistemului numai când se apropie alegerile.



Sursa: <http://www.cnas.ro/informatii-publice/evolutie-cazuri-externate-analize-consultatii-2005-2009>

Deși există clar, negru pe alb, aceste rapoarte, gândirea bugetului nu este niciodată în acord cu cenușa realitate.

Execuția bugetului Fondului National de Asigurari Sociale de Sanatate (milioane lei)



Sursa: <http://www.cnas.ro/informatii-publice/bugetul-fnuass/evolutia-fnuass>

În campaniile electorale de care vorbeam, și de care ne pregătim din nou, unii - cei mai mulți - cu tristețe și amărăciune, alții – foarte puțini dar singurii care mai contează - cu speranță, pacientul devine brusc centrul atenției și – evident – al unui sistem sanitar cinstit, centrat pe nevoile cetățeanului, iar asistența medicală primară apare ca salvatoarea întregii omeniri, locul unde investiția poate aduce ieșirea din criza în care ne zbatem iremediabil cam de 5 generații. Teoretic, așa și este, pe la alții așa e și practic, dar atunci când vin calculele adevărate, investiția în sănătate devine brusc neprofitabilă – evident pe termen scurt – trecând rapid în coada așteptărilor, după autostrăzi, hoteluri, armate, mașini performanțe, șuruburi sau scame. Nu mai are nicio importanță că o nație care îmbătrânește mai repede ca altele, moare mai devreme, naște mai mulți copii malformați sau pe alocuri nu mai naște deloc, va goli de consumatori șoselele, hotelurile, tancurile, mașinăriile, războaiele de țesut.

Printr-un mecanism propriu doar nației noastre metamorfozate de deceniile comuniste și de șirul așa-ziselor reforme ulterioare, la noi funcționează cel mai bine principiul controlului: dacă într-o fabrică mai mulți oameni se îmbolnăvesc, trebuie să controlăm medicii care eliberează concediile medicale și pacienții pe acasă, două elemente negative care pactizează intru falimentarea bietului angajator care nu s-a oboșit să își angajeze oameni după un control medical riguros – altfel perfect legal – și care acum este sabotat de către medicul care s-a îmbogățit dând concedii medicale și de către muncitorii care fentează șefii, împărțind salariul lor fabulos între medicul care are nevoie de încă o vilă și destinația exotică pentru cele câteva zile câștigate de la medic. Nici că se putea un banc mai bun.

Mai mult, dacă în sistem ceva nu merge și un grup organizat de medici se revoltă alcătuiind un memoriu sau organizând o conferință de presă, prima măsură și cea mai valoroasă este controlul: un control eficient, bine țintit, executat de oameni bine motivați, exact la locul potrivit, poate spulbera pofta oricui de a mai deschide gura. Evident, soluția logică de a te așeza la masă cu acela care scoate capul din pâine să își spună păsul nici nu poate fi concepută. În plus, o campanie bine țintită, în presă, asupra celor care îndrăznesc să deschidă gura îi poate face instantaneu dușmani ai poporului, care se îmbogățesc pe spinarea bieților

pacienți, îi taxează necruțător cu chitanțe pentru orice adeverință, devin moguli ai sistemului și se duc să își petreacă zilele de concediu în Tanzania sau aiurea, râzând cu poftă de amărăciunea poporului lăsat în mocirla acasă. E chiar amuzant să citești cum medicii de familie care câștigă lunar 9000 de euro se distrează făcând „greve” sau emigrând pentru o viață mai bună în Franța, unde pot câștiga 2 – 3 000 de euro pe lună, deci mult mai puțin. Te și întrebi dacă autorii unor astfel de aberații dețin diploma de pregătire preșcolară unde astăzi se învață scăderea simplă.

Spre deosebire de industrie, unde salariile relativ mici permit mai multe locuri de muncă, stăm prost și la forța de muncă desemnată să înzdrăvenească bolnavii. La capitolul personal, suntem, de departe, cei mai dezinteresați de soarta bolnavilor, cu mai puțin de patru la sută din forța de muncă ocupată. Cum privesc alte state problema? Olanda, Suedia și Finlanda au peste 15% din forța de muncă în zona sănătății și asistenței sociale, Marea Britanie, Belgia și Germania cam 12% iar Franța și Austria 10%. Fostele colege de lagăr socialist, Cehia, Ungaria și Polonia s-au apropiat de nivelul de 6% al Spaniei.

Anul 2010 a confirmat trendul de scădere a personalului, declanșat de economiile aberante, ale căror consecințe se vor vedea pe termen lung în starea de sănătate a cetățenilor. De la 382,4 mii persoane ocupate în sănătate și asistență socială, s-a ajuns la doar 362,6 mii persoane.

În ceea ce privește medicii de familie problema e foarte simplă. Atât Franța cât și Marea Britanie au redus criteriile și primesc medici de familie români cu foarte mare ușurință. Pentru că au nevoie de ei iar veniturile medicilor de acolo sunt fabuloase în raport cu cele de aici, la un volum de muncă redus și la un statut social incomparabil cu cel de aici.

Aici duce de fapt, subfinanțarea. Zvonurile devin realitate zdrobitoare și adevărată teorie evoluționistă. Educația se duce vertiginos în fundul prăpastiei, ca-n bancul cu capitalismul sălbatic, medicul român școlit vreo douăzeci și trei de ani devine preș pe care sfertodocții calcă, afirmând cu emfază: „medicii au nevoie de instruire în această problemă”. La fel cum aceiași sfertodocți consideră ca ziariștii nu știu să scrie în presă, că inginerii sunt de vină pentru distrugerea economiei iar contabilii sunt vinovați pentru criza economică.

Ce zice teoria pe la alții unde sistemul sanitar merge al dracului de bine? Păi dacă vrei să îți strălucească vârful palatului în soare multă vreme, trebuie să întărești fundația. Simplu și clar. În traducere: un sistem sanitar performant trebuie să investească în primul rând în medicina primară, fiindcă aici se poate filtra mai bine de 85% din patologii și tot aici se poate realiza prevenția pe toate cele trei niveluri. De aici în sus, către spital și mai apoi către înalta performanță, merge doar patologia care nu poate fi realizată la acest nivel, ori decompensările, adică mult mai puțini din pacienții actuali. Sunt prea multe spitale și sunt ineficiente? Trebuie desființate? Nu știm, pentru că nimeni nu a făcut studii de impact, dar înainte de a o face, întărești asistența medicală în teritoriu, faci posibil accesul pacientului în cabinetele de medicină primară, în centre de permanență, în camerele de gardă, îi asiguri micile urgențe și accesul permanent la asistență medicală de primă intenție de calitate, oriunde s-ar afla, în mijlocul metropolei dar și în creierii munților. Apoi, fiindcă ai rezolvat asta, și ți-a scăzut presiunea pe spital, desființezi spitalul unde nu mai vin bolnavi, dezvolți centrele unde e nevoie de asistența cronicilor sau monitorizarea lor și investești în spitale de înaltă performanță, unde cazurile grave ajung repede și au șansa de a fi rezolvate. Tot teoria zice să ai o strategie pe termen scurt, mediu și lung, o bună finanțare și – evident – un bun control al folosirii banului. Mai mult, medicina de familie este singura specialitate medicală care face prevenție adevărată, îngrijește oameni sănătoși: urmărește evoluția gravidei, consulta periodic și vaccinează sugarii, face examene de bilanț periodic pacienților, face consiliere. Adică ar putea ajuta la însănătoșirea nației, dacă – evident – ar avea instrumentele necesare. Poate ar trebui lămurit odată pentru totdeauna că scopul medicului de familie este păstrarea stării de sănătate, lucru știut de la Hippocrate. Istoric vorbind până și burocrăția imperială chineză

plătea medicii pentru numărul de oameni sănătoși și nicidecum pentru cei bolnavi și tratați. O lecție pe care sferitodocții aflați la putere nu au de unde să o cunoască....

Când zicem finanțare înțelegem ca statul să aloce un procent de bun simț prezervării sănătății resursei umane de care dispune iar banii alocați sănătății să fie luați și folosiți în acest scop. Dealtfel, dacă vorbim de procente, până și raportul Băncii Mondiale face referiri cât se poate de clare la ce felul în care trebuie susținută asistența medicală primară (*amănunte în subsolul articolului*).

Înmulțirea categoriilor scutite fără a pune banii în loc este una din pârgurile prin care sistemul moare. Dacă statul român decide că unele categorii sociale trebuie să fie scutite de la plata contribuției pentru sănătate, atunci să acopere plata acestora pentru ca să acopere nevoia de servicii medicale. Imaginați-vă cum ar fi să ai un grup de 20 de sărbătoriți care comanda tort. Jumătate dintre ei sunt anunțați că nu trebuie să plătească tortul dar îl vor primi. Cine va plăti frișca, zahărul, ciocolata și cofetarii? Își imaginează cineva ca toate aceste ingrediente plus manopera vor fi oferite gratuit de către patronul cofetăriei? NU, cine a decis să facă acest cadou, va plăti cele zece torturi în locul sărbătoritorilor! Alături de urarea: „Multă sănătate !”.

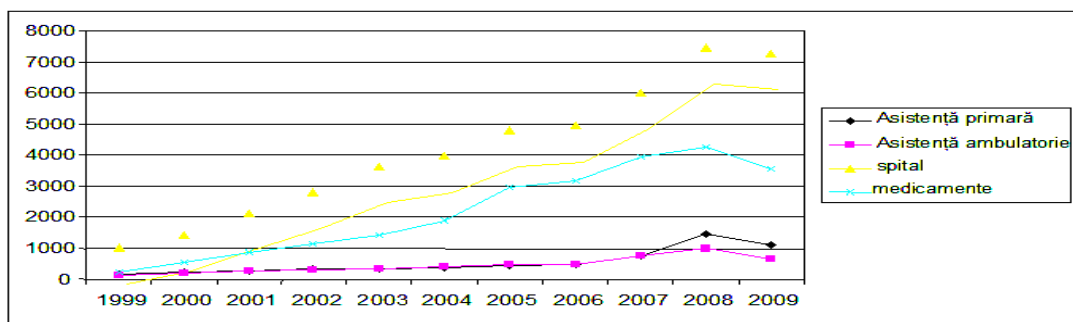
Dar statul român e foarte generos când e vorba de banii altora. Pentru că nu statul plătește. Plătesc cetățenii români care au venituri. Iar statul, pardon, politicienii care conduc statul, beneficiază atunci când creează categorii scutite, pentru că aceste categorii scutite vor vota cu politicienii care fac cadouri. Ar însemna să fim cinici să susținem că fiecare cetățean ar trebui să fie obligat să plătească, suntem conștienți că sunt foarte mulți ce nu își pot permite. Dar e un principiu foarte sănătos ca fiecare să își aducă o contribuție la fondul pentru sănătate și, mai ales, să fie responsabilizat prin creșterea acestei contribuții atunci când nu se îngrijește de sănătatea proprie. Așa cum se întâmplă în toate celelalte țări. Nerespectarea ritmului de prezentare la medic, nerespectarea prescripțiilor și a regimului indicat de medic sunt elemente ce duc instantaneu la creșterea costului asigurării. La fel cum RCA-ul pentru șoferii ce produc accidente e mai scump...

Atunci când Caesar a fost întrebat, în preziua asasinării, ce moarte e cea mai bună a răspuns sec: Cea care vine pe neașteptate. Din păcate românii nu vor avea parte de o moarte rapidă. Sistemul de sănătate le asigură, prin subfinanțarea cronică și lipsa oricăror politici de perspectivă, o moarte lentă, chinuitoare.

b.1. Asistența medicală primară

- **Teoretic**, instituțiile care acordă asistență medicală primară realizează **campanii de promovare a sănătății și prevenire** a bolilor și acordă **servicii de diagnostic, tratament și reabilitare**, de obicei prin tehnologie esențială (de exemplu laboratoare).
- În **practică**, serviciile oferite de cei **11.800** de medici de familie din România se limitează la
 - monitorizarea femeilor gravide și a nou-născuților,
 - imunizarea copiilor
 - monitorizarea pacienților cu boli cronice,
- Nu există încercări de prevenire a bolilor.
- Pacienții ajung la medicii de familie când suferă de o boală gravă (cancer sau boli cardiovasculare severe) și au nevoie de rețete pentru medicamente.
- Fiecare cabinet de asistență medicală primară poate încheia un singur contract cu o casă de asigurări de sănătate, care poate fi CNAS (CJAS), CASAOPSNAJ, CASMTC, indiferent de instituția la care este asigurat pacientul.
- Veniturile **cabinetelor** medicilor de familie **sunt foarte mici** (din cauza valorii scăzute a punctului pe scara finanțării) și **nu permit medicilor să realizeze investiții, din moment ce abia pot plăti salariile asistenților** din bugetul lor.

Alocarea fondurilor asigurărilor de sănătate către principalele componente ale sistemului de sănătate - 1999-2009



- Bugetul Fondului Asigurărilor de Sănătate a crescut de la 500 de milioane de euro în 1999 la aproape 4 miliarde de euro în 2010, **DAR**
- Asistența medicală primară și asistența în ambulatoriu nu au primit efectiv fonduri suplimentare, **cu excepția perioadei 2007-2008 pe parcursul Programul Național de Evaluarea a Stării de Sănătate a Populației.**
- Bugetul alocat centrelor de asistență medicală primară a rămas **foarte mic ca procent** din bugetul total și ca valoare reală,
- Nu acoperă costul real al serviciilor de sănătate.
- Salariile au scăzut
- Nemulțumirea pacienților și a furnizorilor pare a fi răspândită pe scară largă
- Din punct de vedere istoric, România a alocat o pondere **mai mică** din avuția sa națională pentru domeniul sănătății decât alte țări.
- 2008 – România a cheltuit în jur de 4,8 % din produsul intern brut (PIB) pe sănătate în timp ce media europeană este de 5,2% din PIB. Ponderea sănătății în PIB a crescut până în 2005 când a atins 5,2 % din PIB, dar ulterior a scăzut.
- Contribuția publică la cheltuielile pentru asistență medicală a crescut de la 2,9 la 3,8 % din PIB³⁵. Ca atare, România alocă sănătății **cea mai mică pondere din avuția sa dintre toate țările care au aderat la UE**. Tabelul 3.1 de mai jos arată clar că nivelul absolut de cheltuieli din sănătate al României și

cheltuielile ajutate pe persoană sunt ambele **elemente marginale** comparativ cu vecinii săi și cu alte țări care au aderat la UE.

Stimulente financiare pentru îngrijirea primară

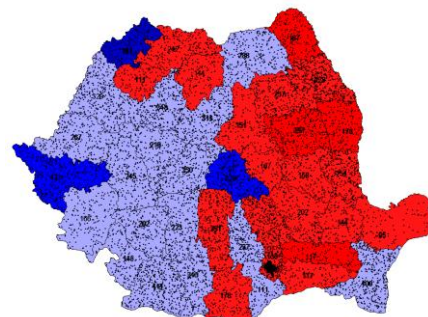
- Aplicarea **plafoanelor de activitate** prin sistemul de plată pe bază de puncte duce la **utilizarea ineficientă a timpului** de către medici. În mod evident, ei au un surplus de timp care ar putea fi folosit pentru a trata mai mulți pacienți.
- Pentru a încuraja clinicienii să practice în zonele rurale, ar fi potrivit să li se dea **mai multe stimulente ca să facă acest lucru**.
- **Balanța dintre capitație și taxele pentru serviciu va fi modificată în 2011**, lucru care va mări coeficientul taxei pentru servicii la 50 % din veniturile doctorilor. Pacienții vor fi astfel încurajați să caute asistență în mediul de îngrijiri primare, lucru care este de dorit.
- Există un plafon superior pentru servicii și medicul nu îl poate depăși
- Totuși, **eficiența și eficacitatea acestor servicii nou livrate trebuie analizată și auditată** pentru a asigura că:
 - sunt abordate bolile prioritare și factorii de risc,
 - că sunt acoperite toate grupele de populație și
 - că tipurile de asistență furnizate sunt corespunzătoare.

Migrație:

- Un studiu recent efectuat de Colegiul Medicilor din România a constatat că 60% din medici au declarat că ar emigra din România – o cifră extrem de ridicată (Colegiul Medicilor din România, 2010).
- Regiunea din România de unde emigrează cei mai mulți medici este cea de **nord-est**, regiunea **cea mai defavorizată** din punct de vedere economic din România. Cele mai frecvente specializări ale acestor medici sunt:
 - medicina de familie,
 - terapie intensivă și
 - psihiatrie,
- Franța, Germania, Italia și Marea Britanie par a fi țările de destinație ale mai multor medici, ceea ce coincide cu numărul mare de medici imigranți raportați de țările de destinație.
- **1.000** de medici români s-au înregistrat în **Franța** între ianuarie 2007 și iulie 2009 (CNOM, 2009).
- Între 2003 și 2008, Camera Medicală Federală din **Germania** a raportat intrarea a **927** de medici străini din România (Camera Federală a Medicilor, 2009) iar
- Consiliul Medical General al **Mării Britanii** (GMC) a raportat **671** de medici înregistrați din România între anii respectivi.
- În **Italia**, **555** de medici români s-au înregistrat la Asociația Medicală din Italia (EMN, 2009).
- Migrarea medicilor și a asistenților medicali rămâne o preocupare majoră pentru factorii de decizie politică. Într-un interviu recent, ministrul Sănătății a recunoscut că nivelurile migrației sunt în creștere și cel mai probabil vor continua să crească în următorii 10-15 ani. El a recunoscut că **peste 9.000 de medici au solicitat un certificat de verificare din 2007**.

Veniturile cabinetelor MF:

- Informații cu privire la veniturile Cabinetelor medicale individuale sunt disponibile prin intermediul CNAS.
- Venitul mediu al **cabinetelor** medicilor de familie pentru al treilea trimestru din 2010 a fost de 24.760 RON sau **8.253 RON pe lună**.
- Există variații semnificative geografice ale veniturilor. Veniturile medii **cele mai mici** au fost înregistrate în județele din **Centru și din Vest ale țării și în județele din Moldova** (cu excepția Botoșani, Bacău și Vaslui **DAR** – mai puțini medici, capitație mai mare!!!).



Principalele concluzii și Recomandări pentru un Plan de Acțiune:

- **extinderea serviciilor medicale primare** poate veni rapid și în mod substanțial în beneficiul segmentului de populație săracă.
- serviciile de prevenție sunt foarte slabe în România.
- **creșterea bugetului pentru serviciile medicale primare (SMP)** ar avea sens treptat **dar în mod substanțial**. Această creștere ar putea ajunge **cel puțin la 10 - 12 procente din totalul alocat**

sănătății în cel mult 5 ani pentru a crea o bază financiară și profesională pentru ca medicii de familie să își îmbunătățească profilul și să își sporească prestigiul.

- Medicii de familie ar trebui să ofere servicii de prevenție (screening pentru depistarea precoce a cancerului, a diabetului și TB)
- îngrijirea **persoanelor în vârstă**, în special în zonele defavorizate, în spitale mici care au fost transformate special pentru această utilizare.
- fonduri pentru **instruirea medicilor** de familie, pentru **achiziționarea** de echipamente noi și pentru **angajarea de personal suplimentar** ca de exemplu secretari și asistenți sociali.
- **recomandăm să se proiecteze și să se implementeze Sănătatea în Toate Politicile** (programe trans-sectoriale de prevenire a populației), incluzând legislația necesară pentru reducerea factorilor de risc (de ex : accize pe tutun, interzicerea fumatului în locuri publice, etc.)
- **campanii naționale de comunicare și intervenții și programe de prevenție specifice** bazate pe populație și pe individ pentru
 - reducerea factorilor ridicați de risc
 - creșterea screening-ului pentru depistarea cancerului,
 - pentru vaccinare și
 - monitorizarea dezvoltării.

Banca Mondială susține dezvoltarea generală a medicinei de ambulator, care include:

- Asistența medicală primară
- Ambulatoriul de specialitate
- Îngrijiri paleative

Consecințe:

- Reducerea costurilor pentru sistem
- Accesibilitate mai mare pentru pacienți
- Alcătuirea unui pachet de bază realist

Banca Mondială și-a arătat disponibilitatea de a își oferi expertiza pentru alcătuirea acestuia

Creșterea treptată, dar substanțială a bugetului pentru asistența medicală primară:

- De la 5% în prezent
- **cel puțin 10 – 12% din totalul cheltuielilor pentru sănătate în mai puțin de cinci ani** ar crea baza financiară și profesională care ar permite medicilor de familie creșterea propriului profil și prestigiului.
- Medicii de familie ar trebui implicați în furnizarea de servicii **preventive** (precum detectarea timpurie a cancerului, a diabetului și a TB și lupta împotriva fumatului și a altor factori de risc) și în acțiunile de **îngrijire a persoanelor vârstnice**, în special în zonele în care spitalele mici au fost transformate.
- Asistența medicală primară trebuie utilizată ca **element cheie** într-un pachet de bază ce va reduce inechitatea în ceea ce privește accesul la asistența medicală. Acest pachet nu trebuie definit ca o listă pozitivă de boli, ci mai degrabă ca o metodă de a micșora distanța dintre “drepturile oficiale” (menționate în cadrul legislativ) și “acoperirea eficientă” (accesul la și folosirea serviciilor esențiale), înlăturându-se astfel barierele economice, culturale și geografice, din cauza cărora o mare parte din populație nu poate beneficia de asistență medicală eficientă.
- De asemenea, vor fi necesare fonduri și **pentru instruirea medicilor de familie**, achiziționarea de **noi echipamente** și **angajarea de personal suplimentar** (precum secretari și asistenți sociali).

Prezentarea raportului a fost făcută în cursul dezbaterii organizate de SNMF la 5 iunie 2011 (date suplimentare pe pagina de web a SNMF, la http://www.snmf.ro/dezbatere_publica_5iunie2011.htm)