

SOCIAL RESEARCH REPORTS

ISSN: 2066-6861 (print), ISSN: 2067-5941 (electronic)

---

IMPACTUL ASISTENȚEI MEDICALE COMUNITARE ASUPRA SERVICIILOR DE  
LA NIVEL COMUNITAR

[IMPACT OF COMMUNITY HEALTH ASSISTANCE ON COMMUNITY  
SERVICES]

Alina POIANA, Ofelia PAIS

*Social Research Reports*, 2010, vol. 18, pp. 3-86.

The online version of this article can be found at:

[www.researchreports.ro](http://www.researchreports.ro)

---

Published by:

Expert Projects Publishing House

On behalf of:

Virtual Resources Center in Social Work

[www.asistentasociala.ro](http://www.asistentasociala.ro)

Additional services and information about Social Research Reports can be found at:

[www.researchreports.ro](http://www.researchreports.ro)



**Virtual Resources Center  
in Social Work**

**Social  
Research  
Reports**

**Volume 18**

**December 2010**

Expert Projects, 2010

# Impactul asistenței medicale comunitare asupra serviciilor de la nivel comunitar

[Impact of community health assistance on community services]

Alina Poiană<sup>1</sup>, Ofelia Pais<sup>2</sup>

## Abstract

A particular focus of community health work is on prevention, community nurses and the mediator are few professionals who can achieve a maximum impact on the prevention of beneficiaries. Based on questionnaire, the study aims to determine the impact of community health program at the community level in Vaslui County, determining the duties to inform community health authorities and health mediator, highlighting the importance of community nurses work for the community and authorities local determination of the degree of collaboration between community nurses and other decision makers in the community, determining the impact on the decentralization of community medical care.

Keywords: community health; community services; impact services; prevention services; partnership; local collaboration.

---

<sup>1</sup> Direcția de Sanatate Publica Vaslui, str. Republicii, nr. 367, Sc. E &F, tel: 0746649244, email: poiana\_alina@yahoo.com;

<sup>2</sup> Directia de Sanatate Publica Vaslui, str. Republicii, nr. 367, Sc. E &F, tel: 0742078684, email: paisofelia@yahoo.com.

## Introducere

Am decis abordarea acestei teme, deoarece este un domeniu pe cat de interesant pe atat de complex, și prea puțin cunoscut pentru utilitatea sa. Cu toate că bazele acestui program au fost puse în 2002, nici acum după șapte ani nu se cunoaște cu exactitate utilitatea și eficiența acestuia. Profesia de asistent medical comunitar, precum și cea de mediator sanitar comunitar au fost și sunt mult prea puțin mediatizate, în comparație cu utilitatea și eficiența lor.

Un al doilea motiv îl constituie abordarea integrată în cadrul acestei activității a serviciilor medicale cu serviciile sociale, scopul final fiind schimbarea atitudinii populației vizavi de propria sănătate și creșterea responsabilității comunității față de nevoile populației marginalizate. Aceasta necesitate a apărut în România ca urmare a efectelor reformei serviciilor de sănătate care după 1989 a produs anumite transformări în special la nivelul asistenței medicale primare. În prezent, institutia medicului de familie oferă servicii medicale preventive și curative populației înscrise lăsând o categorie de populație – cea neasigurată – neacoperită cu servicii medicale minimale. În ceea ce privește partea socială, se știe că asistentul social din cadrul primăriilor alocă foarte puțin timp sau chiar deloc activității de teren, și nu pentru că nu ar vrea ci datorită faptului că partea administrativă (raportările către instituțiile superioare) le ocupă cea mai mare parte din timp.

Asistentul medical comunitar reprezintă o reinstituționalizare a asistentului de ocrotire care funcționa înainte de 1989, reprezentând o abordare nouă la standarde europene, de acordare a serviciilor medico-sociale integrate. Își desfășoară activitatea în teren, efectuând vizite la domiciliu realizând legătura dintre serviciile medicale și cele sociale și implementarea colaborărilor intersectoriale interdisciplinare de la nivelul comunităților, în prezent destul de dificil de realizat. Un accent deosebit din activitatea de asistență medicală comunitară este pus pe prevenție, asistentul medical comunitar și mediatorul fiind puținii profesioniști care pot realiza prevenția cu un impact maxim asupra beneficiarilor.

Cele două categorii profesionale sunt practic profesioniștii care sunt tot timpul pe teren, peste 80% din timpul activității lor reprezintă munca de teren, astfel că ei sunt cei care pot identifica prompt și aduce la cunoștința echipei comunitare orice caz social sau medical întâlnit în teritoriu.

Asistența medicală comunitară pentru județul Vaslui este mai mult decât benefică, mai ales dacă luăm în calcul că acest județ este cotate cu cea mai mică creștere economică, cu cel mai mare număr de șomeri, cu o rată a sărăciei foarte ridicată, și un procent mare de populație defavorizată, inclusiv în cadrul populației de etnie romă.

## **Programul național de asistență comunitară**

### **Scurt istoric**

Programul de Asistență Medicală Comunitară a fost inițiat în perioada 2002-2004 de către Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului „Alfred Russescu”(IOMC), în cadrul Programului Național pentru Sănătatea Mamei, Copilului și Familiei (PN3) al Ministerului Sănătății, cu scopul declarat de creștere a accesului populației, în special a populației sărace și neasigurate din mediul rural, la serviciile de sănătate de bază. Programul și-a dorit să modifice atitudinea și comportamentul acestei categorii sociale în sensul responsabilizării față de propria stare de sănătate și, nu în ultimul rând, sensibilizarea și creșterea implicării comunității față de nevoile populației marginalizate. Această necesitate a apărut în România ca urmare a efectelor reformei serviciilor de sănătate care după 1989 a produs anumite transformări în special la nivelul asistenței medicale primare. În prezent, instituția medicului de familie oferă servicii medicale preventive și curative populației înscrise lăsând o categorie de populație – cea neasigurată – neacoperită cu servicii medicale minimale.

Programul a fost pilotat la început în 7 județe și municipiul București prin angajarea a 160 de asistenți medicali comunitari. La sfârșitul anului 2005, prin intermediul Programului, 485 de asistenți medicali comunitari activau în 23 de județe și în municipiul București și 94 mediatori sanitari pentru comunitățile de romi (Nanu et al, 2008). Dovedindu-și utilitatea, programul s-a dezvoltat în fiecare an, astfel încât, la finele lunii noiembrie 2006, 805 asistenți medicali comunitari și-au desfășurat activitatea la nivel național, iar la sfârșitul lui 2008 vorbim de 1228 asistenți comunitari și 498 mediatori sanitari. Dezvoltarea cu succes a acestui program nu ar fi fost posibilă fără suportul activ(asistența tehnică și financiară) și continuu demonstrat de UNICEF, UNFPA, USAID, JSI (2006, 2007) și organizațiile neguvernamentale din România active în domeniu.

Intrarea în vigoare a Legii 95/2006 privind reforma în sănătate, prin titlul V - asistența medicală comunitară - deschide procesul de dinamizare a programului și de creștere a numărului de asistenți medicali comunitari intrați în program. În perioada 2002 – 2005 s-a derulat faza pilot a programului cu asistența tehnică și financiară a agențiilor internaționale de dezvoltare: USAID, UNFPA, UNICEF, OMS (2006, 2007).

Pe parcursul anilor 2002-2008 angajarea personalului a fost asigurată prin fonduri alocate de la bugetul de stat programelor naționale de sănătate, în cadrul unor intervenții/subprograme; în anul 2008 devenind Programul Național nr. 6”Asistența medicală comunitară și acțiuni pentru sănătate” – în cadrul căruia desfășurau activități atât asistentul medical comunitar cât și mediatorul sanitar.

Nr.crt	Denumire categorie profesională	2002	2005	2006	2008
1	Asistenți medicali comunitari	160	463	908	1228
2	Mediatori sanitari	94	174	282	498

*Tabel 1. Evoluția numărului de asistenți medicali comunitari și mediatori sanitari în România*

### **Prezentarea programului de asistență medicală comunitară la nivel național**

Asistența medicală comunitară cuprinde ansamblul de activități și servicii de sănătate care se acordă în sistem integrat cu serviciile sociale la nivelul comunității, pentru soluționarea problemelor medico-sociale ale individului, în vederea menținerii acestuia în propriul mediu de viață (legea 95/2006).

Asistența medicală comunitară presupune un ansamblu integrat de programe și servicii de sănătate centrate pe nevoile individuale ale omului sănătos și bolnav, precum și pe nevoile comunității, acordate în sistem integrat cu serviciile sociale.

#### *Scopul asistenței medicale comunitare*

*Scopul asistenței medicale comunitare* este asigurarea furnizării de servicii integrate, adecvate, flexibile și optime, centrate pe nevoia beneficiarilor și acordate în mediul în care aceștia trăiesc prin: 1) utilizarea eficientă a gamei de servicii acordate în cadrul pachetului de bază; 2) punerea accentului pe prevenție; 3) continuitate a serviciilor (maximizarea serviciilor medico-sociale ce pot fi furnizate la nivelul comunității).

#### *Obiectivele asistenței medicale comunitare*

*Obiectivele generale* ale serviciilor și activităților de asistență medicală comunitară sunt (OUG 162/2008): 1) implicarea comunității în identificarea problemelor medico-sociale ale acesteia; 2) definirea și caracterizarea problemelor medico-sociale ale comunității; 3) dezvoltarea programelor de intervenție, privind asistența medicală comunitară, adaptate nevoilor comunității; 4) monitorizarea și evaluarea serviciilor și activităților de asistență medicală comunitară; 5) asigurarea eficacității acțiunilor și a eficienței utilizării resurselor.

#### *Activitățile desfășurate în domeniul asistenței medicale comunitare*

Activitățile cuprind: 1) educarea comunității pentru sănătate; 2) promovarea sănătății reproducerii și a planificării familiale; 3) promovarea unor atitudini și comportamente favorabile unui stil de viață sănătos; 4) educație și acțiuni direcționate pentru asigurarea

unui mediu de viață sănătos; 5) activități de prevenire și profilaxie primară, secundară și terțiară; 6) activități medicale curative, la domiciliu, complementare asistenței medicale primare, secundare și terțiare; 7) activități de consiliere medicală și socială; 8) dezvoltarea serviciilor de îngrijire medicală la domiciliu a gravidei, nou-născutului și mamei, a bolnavului cronic, a bolnavului mintal și a bătrânului; 9) activități de recuperare medicală.

### *Beneficiari*

Beneficiarul serviciilor și activităților de asistență medicală comunitară este colectivitatea locală dintr-o arie geografică definită: județul, municipiul, orașul și comuna, iar în cadrul acesteia, în mod deosebit, categoriile de persoane vulnerabile (OUG 162/2008). Categoriile de persoane vulnerabile sunt persoanele care se găsesc în următoarele situații: a) nivel economic sub pragul sărăciei; b) șomaj; c) nivel educațional scăzut; d) diferite dizabilități, boli cronice; e) boli aflate în faze terminale, care necesită tratamente paleative; f) graviditate; g) vârsta a treia; h) vârstă sub 16 ani; i) fac parte din familii monoparentale; k) risc de excluziune socială.

### **Personalul din asistența medicală comunitară**

Serviciile și activitățile de asistență medicală comunitară sunt asigurate de următoarele categorii profesionale: asistentul medical comunitar și mediatorul sanitar comunitar.

### *Formarea asistentului medical comunitar:*

La încadrare în meseria de asistent medical comunitar, candidații trebuie să aibă la bază meseria de asistent medical generalist sau asistent medico-social. Odata intrați în program ei trebuie să urmeze cursurile de formare continuă. Formarea asistenților medicali comunitari constă din: 1) pregătire formală dezvoltată la nivel național, pe principiul modular; 2) proces de educație medicală continuă, organizat la nivelul fiecărei Direcții de Sănătate Publică. Deocamdată nu există o documentație privind strategia de asigurare a pregătirii profesionale a asistentelor medicale comunitare care să descrie modul în care se îmbină cele două abordări menționate. Formarea inițială a fost structurată pe cinci module, din care au fost realizate efectiv doar două: 1) sănătatea comunității, sănătatea reproducerii, educația pentru sănătate; 2) sănătatea mamei și a copilului. Aceste module au fost suportate financiar de către agențiile care au sprijinit programul: UNICEF, UNFPA, USAID/JSI.

A doua componentă a instruirii asistenților medicali comunitari este cea care se realizează constant la nivel local, sub formă de educație medicală continuă. La nivel de DSP-uri se realizează întâlniri lunare între medicii și inspectorii coordonatori și asistenții medicali comunitari, unde se abordează teme ce derivă din problemele prezentate de asistenții comunitari. Temele sunt susținute de medicii inspectori și asistenții coordonatori din DSP-uri sau de medici de diverse specialități invitați de aceștia.

### *Atribuții ale asistentului medical comunitar*

Asistentul medical comunitar (Legea 95/2006) reprezintă o reinstituționalizare a asistentului de ocrotire care funcționa înainte de 1989, reprezentând o abordare nouă la standarde europene, de acordare a serviciilor medico-sociale integrate. Își desfășoară activitatea în teren, efectuând vizite la domiciliu realizând legătura dintre serviciile medicale și cele sociale și implementarea colaborărilor intersectoriale, interdisciplinare de la nivelul comunităților, în prezent destul de dificil de realizat. Un accent deosebit din activitatea de asistență medicală comunitară este pus pe prevenție, asistentul medical comunitar fiind unul din pușinii profesioniști care poate realiza prevenția cu un impact maxim asupra beneficiarilor.

Atribuțiile acestuia sunt următoarele (Legea 95/2006): 1) identifică familiile cu risc crescut de îmbolnăvire din cadrul comunității; 2) determină nevoile medico-sociale ale populației cu risc; 3) culege date despre starea de sănătate a familiilor din teritoriul unde își desfășoară activitatea; 4) pledează pentru sănătatea populației și stimulează acțiuni destinate protejării sănătății; 5) planifică și monitorizează programe de sănătate; 6) identifică, urmărește și supraveghează medical gravide cu risc medico-social în colaborare cu medicul și asistenta de familie pentru asigurarea în familie a condițiilor favorabile dezvoltării nou născutului; 7) vizitează la domiciliul lăuzele, recomandând măsurile necesare de protecție a sănătății mamei și nou născutului; 8) în cazul unei probleme sociale ia legătura cu serviciul social din primărie și din alte structuri pentru prevenirea abandonului sau cu mediatorul sanitar din comunitățile de romi; 9) supraveghează în mod activ starea de sănătate a sugarului și a copilului mic; 10) promovează alăptarea și practicile corecte de nutriție; 11) participă în echipă la desfășurarea diferitelor acțiuni colective, pe teritoriul comunității: vaccinări, programe de screening populațional, implementarea programelor naționale de sănătate; 12) participă la aplicarea măsurilor de luptă în focar; 13) îndrumă toți contactii depistați pentru controlul periodic; 14) semnalează medicului de familie cazurile suspecte de boli transmisibile constatate cu ocazia activității sale în teren; 15) vizitează sugarii cu risc medico-social tratați la domiciliu și urmărește aplicarea măsurilor terapeutice recomandate de medic; 16) urmărește și supraveghează în mod activ copiii din evidența specială (TBC, SIDA, anemie, prematuri etc.). 17) identifică persoanele neînscrise pe listele medicilor de familie și contribuie la înscrierea acestora; preia din maternitate și supraveghează activ nou-născuții ale căror mame nu sunt pe listele medicilor de familie sau în zonele unde nu există medic de familie; 18) organizează activități de consiliere și demonstrații practice pentru diferite categorii populaționale; 19) colaborează cu ONG-uri și alte instituții pentru realizarea programelor ce se adresează unor grupuri țintă de populație (psihici, vârstnici, alcoolici, consumatori de droguri) în conformitate cu strategia națională; 20) identifică persoanele de vârstă fertilă; 21) diseminează informații specifice de planificare familială/contracepție; 22) identifică cazurile de violență în familie, cazurile de abuz, persoanele cu handicap, bolnavii cronici din familiile vulnerabile; 23) efectuează educație pentru un stil de viață sănătos.



### *Formarea mediatorilor sanitari*

Necesitatea înființării mediatorilor sanitari. În perioada regimului comunist, romii – spre deosebire de alte minorități din România, nu erau recunoscuți ca o etnie sau minoritate în adevăratul sens al cuvântului, iar identitatea lor era considerată mai ales din perspectivă socială. Prin urmare, politica de integrare în ceea ce îi privește pe romi nu era deliberat asimilaționistă, așa cum se întâmplă atunci când sunt vizate în mod explicit deznaționalizarea și dezetnicizarea unui grup perceput în termeni etnici. Problema romilor nu era tratată decât în termeni de progres social. În fapt, străduindu-se să niveleze diferențele și să încurajeze mobilitatea socială, politica comunistă a știrbit totodată specificitatea etnică a anumitor grupuri și în special pe cea a romilor. Romii au făcut față acestei politici de asimilare mai greu decât alte minorități, întrucât ei nu posedă criteriile tradiționale definitorii pentru o națiune: teritoriu, stat, economie, limbă. Principala problemă a romilor era cea legată de integrarea lor în societatea modernă. Politica statului și cea a societății în ansamblu a fost cea de asimilare culturală și etnică la populația majoritară. Romii au fost tratați ca minoritate socială, care trebuia integrată în noua organizare economică și socială socialistă. Măsurile luate în acest sens, neținând cont de specificul diferitelor grupuri de romi, au desincronizat procesul integrării sociale de cel al asimilării etnice.

După căderea regimului comunist în România, romii și-au câștigat recunoașterea și statutul de minoritate națională prin Constituția României și respectiv Legea electorală din 1991. Guvernele, organizațiile internaționale și romii înșiși s-au angajat într-o căutare dificilă, adeseori controversată, pentru a găsi soluții eficiente problemelor cu rădăcini adânci, atât din interiorul comunității romilor, cât și în relațiile dintre comunitatea romă și cea majoritară. În ultimii ani, romii au fost și rămân subiectul unor dezbateri intense, dezbateri care presupun elaborarea unor politici guvernamentale pentru ameliorarea situației acestei comunități. Statele candidate la Uniunea Europeană au încercat să se adreseze problemelor cu care se confruntă această comunitate prin elaborarea și adoptarea unor politici guvernamentale menite să îmbunătățească situația romilor. În cazul României, Strategia de îmbunătățire a situației romilor, HG 430/2001, reprezintă un model de participare a romilor în procesul de elaborare a strategiei de parteneriat cu instituțiile guvernamentale.

Premizele apariției programului de mediere sanitară. Programul de mediere sanitară nu a fost o invenție care necesită un brevet, ci practic este un răspuns la nevoile comunității cu romi. Medicii acuzau romii că nu sunt educați din punct de vedere sanitar și că sunt cei mai mari consumatori de servicii medicale de urgență. Pe de altă parte, romii acuzau personalul medical de lipsă de comunicare și faptul că afixau atitudini discriminatorii în relația cu pacienții romi. Analizând în detaliu aceste aspecte, a rezultat o stare de fapt destul de clară: nu există comunicare între membrii comunității romilor și personalul medical care oferea servicii comunității respective. Perioada 1993-1994 a fost o perioadă destul de grea pentru multe comunități cu romi din România. În această perioadă au fost semnalate o serie de evenimente nefericite, conflicte interetnice între romi și majoritari,

care s-au soldat cu o serie de victime umane atât în rândul romilor, cât și în rândul ne-romilor. Programele de dezvoltare comunitară demarate la vremea respectivă în localitățile afectate de conflictele interetnice au abordat toate domeniile, pornind de la situația socio-economică a societăților cu romi, continuând cu educație și sănătate. În domeniul sănătății s-a încercat identificarea de soluții care să îmbunătățească accesul romilor la serviciile de sănătate publică și totodată să ridice nivelul de instruire a membrilor comunității de romi în domeniul educației sanitare.

Primele inițiative în domeniul medierii sanitare au aparținut organizației Romani CRISS care, încă din 1993, a lansat o serie de programe privind îmbunătățirea stării de sănătate a romilor și accesul acestora la serviciile publice. Astfel, primele inițiative în domeniul sănătății romilor au fost legate de intervenția în comunitățile afectate de conflictele interetnice. În Vălenii Lăpușului (Maramureș) Romani CRISS în colaborare cu organizația “Medici fără frontiere” a inițiat campanii de vaccinare pentru populația infantilă a comunității, precum și acțiuni de mediere sanitară (educație sanitară, campanii de conștientizare a populației cu privire la importanța sănătății, depistarea gravidelor și educație prenatală etc.). Ideea de mediator sanitar s-a dezvoltat mai mult în perioada 1996-1998, când Romani CRISS în parteneriat cu Comite Catholique contre la Faim et pour le Developpement-Paris a inițiat un proiect pilot care a avut ca scop principal îmbunătățirea comunicării între autoritățile medicale și comunitatea de romi precum și formarea profesională a unor femei rome cu un nivel mediu de educație.

În cadrul acestui program au fost formate un număr de 30 de femei rome (din comunități compacte de romi) care, după terminarea cursului, s-au întors în comunitățile din care făceau parte și au contribuit la îmbunătățirea relației dintre medicii de familie și membrii comunităților cu romi. Au fost foarte multe probleme care au îngreunat dezvoltarea programului de mediere sanitară. Prejudecățile reprezentanților autorităților locale/centrale precum și indiferența acestora față de problemele comunităților cu romi au făcut ca programul de mediere sanitară să se dezvolte foarte încet, el dezvoltându-se mai mult în perioada 1999-2002. În această perioadă Romani CRISS a testat o serie de metodologii care să permită multiplicarea programului la scară națională. Au fost organizate o serie de întâlniri de lucru la care au participat atât reprezentanți ai societății civile rome, cât și reprezentanți ai autorităților locale/centrale. În cadrul acestor întâlniri de lucru s-au dezbătut fișa de post a mediatorului sanitar și procesul de instruire a acestuia. S-a analizat și posibilitatea preluării programului de mediere sanitară de către Ministerul Sănătății, însă în Codul Ocupațiilor din România nu exista meseria de mediator sanitar.

În anul 2001 Romani CRISS a făcut demersurile necesare includerii acestei meserii în COR. În acest sens, ca urmare a adresei trimise de Romani CRISS, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale a comunicat avizul favorabil în legătură cu această solicitare. Ocupația de mediator sanitar a fost inclusă în Grupa de bază 5139 “Lucrători în servicii populației”, codul 513902. Tot în anul 2001 Romani CRISS a semnat un protocol de colaborare cu Ministerul Sănătății și OSCE/Biroul pentru Instituții Democratice și

Drepturile Omului. Acest document constituie piesa de rezistență în programul de mediere sanitară. Asta deoarece, în virtutea acestui document, Ministerul Sănătății a emis Ordin-ul 619/2002 care reglementează sistemul de mediere sanitară din România. Practic, prin emiterea acestui Ordin, Ministerul Sănătății a conștientizat inportanța programului de mediere sanitară și a admis faptul ca membrii comunităților cu romi din România au probleme în ceea ce privește accesarea serviciilor de sănătate. În prezent programul de mediere sanitară se desfășoară în 40 de județe ale României, cu peste 300 de mediatori sanitari care activează în peste 400 comunități cu romi. Munca acestor mediatori sanitari contribuie la armonizarea condițiilor sociale în care se desfășoară activitățile din domeniul medical, oferind șansa îmbunătățirii stării de sănătate a membrilor comunităților cu romi din România. În 2004, Romani CRISS a organizat 3 stagii in cadrul formării continuă cu 96 de mediatori sanitari. Instructorii au discutat pe următoarele teme: drepturile omului și formele de discriminare, ameliorarea metodelor de lucru in cadrul comunității, noțiuni necesare pentru obținerea cărților de identitate, etc. (Serviciile de sănătate și romii: Evaluarea Sistemului de Mediere Sanitară).

*Definirea mediatorului sanitar.* Mediatorul sanitar este persoana care sprijină, educă și informează comunitatea cum să acceseze serviciile de sănătate publică. Mediatorul sanitar este persoana care, într-o colaborare reală cu personalul medical, contribuie la îndeplinirea actului medical; mediatorul sanitar nu se va ocupa de partea curativă, ci de partea de prevenție (Ordinul MS 619/2002). Facilitând dialogul între comunitate și cadrele medicale, mediatorul sanitar identifică problemele de sănătate ale romilor și le supune atenției cadrelor medicale, vizitează periodic comunitatea de romi pentru a monitoriza cazurile de îmbolnăvire a persoanelor din cadrul comunității, informând persoanele autorizate de eventualele schimbări care se produc. Misiunea mediatorului sanitar este să prevină situațiile neplăcute care pot apărea în comunitatea de romi din punct de vedere socio-sanitar. Scopul mediatorului sanitar este să faciliteze relațiile de comunicare dintre membrii comunității de romi și reprezentanții autorităților publice locale.

Condițiile pe care trebuie să le îndeplinească o persoană pentru a fi mediator sanitar. Mediatorul sanitar este o femeie de etnie romă cu studii medii, care sprijină sistemul de sănătate publică și sistemul social în acordarea serviciilor publice în funcție de nevoile membrilor comunității de romi (USAID, JSI, 2007):

- *Condiția esențială este să fie femeie.* În comunitatea de romi grijile familiei și casei sunt lăsate pe umerii femeii rome, fiind foarte puțini bărbați romi care se îngrijesc de sănătatea familiei și copilului. Femeia romă este persoana care are grijă de copii și familie, dar care, la rândul ei, are o serie de probleme care îi afectează sănătatea. Mediatorul sanitar, prin activitatea de informare și educare pe care o desfășoară în comunitate, abordează o serie de subiecte delicate și care nu se discută în prezența bărbaților, de exemplu sănătatea reproducerii. Romani CRISS a încercat să colaboreze și cu bărbați în postul de mediere sanitară însă, pe parcurs, s-a dovedit că

bărbații mediatori sanitari nu pot relaționa cu femeile din comunitate. O femeie mediator sanitar relaționează foarte bine cu femeile din comunitate și înțelege problemele acestora mult mai bine.

- *Să fie recunoscută de comunitatea de romi din care face parte.* Pentru a fi un mediator sanitar de succes trebuie să fii recunoscut de comunitate ca un model demn de urmat. O persoană care nu este agreată în comunitate datorită problemelor personale sau datorită comportamentului inadecvat nu poate să desfășoare activități de mediere sanitară. Nu poți discuta cu o femeie despre igiena spațiului de locuit dacă igiena spațiului de locuit al mediatorului lasă de dorit. Mediatorul sanitar trebuie să se bucure de recunoașterea comunității, să fie un model și pentru alte femei din comunitate și mai ales pentru tinerele fete.
- *Să locuiască în comunitatea de romi.* Este foarte important ca mediatorul sanitar să locuiască în comunitate deoarece munca lui se desfășoară în comunitatea de romi și este important ca membrii comunității să cunoască adresa mediatorului sanitar. Totodată, mediatorul sanitar trebuie să provină din comunitatea respectivă deoarece în felul acesta cunoaște toate problemele comunității și cunoaște specificul acelei comunități. Mediatorul sanitar este cultivator de încredere și membrii comunității trebuie să aibă încredere în mediatorul sanitar.
- *Să fie mamă.* Mediatoarele sanitare mame relaționează mai bine cu mamele rome și înțeleg mai bine problemele lor. Experiența de viață în îngrijirea unui copil poate fi transferată și altor mame din comunitate. Însă sunt și mediatoare sanitare care nu sunt mame și care relaționează foarte bine atât cu fetele tinere, dar și cu mamele, însă nu putem să apreciem cât de eficient comunică o mediatoare sanitară care nu este mamă și care discută cu o mamă despre importanța vaccinărilor. Ideal ar fi ca mediatoarea sanitară să fie și mamă.
- *Să aibă abilități în comunicarea interumană.* Principala problemă din care derivă situația de conflict dintre romi și autoritățile locale este lipsa de comunicare. De aceea este foarte important ca mediatorul sanitar să aibă abilități de comunicare atât cu membrii comunității, cât și cu reprezentanții autorităților locale și cu personalul serviciilor publice.
- *Să colaboreze cu ONG-urile romilor și ne-romilor.* În munca pe care o desfășoară, un mediator sanitar se confruntă cu foarte multe probleme pe care, fără ajutorul ONG-urilor sau al liderului, nu le poate rezolva. Exemplu sunt ajutoarele umanitare. Mediatorul sanitar nu are voie să distribuie ajutoare de nici un fel. În cazul în care se va confrunta cu un astfel de caz, mediatorul va responsabiliza liderul local sau ONG-ul care reprezintă interesele comunității. În ziua în care se distribuie ajutoare umanitare în comunitate mediatorul sanitar își ia liber. Stă acasă și își rezolvă

problemele personale. S-au întâlnit cazuri în care mediatorii sanitari, din dorința de a ajuta membrii comunității, au distribuit ajutoare împreună cu membrii unor asociații umanitare. La sfârșitul acțiunii pachetele nu au ajuns pentru toată lumea și mediatorul sanitar a fost acuzat de comunitate că nu a distribuit corect. Ca urmare a acestei acțiuni în comunitatea respectivă s-a iscat un conflict între mediatorul sanitar și membrii comunității care s-a soldat cu desfacerea contractului de muncă al mediatorului sanitar.

- *Să aibă capacitate empatică*, să se identifice cu problemele celui asistat. Una din condițiile cele mai importante pentru a fi un mediator sanitar de succes este ca mediatorul sanitar să aibă calitate empatică. Adică să încalțe pantofii persoanei pe care o asistă. Mediatorul sanitar trebuie să fie aproape de oameni și să le înțeleagă problemele.
- *Să nu facă politică*. Mediatorul sanitar nu trebuie perceput ca un lider politic și nu trebuie să se implice în procesul electoral. În cazul în care un mediator sanitar dorește să participe la alegeri este o opțiune personală, însă nu poate să activeze în același timp în poziția de mediator sanitar. De obicei, în campania electorală, candidații promit foarte multe lucruri care contravin principiilor de lucru ale mediatorilor sanitari. Mediatorul sanitar nu are voie să promită. Chiar dacă este sigur că poate rezolva un caz, mediatorul sanitar nu trebuie să promită că poate rezolva cazul.

### *Atribuții ale mediatorului sanitar*

Mediatorul sanitar are următoarele atribuții (O 619/2002):

*Atribuții sociale:* 1) îndrumă persoanele care nu realizează venituri către serviciile sociale oferite de către autoritățile locale (Primărie, DGMPs) în vederea beneficierii de prevederile Legii 416/2001 și, în cazul șomerilor, de ajutorul de șomaj; 2) sprijină serviciul social din cadrul autorităților locale la întocmirea anchetelor sociale; 3) sprijină persoanele de etnie romă în procesul de obținere a actelor de identitate (cărți de identitate, cărți de identitate provizorii, certificate de naștere); 4) sprijină persoanele de etnie romă în procesul de dobândire a calității de asigurat medical.

*Atribuții medicale:* 1) cultivă încrederea reciprocă dintre autoritățile publice locale și comunitatea din care face parte; 2) facilitează comunicarea dintre membri comunității și personalul medico-sanitar; 3) catagrafiază gravidele și lăuzele în vederea efectuării controalelor medicale periodice prenatale și post-partum; le explică acestora necesitatea și importanța efectuării acestor controale și le însoțește la aceste controale, facilitându-le comunicarea cu medicul de familie și cu celelalte cadre sanitare; 4) explică noțiunile de bază și avantajele planificării familiale, încadrându-le în sistemul cultural tradițional al comunității de romi; 5) catagrafiază populația infantilă a comunității; 6) explică noțiunile de bază și importanța asistenței medicale a copilului; 7) promovează alimentația

sănătoasă, în special la copii, precum și alimentația la sân; 8) urmărește înscrierea nou-născutului pe listele (titulare sau suplimentare) medicului de familie; 9) sprijină personalul medical în urmărirea și înregistrarea efectuării imunizărilor în cadrul populației infantile din comunitate și a examenelor clinice de bilanț la copiii cu vârsta între 0-7 ani; 10) explică avantajele includerii persoanelor în sistemul asigurărilor de sănătate, precum și procedeul prin care poate fi obținută calitatea de asigurat; 11) explică avantajele igienei personale, a locuinței și a spațiilor comune; popularizează în cadrul comunității măsurile de igienă dispuse de autoritățile competente; 12) facilitează acordarea primului ajutor prin anunțarea cadrelor medicale/serviciului de ambulanță și prin însoțirea echipelor care acordă asistență medicală de urgență; 13) mobilizează și însoțește membri comunității la acțiunile de sănătate publică (campanii de vaccinare, campanii de informare, educare, conștientizare din domeniul promovării sănătății, acțiuni de depistare a bolilor cronice etc.); explică rolul și scopul acestora; 14) participă la depistarea activă a cazurilor de tuberculoză și a altor boli transmisibile, sub îndrumarea medicului de familie sau a cadrelor medicale din cadrul direcțiilor de sănătate publică județene; 15) la solicitarea cadrelor medicale, sub îndrumarea strictă a acestora, explică rolul tratamentului medicamentos prescris, reacțiile adverse posibile ale acestuia și supraveghează administrarea medicamentelor (de exemplu: tratamentul strict supravegheat al pacientului cu tuberculoză); 16) însoțește cadrele medico-sanitare în activitățile legate de prevenirea sau de controlul situațiilor epidemice, facilitând implementarea măsurilor adecvate.

### **Cadrul legal al asistenței medicale comunitare**

Legea 95/2006 privind reforma în sănătate, titlul V –asistența medicală comunitară (art.126-art.140):

Art. 126 (2) Asistența medicală comunitară cuprinde ansamblul de activități și servicii de sănătate organizate la nivelul comunității pentru soluționarea problemelor medico-sociale ale individului, în vederea menținerii acestuia în propriul mediu de viață și care se acordă în sistem integrat cu serviciile sociale.

Art. 127 (1) Asistența medicală comunitară presupune un ansamblu integrat de programe și servicii de sănătate centrate pe nevoile individuale ale omului sănătos și bolnav, acordate în sistem integrat cu serviciile sociale. (2) Programele și serviciile de asistență medicală comunitară se realizează în concordanță cu politicile și strategiile Ministerului Sănătății Publice, Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei, Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, Agenției Naționale pentru Protecția Familiei, ale altor instituții ale autorității locale cu responsabilități în domeniu, precum și cu cele ale autorităților locale

Ordinul MS nr. 619/2002 privind mediatorul sanitar pentru comunitățile de romi: Art. 5. - Mediatorii sanitari au rolul principal de a înlesni comunicarea dintre comunitățile de romi și cadrele sanitare, contribuind la creșterea eficacității intervențiilor de sănătate publică.

HG nr. 862/2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății Publice

OG nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale precum și pentru suspendarea aplicării unor prevederi legale.

HG Nr. 56 din 29 ianuarie 2009 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății către autoritățile administrației publice locale. HG Nr. 562 din 10 mai 2009 pentru aprobarea Strategiei de descentralizare în sistemul de sănătate.

## **Impactul asistenței medicale comunitare asupra serviciilor locale**

### **Determinanții stării de sănătate**

Ocrotirea sănătății este o problema **socială**. Sănătatea publică este o știință a acțiunii comunitare, economice și sanitare, componentă a dezvoltării, reprezintă argumentul major pentru cercetarea măsurilor sanogene cu contribuția grupurilor sociale, în scopul menținerii sănătății, prevenirii și combaterii bolilor, și a consecințelor acestora. După Hanlon sănătatea publică este „știința protejării oamenilor și sănătății” (Enăchescu și Marcu, 1998). Sănătatea publică reprezintă ansamblul cunoștințelor, deprinderilor și atitudinilor populației orientate spre menținerea și îmbunătățirea sănătății. ca ramură și parte integrantă a sănătății publice se numără și medicina comunitară, desemnând legatura bilaterală între medicină și comunitate și determinismul socio-economic, politic și cultural al sănătății populației. Sănătatea nu este numai simpla absență a bolii, ci este o stare de bine totală, conceptul de sănătate însumează trei componente indisociabile: sănătatea fizică, sănătatea mentală și sănătatea socială definiția OMS, 1948). Sănătatea grupurilor umane reprezintă o sinteză a sănătății individuale apreciate într-o viziune sintetică, globală. Evoluția societății după milenii și secole de incertitudini și agresioni în existența sa planetară, primește în epoca modernă conceptualitatea dualității pentru noțiunea de sănătate, sensul său prioritar contopindu-se cu atributele de promovare, echilibru și protecție. Sănătatea reprezintă marea bogăție a lumii. Sănătatea este o calitate a vieții, pe de o parte, iar pe de altă parte reprezintă și o măsură a calității vieții (al nivelului de trai socio economic și cultural). Starea de sănătate a populației poate fi definită ca un complex de fenomene negative (de morbiditate, invaliditate, mortalitate) și pozitive privind dezvoltarea psiho-somatică și proporția populației sănătoase, complex determinat de condițiile social-economice, culturale, igienico-sanitare, geoclimatice. Evoluția stării de sănătate a populației este reliefată de indicatori care exprimă concomitent și nivelul factorilor determinanți preponderenți social-economici și culturali. În 1998 OMS a clasificat determinanții stării de sănătate în patru mari grupe: 1) macroeconomici; 2) factori de mediu; 3) socio-economici; 4) educaționali. Fiecare grup include, la randul său, determinanți direcți și indirecti:

- determinanții direcți: 1) stil de viață (fumat, tip de alimentație, alcool, droguri); condiții de mediu fizic și social (acces la apă potabilă, habitația); comportamente de grup social (violență la mediul familial, accesul la servicii de sănătate).
- determinanți indirecți: 1) produsul intern brut; 2) sărăcia; 3) poluarea; 4) modificări climatice; 5) migrația; 6) modificări socio-demografice în structura populației; 7) situațiile de criză (dezastre naturale, atacuri armate, etc).

În activitatea de teren, asistentul medical comunitar trebuie să țină cont de toate aceste aspecte prezentate mai sus. Cunoașterea cât mai aprofundată a acestor determinanți ai stării de sănătate vor ajuta profesionistul din asistența medicală comunitară să intervină cu succes la îmbunătățirea stării de sănătate a comunității pe care o deservește. El va ști ce programe și servicii să acceseze astfel încât să contribuie pozitiv la îmbunătățirea stării de sănătate a populației din comunitate.

### **Lucrul în rețea**

Comunitatea se confruntă cu un complex de probleme medicale și sociale. Rolul asistentului medical comunitar este de a identifica aceste probleme, și de a interveni cât mai prompt posibil. Acest lucru asistentul medical comunitar nu îl poate rezolva singur. Prin urmare, apare necesitatea unei cooperări eficiente și complementare între diferiți profesioniști, între instituțiile publice și private de învățământ, sociale, de sănătate, juridice și religioase și între diferite resurse și servicii. Acest lucru poate fi realizat prin lucrul în rețea, o modalitate de cooperare în domeniul social care facilitează atingerea obiectivelor cu eforturi mai mici și resurse mai puține. Prin această modalitate de lucru se evită atât lipsa, cât și suprapunerea intervențiilor necesare rezolvării anumitor probleme. Lucrul în rețea aduce beneficii tuturor celor implicați, inclusiv beneficiarilor, și îmbunătățește rezultatele acțiunilor (ANPDC, 2006). Lucrul în rețea este o modalitate de a împărtăși informații și de a distribui sarcini pentru a obține un rezultat – pentru a folosi fiecare „membru” al rețelei ca pe o unitate ce realizează o parte din sarcină. Membrii rețelei pot fi : 1) asistentul medical comunitar; 2) asistenții medicali; 3) mediatorul sanitar; 4) medicii; 5) profesorii; 6) poliția; 7) asistenții sociali; 8) peroții; 9) alți actori relevanți din comunitate.

Atunci când aceștia cooperează, își distribuie reciproc responsabilități și sarcini, împărtășesc informații și resurse pentru un obiectiv comun, înseamnă că lucrează în rețea. O cerință pentru eficiența lucrului în rețea este ca toate părțile să dorească să participe și să coopereze, ceea ce necesită schimbarea mentalităților și a modalităților de lucru, precum și conștientizarea de către diferiții participanți a faptului că aparțin unor instituții, organizații sau servicii diverse: servicii publice de asistență socială, direcții generale de asistență socială și protecția copilului, Biserică, poliție, școli, sistem juridic, servicii medicale etc. Fiecare dintre acestea are un cadru legislativ specific, practici diferite, responsabilități diferite și diverse domenii de expertiză. Demararea lucrului în rețea



înseamnă punerea laolaltă a tuturor elementelor de mai sus pentru a atinge obiectivele comune.

### *Nevoia de a lucra în rețea*

În domeniul asistenței medicale comunitare, asistentul comunitar este cel care identifică problema, dar este nevoie de lucru în rețea pentru rezolvarea acesteia. Astfel, lucrul în rețea poate ajuta în ceea ce privește: 1) informarea (ține membrii la curent cu evoluția actuală din domeniu. Asistentul comunitar poate aduce la cunoștința membrilor problemele identificate pe teren); 2) stabilirea de contacte (membrii se pot întâlni între ei); 3) promovarea (conștientizarea publică a activităților membrilor și importanța lor cu privire la acest subiect); 4) susținerea (promovarea unei anumite modalități de abordare a muncii în teren); acțiunea (inițierea de acțiuni); 5) sprijinul reciproc în orice problemă identificată. Procesul de dezvoltare a unei rețele presupune parcurgerea mai multor pași:

Pasul 1: cunoașterea reciprocă: cine suntem, ce facem, ce responsabilități și expertiză deținem? cum lucrăm?

Pasul 2: definirea problemelor identificate în comunitate: ce este relevant în comunitatea noastră? ce este relevant pentru munca mea? în ce fel sunt responsabilitățile și experiența mea legate de problemele comunității?

Pasul 3: identificarea problemelor: cum le putem aborda și ce dorim să obținem?

Pasul 4: stabilirea lucrului în rețea: cum putem coopera, ce instrumente putem folosi și de ce resurse dispunem? cum ne putem informa, sprijini reciproc și cum putem funcționa împreună? cum putem defini criteriile și modalitățile de abordare comune? în cadrul acestui pas trebuie definite strategiile și relațiile externe cu alte organisme.

### *Actorii din comunitate*

Poliția cunoaște foarte bine comunitatea. Polițiștii pot participa la identificarea diverselor situații de risc și pot informa asistentul medical comunitar; pot facilita intervenția timpurie în situații de vulnerabilitate; pot sesiza situațiile copiilor aflați pe străzi în timpul programului de școală, cazurile când există probleme în familie și trebuie să se intervină etc. Au un rol important în a oferi informații privitoare la aceste situații și pot sprijini alte servicii pe măsură ce își îndeplinesc îndatoririle.

Medicii și asistentele medicale ale comunității. În timpul consultațiilor la cabinet sau al vizitelor la domiciliu, pot fi martori ai diverselor probleme ale familiilor și copiilor acestora, ai bătrânilor fără familie, persoanelor cu dizabilități și fără susținători. Ei pot oferi informații, sprijin, și contribuie la implementarea programelor de sănătate.

Profesorii reprezintă, de asemenea, o bună sursă de informații. Ei educă adulții de mâine. În relația cu părinții, pot juca un rol important, oferindu-le sprijin și informații pentru respectarea drepturilor copilului.

Preotul poate sprijini familiile din comunitate și poate oferi informații cu privire la activitățile desfășurate de alți membri ai comunității. Datorită influenței sale deosebite în comunitate, preotul are posibilitatea de a multiplica informația, de a sublinia importanța drepturilor copilului, protecția persoanelor vârstnice, evitarea violenței domestice, protecția și respectul persoanelor cu dizabilități, etc.

Comunitatea, prin intermediul membrilor, asociațiilor, conducătorilor săi etc., poate desfășura activități de promovare, protecție și implementare a programelor pentru comunitate (Cojocaru, 2008c, 2010). Membrii comunității sunt cei care pot sprijini inițiativele propuse de diverși profesioniști. În cadrul comunității putem avea organizații neguvernamentale pregătite să ofere rețelei servicii și resurse.

*Asistenții sociali au un rol esențial în rețea.* Datorită poziției pe care o ocupă, pot fi cei care sprijină crearea rețelei (Cojocaru, 2008a) și pot desfășura activități de coordonare și de identificare a resurselor.

Asistentul medical comunitar și/sau mediatorul sanitar sunt cei care cunosc foarte bine comunitatea și problemele acesteia, ei fiind primii care pot identifica o problemă apărută în comunitate.

### **Comunitatea – spațiu de îndeplinire a atribuțiilor asistentului medical comunitar/mediatorului sanitar**

#### *Abordarea comunității*

În definiția comunității distincția clasică rămâne cea inițiată de Ferdinand TÖNNIES (1944) între comunitate (*gemeinschaft*) și societate (*gesellschaft*). Comunitatea este un sistem social în care relațiile sunt personale, informale, tradiționale și sunt bazate pe sentimente (sat, bloc, cartier, oraș mic, etc.). Societatea este un sistem în care relațiile sunt impersonale, utilitare, formale, raționale, bazate pe schimburi comerciale, politice, etc. “În comunitate omul se naște și e legat de aceasta la bine și la rău ... Există o comunitate familială de origine, de obiceiuri, de credințe.” William și Loureide Biddle (1965) afirmă “comunitatea este reprezentată de sentimentele pe care cetățenii locuind într-o anumită zonă le împărtășesc în comun”. Din aceasta afirmație se vede clar că limitele comunității nu sunt strict definite. Existența unei comunități este însoțită și determinată de sentimentul apartenenței la respectiva comunitate. După Dunham (1970) dezvoltarea comunitară este: “procesul conștient de interacțiune socială și acea tehnică specifică asistenței sociale care au cel puțin unul din următoarele obiective: 1) rezolvarea nevoilor de bază și obținerea și menținerea unui echilibru între nevoile și resursele unei comunități; 2) ajutorarea oamenilor de a trata mai eficient problemele și scopurile lor, prin sprijinirea lor pentru a-și dezvolta, întări și menține calitățile de participare, autocontrol și cooperare; 3) obținerea de schimbări în cadrul relațiilor comunitare și de grup precum și la nivelul centrelor de decizii comunitare (Miftode, 2003).

Asociația Națională a Asistenților Sociali din SUA (NASW) a stabilit ca obiective ale dezvoltării comunitare următoarele:

1. Oferirea de posibilități pentru comunitate de a-și mobiliza resursele în scopul rezolvării problemelor sociale și prevenirii cronicizării lor: oferirea către cetățeni a mijloacelor pentru a-și mobiliza, exprima și pune în acțiune în mod eficace responsabilitățile lor specifice față de comunitate; oferirea de mijloace către agențiile sociale pentru a pune în acțiune în mod eficace responsabilitățile lor specifice față de comunitate; oferirea de mijloace pentru asistenții sociali profesioniști pentru a-și îndeplini responsabilitățile comunitare.
2. Oferirea unor mijloace de interacțiune între diferitele segmente ale comunității: între diferiți cetățeni și grupuri specializate ce se preocupă de bunăstare comunitară; între diferiții specialiști și între practicieni și conducerea comunității; între profesioniști și forțele instituționale cum ar fi sistemul școlar, sistemul medical, sistemul juridic, etc.
3. Oferirea de servicii de planificare socială către comunitate prin: crearea de planuri de dezvoltare socială; punerea acestora în aplicare; influențarea politicilor de bunăstare socială și a altor domenii strategice care pot influența bunăstarea populației; asistența în mobilizarea unei finanțări adecvate guvernamentale sau private (National Association of Social Workers, Inc. New York, 1964)

Practica dezvoltării comunitare poate fi și ea descrisă ca un proces de rezolvare de probleme cu etape clare și necesare pentru atingerea unui obiectiv dorit pentru prevenirea sau ameliorarea problemelor comunității. Se vede clar că limitele comunității nu sunt strict definite. Existența unei comunități este însoțită și determinată de sentimentul apartenenței la respectiva comunitate. În această perspectivă “dezvoltarea comunitară” poate fi definită ca un proces social prin care indivizii dintr-o comunitate controlează tot mai bine și se adaptează tot mai bine la aspectele specifice ale unei lumi în permanență schimbare.

### *Probleme în zonele rurale*

a. *Lipsa serviciilor.* Ceea ce caracterizează zonele rurale, neurbanizate, în măsură mai mare decât marile orașe, este rata mare a șomajului. Majoritatea serviciilor publice și a celorlalte surse de angajare funcționează deficitar sau nu funcționează deloc în zonele rurale. Însă, cea mai acută problemă a zonelor neurbanizate este în domeniul serviciilor de sănătate. Pur și simplu nu sunt suficienți medici, asistente, farmacii și paturi de spital pe cap de locuitor comparând cu marile orașe sau alte zone urbanizate. Majoritatea cadrelor medicale și a celorlalți lucrători din sănătate, preferă să lucreze cu oameni cu dare de mână și în zone în care sa aibă suficienți pacienți sau clienți pentru a putea susține financiar cabinete specializate și unde ar beneficia de servicii publice și școli bune pentru familiile lor. Acestea sunt motivele pentru care majoritatea profesioniștilor în domeniu preferă să se stabilească în zonele urbane și nu în cele rurale. Una dintre problemele de bază a ruralității și a comunităților din aceste zone implicit o reprezintă

lipsa mijloacelor de transport, mai ales a mijloacelor de transport în comun. Rezidenții marilor orașe au avantajul accesului la autobuze, troleibuze și metrou care la un preț relativ redus, asigură mersul lor la serviciu, la biserici, la locurile destinate recreerii și divertismentului. Zonele rurale sunt deficitare în acest domeniu datorită numărului mic de mijloace de transport în comun de care dispun. Cei care se bazează pe taxiuri pentru a se deplasa consideră alternativa ca fiind foarte scumpă, de aceea, cei care își permit o acceptă ca atare, cei care nu încearcă eliminarea ei sau stricta limitare. Mulți se bazează pe prieteni sau vecini pentru ajutor în transport, dar la un moment dat și asta se poate dovedi scump. Singurul mijloc de transport sigur și practic (excluzând căruțele și bicicletele), îl constituie autoturismele proprietate personală, care, paradoxal, poate este și cel mai scump dacă luăm în calcul pe lângă prețul de achiziție și întreținerea în stare de funcționare a autoturismului, carburantul folosit, precum și asigurarea acestuia.

b. *Asigurările sociale ca factor economic.* Deși problema nu este des luată în discuție în literatura de specialitate, asigurările sociale (șomajul și alocațiile copiilor) au puternice implicații economice în diferit comunități. În zonele rurale, programele de ajutor social sunt de multe ori cel mai important factor economic în comunitate. Programele de asigurări sociale ca venit suplimentar în anumite situații, ajutorul temporar pentru familiile în dificultate, alocațiile, șomajul pot constitui cel mai important (cantitativ vorbind) venit al membrilor comunității.

c. *Lipsa locurilor de muncă.* Cele mai multe comunități mici sunt de fapt orașe mono- sau bi-industrializate. Bineînțeles, ocupația rurală de bază a fost și este agricultura și în anumite zone mineritul. Totuși există și alte tipuri de industrii dezvoltate în comunități rurale, turism, agroturism, diferite activități ale pensionarilor, mici afaceri de familie, bazate pe lucruri create în casă și apoi vândute. Cele mai multe comunități mici nu oferă o diversificată ofertă de angajări, deși majoritatea tinerilor pleacă să-și găsească serviciu în alte locuri sau se mulțumesc cu oferta limitată de surse de venit pe plan local. Chiar și pentru cei educați, aceste comunități nu pot oferi serviciu decât în școli, eventual licee, biserici și agenții de asistență în servicii. Cei mai mulți angajați din mediul rural fac naveta. Trenurile și autobuzele nu prea ajung prin cele mai mici localități, de aceea naveta se face cu propriul automobil sau autostopul, ambele fiind destul de nesigure și costisitoare. După cum s-a menționat, și la începutul acestui capitol, șomajul în zonele neurbanizate sau în micile orașe este mult mai ridicat decât în marile orașe, deși, în general se presupune ca situația este inversă.

d. *Viața de familie în tranziție.* Viața de familie în comunitățile rurale era tradițională, familiile extinse reprezentau ceva comun. Tatăl lucra în afara casei, iar mama era sau casnică sau ajuta în mica afacere a familiei. Membrii familiei erau înconjurați mereu de părinți, bunici, unchi, mătuși, verișori și prieteni ai căror ochi omniprezenți ajutau micile comunități să mențină vii normele, regulile comportamentului social și favorizau instituirea unei moșteniri spirituale, a unei tradiții și comuniuni. Străzile erau sigure, ușile erau majoritatea timpului deschise, neînchinate, iar copiii împânzeau străzile și aleile fără frică. În orașe viața de familie, incluzând familia extinsă, este încă importantă, dar bazele

ei încep să se șubrezească și să se facă simțit acest lucru. Mulți tineri se îndreaptă spre marile orașe, părăsind astfel familia extinsă. Alți membri ai familiei sau mor sau părăsesc micile orașe pentru a li se alătura copiilor “expatriati”. Crăciunul, Paștele, și reuniunile școlare încă adună membrii familiilor acasă, totuși legăturile sociale nu sunt la fel de puternice. “Rețelele” sociale se slăbesc încet, tendința de ajutor reciproc implicit pierde din importanță, iar măsurile de control și sistemul informal de reguli în cadrul comunității fac loc unui set mai formal de măsuri, cum ar fi lărgirea forțelor de poliție și instituirea de centre pentru îngrijirea sănătății mentale. Străzile au devenit nesigure, ușile încuiate, iar din ce în ce mai mulți locuitori au început să pună la îndoială posibilitățile oferite de viitor. Calitatea esențială a activității de asistență medicală comunitară în zonele rurale este modul în care aceasta meserie este practică. Dezvoltând teoriile asistenței sociale în comunitățile mici, ceea ce se evidențiază clar este că, pentru a fi eficienți, practica trebuie adaptată nevoilor specifice micilor comunități. Cei care au dezvoltat aceste teorii au ajuns la concluzia că micile comunități beneficiază de mai puține resurse umane în comparație cu cele mai mari, mai ales în domeniul social, dacă ne gândim la lucrători profesioniști în cadrul serviciilor sociale. Din aceasta cauză, asistenții medicali comunitari din aceste comunități trebuie să știe câte puțin din toate domeniile, pentru a se putea descurca, sau, cel puțin cum să pună cam totul la dispoziția clienților din aceste comunități. Asistentul medical comunitar trebuie să asigure o consiliere directă sau să se ocupe de cazuri anume, să se implice în viața comunității și să aibă abilități administrative și competență în cercetare.

### *Cunoștințe necesare în practica asistenței medicale comunitare*

a) *Cunoștințe despre comunitate.* Este necesar să cunoaștem nu numai “comunitatea”, dar și comunitatea văzută de cei nou veniți, de membri ai grupurilor minoritare, de cei cu orientări sexuale diferite etc. Diferite grupuri vor prefera diferite tipuri de ajutor. De exemplu, adolescentele însărcinate vor căuta mai întâi ajutor în rețeaua de suport informal (familie și prieteni). Se vorbește prea des, în termeni generali, despre felul în care serviciile sociale și programele de asistență financiară vin în întâmpinarea nevoilor umane. De exemplu, “în comunități pot fi implementate serviciile de îngrijire la domiciliu, care îi vor ajuta pe cei în vârstă să rămână acasă”. Deși afirmația oglindește nevoia acestui serviciu, lasă și impresia că toate comunitățile sunt în esența la fel. De fapt unele caracteristici ale unor comunități sau regiuni pot sta în calea succesului unui proiect. De aceea este necesar să fim conștienți de caracteristicile comunităților, cum ar fi serviciile din cadrul lor, structura de conducere, valori și altele. Într-o comunitate care nu este omogenă din punct de vedere etnic este esențială înțelegerea valorilor și realităților politice și economice care aparțin comunităților etnice. În lipsa acesteia se poate ajunge la identificarea unor probleme care de fapt nu sunt privite ca atare de către comunitatea respectivă sau la elaborarea unor viziuni și programe care nu țin seama de specificul etnic. Dacă nu primește ajutor în rezolvarea unei probleme, cetățeanul obișnuit, fiind frustrat, ar putea să dorească să schimbe sistemul. Dar nici nu poate să înceapă să facă acest lucru dacă nu știe prea multe despre “sistem”, sau cel puțin despre partea care

trebuie schimbată. După ce ar cerceta puțin ar putea să afle că nu este vina sistemului, ci a oamenilor care sunt desemnați să se ocupe de anumite probleme. Sau cetățeanul poate descoperi că conducerea locală vrea să facă anumite lucruri dar nu poate deoarece constituția sau legile statului nu-i permit să strângă bani sau să furnizeze anumite servicii.

b) *Identificarea persoanelor vulnerabile din comunitate*: persoane de etnie romă; persoane cu dizabilități; tineri peste 18 ani care părăsesc sistemul instituționalizat de protecție a copilului; familii cu mai mult de 2 copii, inclusiv familiile monoparentale; persoane aflate anterior în detenție, persoane aflate în detenție, delincvenți juvenili; persoane dependente de droguri și de alcool și foști dependenți de droguri; persoane fără adăpost; victime ale violenței în familie; persoane afectate de boli care le influențează viață profesională și socială (ex. HIV/SIDA, cancer etc.); persoane afectate de boli ocupaționale; imigranți; refugiați și persoane care solicită azil; victime ale traficului de persoane; persoane care au părăsit de timpuriu școala; persoane care trăiesc din venitul minim garantat etc.

c) *Identificarea serviciilor din comunitate*. Asistentul medical comunitar trebuie să-și cunoască foarte bine comunitatea, astfel încât să știe care sunt serviciile importante din comunitate pentru o bună desfășurare a activității sale (Cojocarul și Cojocarul, 2008). Astfel serviciile importante din comunitate sunt: grădinițe, școli; medici de familie; dispensare, policlinici, spitale, maternități; servicii de protecție a copilului: asistenți maternali, centre de zi, centre de plasament, adăposturi pentru copii străzii, centre maternale; servicii de protecție împotriva violenței domestice; asistent social în primărie; serviciile de protecție pentru persoanele cu handicap, inclusiv pentru cei cu HIV/SIDA; servicii de protecție pentru persoanele în vârstă: spitale cronice, case de bătrani, centre de zi, etc.; mediatorii sanitari, promotorii pentru serviciile existente.

### *Mobilizarea comunității*

Mobilizarea comunității pentru sănătate este o acțiune stimulată de comunitatea însăși sau de alții, care este planificată, desfășurată și evaluată de indivizii comunității, de grupuri și organizații pe baze susținute în scopul rezolvării problemelor de sănătate (MS, IOMC, JSI, UNICEF, UNFPA 2004). Mobilizarea comunității nu este numai un proces reactiv, ci și unul proactiv. Mobilizarea trebuie să aibă obiective foarte clare, dar de multe ori cele imediate nu sunt și cele finale. Atunci când se mobilizează o comunitate se încearcă să se stabilească acțiuni și obiective imediate, în același timp păstrând în minte scopul viitor-idealul.

Factorii fundamentali ai mobilizării comunității:

- *Drepturile omului*. Sănătatea este un drept al omului, nu un dar sau un serviciu pe care cineva îl face comunității;

- *Comunitate.* Comunitatea nu este numai un spațiu uman aferent unui teritoriu definit. Astăzi, comunitățile pot fi definite, mai larg, în termenii intereselor sau caracteristicilor comune, dar ele nu sunt omogene și există posibilitatea ca ele să fie pline de conflicte sau în contradicții. Mulți dintre oamenii care trăiesc într-o comunitate pot fi excluși din procesele de luare a deciziei, și au acces limitat la servicii și informații. (femeile, cei foarte săraci, adolescenții, etc.) aceste grupuri marginalizate sunt expuse riscului cel mai mare al problemelor sociale și de sănătate. Ele au dreptul și trebuie invitate să participe activ la lucrul în comunitate pentru a se asigura că nevoile lor sociale și de sănătate sunt rezolvate. Este important să se asigure și să se promoveze autonomia comunității, dar aceasta nu trebuie interpretată ca o izolare față de lumea exterioară.
- *Sănătate.* Sănătatea este o parte a multitudinii de probleme sociale și de aceea este o componentă importantă a dezvoltării integrate, deci nu poate fi tratată izolat. Dezbaterile asupra sănătății ar trebui să se axeze pe o trecere de la simple obligații guvernamentale și satisfacerea nevoilor umane de bază, la drepturile oamenilor și la statutul de cetățean al acestora. Sănătatea este intim legată de dezvoltarea socio-economică, de justiție, educație, solidaritate și pace. Este obligația statului de a asigura dreptul la sănătate a populației sale.
- *Cultura.* Noi trăim într-un proces continuu accelerat de hibridizare culturală. Mobilizarea comunității trebuie să respecte cultura și să recunoască diversitatea acesteia. Cultura nu este nici statică nici izolată, astfel încât comunitățile să acționeze sub influența unor valori contradictorii. Membrii comunității trebuie să fie primii care să revadă și să clarifice ceea ce valorează și ceea ce nu înainte de a stabili cum vor acționa. Dar, opoziția în fața unor anumite valori nu trebuie interpretată ca opoziție în fața culturii. A înțelege un alt punct de vedere nu înseamnă și faptul că nu poți critica acel punct de vedere.
- *Genul.* Încorporarea problematicii de gen (feminin sau masculin) nu înseamnă numai a lucra cu femeile ori a adăuga bărbați în proiect. Genul ia în considerare inegalitățile sociale referitoare la relațiile de dominare sau subordonare dintre femei și bărbați.
- *Educație.* Proiectele de mobilizare a comunității sunt educaționale prin aceea că ele deschid porțile spre învățare, reflecție și transformare personală (Cojocaru, 2004, 2006). Metodele tradiționale de educație ca metoda de tip “depozitul bancar” prin care profesorii “depun” cunoștințe în elevii lor ar trebui înlocuite cu metodele de “punere a problemelor” care încurajează dezvoltarea unei conștiințe critice, a solidarității și a îndatoririlor cetățenești. Proiectele trebuie să ia în considerare adoptarea proceselor interactive și “inter-învățarea” (învățarea unul de la celălalt).

- *Comunicare.* În mobilizarea comunității, comunitatea este subiectul comunicării și nu obiectul ei. Comunicarea verticală bazată pe ordine, mandate și anumite forme de seducție nu este adecvată pentru mobilizarea comunității. În loc de aceasta, mobilizarea comunității favorizează comunicarea orizontală ca “dialog al cunoștințelor”. Oferirea de informații nu este împotriva acestui dialog – informația poate fi utilă pentru munca acestei comunități și nu trebuie trecută cu vederea sau ignorată pentru că nu este parte a dialogului direct sau a feedback-ului. Recent, s-a schimbat modul de înțelegere a comunicării din a fi percepută ca transmitere în a fi percepută în contextul relațiilor, fără a abandona ideea transmiterii de informații. Când se dezvoltă strategiile de mobilizare a comunității, trebuie ținut minte întregul spectru al posibilităților de comunicare, de la mass-media până la comunicarea organizațională.
- *Mobilizare.* Procesul mobilizării este întotdeauna mai aproape de interacțiune și de dialog decât sunt procesele programelor destinate transmiterii de mesaje. Mobilizarea nu trebuie confundată cu impulsurile spontane și sporadice. Înțelepciunea convențională ne indică faptul că este necesar și important să se lucreze cu organizațiile comunitare și cu structurile existente. Cu toate acestea, experiențele din ultima vreme demonstrează că, în anumite cazuri, trebuie create noi organizații comunitare pentru a stimula procesul de mobilizare prin includerea acelor sectoare ale populației care în mod tradițional nu iau parte la luarea deciziei. Mobilizarea nu este un proces linear, neted; are urcușuri și coborâșuri. Mobilizarea nu numai că încearcă să rezolve nevoile specifice, dar încearcă și să influențeze politica locală, regională și națională.
- *Participare.* În mobilizarea comunității, participarea nu este numai o cale de a obține colaborarea populației pentru a asigura compliance pentru atingerea obiectivelor. Participarea este un drept și o nevoie fundamentală a oamenilor și a comunităților. Participarea este un act de responsabilitate, de libertate și de autodeterminare. Ea este importantă în relația cu grupul dar și ca valoare democratică. Prin participare, comunitățile învață cum să transforme co-administrația în management autonom. Participarea poate rezolva conflictele, dar le poate și genera. Participarea nu trebuie sanctificată de către designerii și managerii de programe ca răspuns în a realiza modificări pozitive; nu este un panaceu și nici nu este necesară pentru toate ocaziile.
- *Dialogul cunoștințelor.* Mobilizatorii comunității trebuie să recunoască importanța ambelor tipuri de cunoștințe: științifice/tehnice și populare sau tradiționale. Stabilirea unui dialog respectuos între acestea două poate conduce la practici noi sau îmbunătățite, inovatoare și eficiente și la o mai largă înțelegere a motivațiilor din spatele acțiunilor existente și recomandate.



- *Putere.* Puterea locală este amplificată printr-o organizare eficientă, prin împărtășirea cunoștințelor, adecvarea tehnicilor și experiențelor. Organizarea permite comunității negocierea cu alte entități ale puterii. Puterea este concentrată în organizații care comunică intern și extern. Puterea mai poate fi dobândită prin dezvoltarea resurselor umane și cu asistență externă. Participanții externi ca universitățile, consilieri tehnici, ONG-uri și alții pot ajuta organizațiile să-și dezvolte procesele de mobilizare a comunității, dar nu trebuie să încerce să înlocuiască voința colectivă. Mobilizarea nu numai că îmbunătățește resursele de sănătate și infrastructura, dar și modul de folosire a puterii în scopul dezvoltării legilor. Mobilizarea poate influența și obiceiurile și drepturile indivizilor autonomi în conducerea propriilor lor vieți.
- *Egalitate.* Pe măsură ce numărul oamenilor ce au acces limitat la informație și servicii crește, crește și nevoia de a ajunge la ei. Programele trebuie să acorde prioritate lucrului în sectoarele marginalizate, pentru a echilibra inegalitățile sociale.
- *Conștiința cetățenească.* Acțiunea de îmbunătățire a sănătății este direct legată de educație; ambele construiesc conștiința cetățenească. Mobilizarea comunității poate cataliza dezvoltarea conștiinței cetățenești, prin includerea femeilor și altor sectoare marginalizate, conducând și mai mult la șanse egale și respect pentru aceste grupuri și indivizi. Dezvoltarea conștiinței cetățenești este fundamentală pentru construirea democrației.
- *Rolul instituțiilor (ONG, stat, biserici, întreprinderi particulare, agenții).* Integrarea intersectorială se dezvoltă între organizațiile din comunitate, facilitatori, alte organizații, Stat și agențiile care cooperează la realizarea unor programe comune. Participarea comunității se instituționalizează tot mai mult și este încorporată direct în legile, în structurile, în politicile și procesele guvernamentale. Statul și ONG trebuie să protejeze dreptul individului la sănătate. Comunităților trebuie să li se permită întreținerea propriului lor sistem tradițional de menținere a sănătății, care are anumite avantaje față de sistemele industrializate, dar aceasta nu trebuie să sevească drept pretext pentru o asistență medicală de slabă calitate și nici nu trebuie să preleveze Statul de propriile responsabilități în oferta de servicii de sănătate către cetățenii proprii. Subiectele despre sănătate trebuie incluse în agenda generală a administrației locale, mai ales atunci când serviciile de sănătate sunt în curs de descentralizare.
- *Conducere.* Conducerea nu este absolută, mai degrabă apar diferiți lideri în funcție de nevoile comunității și de circumstanțe. Multe comunități nu mai sunt subiectul unui lider care îi “conduce”. Oricine își poate asuma rolul de conducător pentru anumite acțiuni. Liderul trebuie să se privească mai degrabă ca pe un mediator decât ca pe un motor.

- *Probleme de etică.* Bunele relații interpersonale se bazează pe încrederea stabilită prin respect mutual, onestitate corectitudine. Participanții externi trebuie să fie onești cu comunitățile în ceea ce privește scopul implicării lor în eforturile de mobilizare a comunității și ei trebuie să comunice ceea ce pot face sau nu pentru a-i sprijini. Atunci când s-au făcut promisiuni în cadrul comunităților sau între comunități și actori externi, ele trebuie respectate – dacă nu, încrederea și respectul se vor pierde.

### *Nevoile comunității care trebuie acoperite de către mediatorul sanitar*

Starea de sănătate a romilor depinde de condițiile de locuit, stilul de viață, situația socio-economică și nivelul de educație. Alimentația romilor din comunitățile compacte de romi este în majoritatea cazurilor deficitară atât din punct de vedere calitativ, cât și din punct de vedere cantitativ. Alimentele de bază sunt leguminoasele, consumul de lactate și de carne este redus, iar cel de fructe și de zarzavaturi proaspete este aproape inexistent. Carențele alimentare au consecințe grave, determinând avitaminoze, malnutriție, anemie, distrofie, rahitism. O altă categorie importantă de afecțiuni sunt enterocolitele, care apar datorită consumului de alimente alterate din cauză că nu sunt păstrate în condiții corespunzătoare. De asemenea, au fost identificate intoxicații alimentare apărute în urma consumului de produse alimentare expirate sau a unor produse necomestibile. Accesibilitatea surselor de apă potabilă în comunitățile de romi este deficitară.

Calitatea apei lasă de dorit, această situație favorizând apariția intoxicațiilor și a bolilor contagioase. Igiena, atât cea personală, cât și cea a locuinței, este și ea deficitară datorită accesibilității reduse la sursele de apă, a absenței, în majoritatea cazurilor, a unei camere de baie, dar și datorită absenței educației sanitare. Aceasta din urmă pune populația de romi în imposibilitatea de a adopta o conduită de prevenire a îmbolnăvirilor și de a înțelege importanța controalelor medicale periodice, în special pentru gravide și pentru copii.

Însă, principala problemă a comunităților de romi este accesibilitatea redusă la serviciile medicale. Cauzele care determina această situație sunt următoarele: 1) deficitul de infrastructură medicală în comunitățile de romi sau în imediata apropiere a acestora. Majoritatea comunităților de romi sunt așezate la periferia localităților sau chiar în afara acestora; dificultatea procurării medicamentelor.

Această situație este întâlnită mai ales în mediul rural unde procurarea medicamentelor compensate constituie o problemă acută deoarece nu toate dispensarele au farmacii; 2) absența mijloacelor de transport sau a resurselor materiale care să permită deplasarea la dispensar; 3) lipsa actelor de identitate și a asigurărilor de sănătate; 4) lipsa resurselor materiale, care nu le permite cumpărarea medicamentelor, îi demotivează pe mulți la a mai solicita ajutor medical; 5) problemele legate de legalizarea domiciliului, împreună cu lipsa unor venituri stabile (imposibilitatea de a plăti asigurarea socială) determină imposibilitatea înscrierii la un medic de familie, conform noii legi a asigurărilor sociale de sănătate; 6) majoritatea personalului medical acuză lipsa de igienă personală și

indisciplina romilor care nu vin la vaccinări atunci când sunt chemați sau nu au răbdarea de a-și aștepta rândul atunci când vin pentru consultație; 7) plata informală: romii acuză personalul medical că pretinde “ciubucuri”. În special populația săracă acuză calitatea scăzută a actului medical în lipsa “stimulării” personalului medical; 8) prejudecățile și stereotipurile afectează starea de sănătate a comunităților de romi și în special a copiilor romi. În urma unui sondaj efectuat în zece localități din România s-a constatat că majoritatea personalului medical are atitudini și comportamente negative referitoare la copiii romi cu probleme de sănătate.

Cele mai multe probleme întâlnite de mediatorii sanitari sunt legate de situația actelor de identitate și plata asigurărilor de sănătate. În ceea ce privește actele de identitate situația este sub control deoarece mediatorii sanitari solicită atât sprijinul autorităților locale (Serviciul Informatizat al Persoanei și Biroul de Stare Civilă), cât și sprijinul ONG-urilor locale/județene. Procesul este mai greu, însă funcționează. Problema legată de calitatea de asigurat medical, de multe ori, pune mediatorul sanitar într-o situație delicată. Pentru persoanele defavorizate singura posibilitate de a avea asigurare medicală este Legea 416/2001 – Legea venitului minim garantat. Mediatorii sanitari cunosc foarte bine această lege și de aceea atunci când identifică o persoană care nu are venituri și se încadrează în limitele legale o îndrumă către serviciul social al primăriei. De aici nu mai este treaba mediatorului sanitar. De multe ori oamenii sunt respinși de la plata ajutorului social și mediatorii sanitari sunt puși în imposibilitatea de a oferi explicații oamenilor care își pierd calitatea de asigurat medical.

Mediatorul sanitar trebuie să contribuie la procesul de îmbunătățire a accesului romilor la serviciile de sănătate publică. Însă cum să ai acces la serviciile de sănătate publică dacă nu ai calitatea de asigurat medical? Astfel, comunitatea de romi se confruntă zilnic cu multe dificultăți. Mediatorul sanitar face față cu greu sarcinilor de zi cu zi, neavând cum să rezolve toate aceste probleme enumerate mai sus fără sprijinul autorităților locale/centrale și fără implicarea oamenilor pe care îi deservește. Pentru a face față tuturor acestor provocări, cursul de mediere sanitară ar trebui să aibă două componente: 1) formarea teoretică – Cursul “Noțiuni de mediere sanitară”, susținut de formatorii Romani CRISS; 2) formarea continuă și practică – Cursul “Educație pentru sănătate”, manageriat de coordonatorul activității mediatorilor sanitari din cadrul Autorității de Sănătate Publică.

Din păcate, unii dintre mediatorii sanitari activi în sistemul de mediere sanitară rămân numai cu informațiile primite în cadrul cursului de formare organizat de Romani CRISS. Imediat după ce au terminat cursul, mediatorii sanitari merg direct în teren și se confruntă cu o serie de probleme cărora nu le găsesc soluții. Și atunci încep să solicite ajutorul diferiților actori (medicul de familie, asistentul social din primărie, primarul, coordonatorul de activități din ASP ș.a.). De foarte multe ori mediatorii sanitari identifică cazuri extrem de dificile care nu-și găsesc rezolvarea. Acestea sunt supuse atenției spre rezolvare autorităților competente și pentru că de multe ori aceste cazuri deranjează, mediatorul sanitar este considerat vinovat și se încearcă înlăturarea lui din poziția pe care

o ocupă. Din dorința de a rezolva problemele, de multe ori, mediatorii sanitari intră în conflict cu partenerii de lucru. Aceștia înțeleg diferit/greșit activitatea de mediere sanitară. Medicul de familie consideră utilă colaborarea cu mediatorul sanitar deoarece acesta îl sprijină în campania de vaccinare și îl anunță cu privire la evenimentele desfășurate în comunitate.

La începutul activității de mediere sanitară, medicii de familie care colaborau cu mediatorul sanitar considerau că acesta le aparține și că îl pot folosi pentru diverse activități – să facă ordine și curățenie în sala de așteptare, să îi cizeleze pe pacienții romi care așteapta, să fie un fel de gardă de corp pentru asistenta medicală și pentru medicul de familie în relaționarea cu membrii comunității de romi. Nu acesta este rolul mediatorului sanitar. Mediatorul sanitar nu este plătit de Ministerul Sănătății să ofere servicii de curățenie și nici pe post de gardă de corp. Mediatorul sanitar trebuie privit ca un partener de lucru care trebuie să se ocupe de partea preventivă a actului medical. El trebuie ajutat de personalul medical în procesul de educație sanitară pe care îl promovează în comunitate. Mediatorul sanitar trebuie să sprijine medicul în campaniile de vaccinare, însă mediatorul sanitar trebuie instruit de medicul de familie să le vorbească oamenilor despre importanța vaccinării. În calitate de mediator sanitar nu este de ajuns să anunți vaccinarea, trebuie să și explice ce înseamnă acel vaccin pentru copil. De multe ori mediatorii sanitari nu știu cum să explice și de aceea participarea romilor la campaniile de vaccinare este destul de redusă.

Cel de-al doilea modul, “Educație pentru sănătate”, susținut de coordonatorul din cadrul ASP este foarte benefic pentru activitatea mediatorilor sanitari. Ei trebuie să primească și alte tipuri de informații, cum ar fi: noțiuni generale despre tuberculoză, sănătatea reproducerii, infecții cu transmitere sexuală, noțiuni minime de igienă, îngrijirea spațiului de locuit, măsuri de promovarea sănătății, alimentația copilului. De multe ori mediatorii sanitari sunt întrebați despre unele aspecte enunțate mai sus și aceștia nu știu cum să răspundă. De aceea ei sunt sfătuiți să solicite sprijinul personalului medical atunci când trebuie să abordeze o sesiune de educație în grup pe diferite teme de sănătate. Dacă există o relație bună de colaborare între mediator și personalul medical atunci nu vor fi nici refuzuri ale medicilor sau asistenților medicali în a oferi explicații care să ajungă la membrii comunității.

### *Satisfacții ale asistentei medicale comunitare în mediul rural*

Dar să nu ne lăsăm impresionați de comentariile asupra problemelor și provocărilor cu care se confruntă asistenții medicali comunitari din mediul rural. De altfel, prin însăși natura ei, meseria de asistent medical comunitar este plină de provocări și probleme oriunde ar fi ea practică.

Asistenții medicali comunitari din marile orașe se confruntă cu alte probleme, mult mai diferite de cele din mediul rural sau al orașelor mai mici, însă ele sunt cel puțin la fel de delicate și dificile ca cele în mediul rural. Asistenta medicală comunitară ofera satisfacții semnificative celor care lucrează în mediul rural. Acestea sunt o parte dintre ele:

**Independența:** Asistenții medicali comuntari din marile orase sunt de cele mai multe ori responsabili de foarte multe și diferite chestiuni pe lângă ocupația lor de baza. Pe lângă aceasta ei sunt trași la răspundere de structurile administrative și superioare cu care intră în contact sau sub a căror jurisdicție se află. Activitatea lor este monitorizată îndeaproape, fiind nevoiți să raporteze ceea ce fac sau au făcut diferitelor organizații și să se raporteze cererilor acestor organizații. Asistenții medicali comuntari din mediul rural sunt mai autonomi pentru simplul motiv ca aceste agenții au doar o mână de oameni angajați și nu sute ca în marile orase. Cei mai ambițioși preferă comunitățile mici.

**Rezultate tangibile:** În comunitățile mici de multe ori se întâmplă ca asistenții medicali comuntari să poată observa rezultate tangibile ale muncii lor. Fiind independenți pot constata impactul personal pe care l-au avut asupra vieții celor din comunitate. Mai greu se poate observa impactul atât la micro-nivele cât și la macronivele în comunități mari.

**Recompensa personală:** Fiind independenți, oamenii în ale caror vieți s-au implicat, le mulțumesc personal asistenților medicali comuntari (de multe ori în public) și îi consideră personal responsabili de îmbunătățirile aduse vieții lor. Uneori devin eroii comunităților respective.

**Recunoașterea:** În timp ce unii preferă anonimatul, alții se bucură de faima pe care o dobândesc, iar în micile comunități asistentul medical comuntar este cunoscut de toată lumea, devenind o persoană destul de importantă în interiorul comunității.

### **Activitatea asistenților medicali comuntari și impactul muncii lor asupra comunității**

Programul de asistență medicală comuntară a produs o schimbare pozitivă în accesul la serviciile medicale pentru populația dezavantajată din comunitățile supravegheate, prin prezența asistenților/mediatorilor în teren, care au ajutat persoanele aflate în situații dificile să-și rezolve problemele medicale și cele sociale. Colaborarea cu medicii de familie și cu reprezentanții primăriilor, dar și cu asistenții sociali, secretarii și organele de poliție este una din condițiile reușitei.

Activități desfășurate de AMC se înscriu pe cinci axe principale:

Activități de prevenție: 1) catagrafiere; 2) consiliere asupra drepturilor mamei și copilului pentru evitarea cazurilor de violență domestică; 3) supravegherea gravidelor și lehzurilor; supravegherea nou-născuților, sugarilor și copiilor; 4) mobilizarea pentru vaccinări; 5) supravegherea bolnavilor cronici; 6) depistarea precoce a cancerului de col uterin; 7) monitorizarea persoanelor cu tbc; 8) asigurarea laptelui praf la beneficiari.

Activități de informare, educare, comunicare a populației privind accesul la servicii medicale și sociale, promovarea alăptatului, promovarea metodelor de planificare familială, a prevenirii transmiterii bolilor transmisibile.

Îngrijiri la domiciliu: îngrijirea la domiciliu a vârstnicilor; supravegherea tratamentelor prescrise de medicul de familie; acordarea unui pachet minim de servicii medicale: măsurarea presiunii arteriale, a temperaturii, administrarea de tratamente la domiciliu, efectuarea de pansamente, urmarirea tratamentului TBC, etc.; asigurarea serviciilor de urgență- acordarea de prim ajutor și solicitarea ambulanței pentru transportul rapid la spital;

Intervenția în formularea politicilor locale și implementarea activităților vizand sănătatea comunității (aplicarea de chestionare periodice pentru a identifica nevoile locale, activități de sensibilizare a autorităților cu privire la nevoile populației – Primărie, CMI, Poliție, informarea medicului în cazul descoperii unor focare de infecție, intervenții în caz de urgență: inundații, gripă aviară, trichineloză).

Activități in domeniul protecției sociale: sprijin pentru întocmirea dosarelor pentru obținerea venitului minim garantat; sprijin în obținerea documentelor necesare înscrierii la medicul de familie; sprijin pentru înregistrarea tardivă a nou născutului; identificarea de persoane/familii care pot fi înscrise la medicul de familie pentru micșorarea procentului populației neasigurate; ajutor pentru persoanele cu dizabilități in nintocmirea dosarelor de handicap; menținerea relației permanente cu serviciul social – serviciul Public de Asistență Socială; declararea tardivă pentru copii fără certificat de naștere; însoțirea persoanelor din grupuri defavorizate la primărie, spital, etc.

### *Interacțiunea asistentelor medicale comunitare cu ceilalți actori de la nivelul comunității*

Prin natura activității sale, asistentul medical comunitar este implicat in relații cu toți cei care au responsabilități in domeniu medical și social atat la nivel local - medici de familie, asistenta medicului de familie, mediatorul sanitar, asistenta socială, primarul, consilierii primăriei, lucrătorii din postul de poliție, cat și la nivel județean – spitale de pediatrie, maternități, secții pentru bolnavi cronici, centre pentru îngrijiri TBC, stații de salvare, unități medico-sociale, Direcția de Sănătate Publică, Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului, Casa Județeană de Asigurări de Sănătate, organizații neguvernamentale.

*Direcția de Sănătate Publică:* au constituit nucleeele de la care a pornit programul de asistență comunitară la nivel local. Ei s-au ocupat cu selectarea, formarea, monitorizarea si evaluarea activității acestei rețele (Cojocaru, 2010). Coordonatorii pe program de la nivelul DSP-ului coordonează și supervizează activitățile asistenților medicali comunitari. Relația lor se bazează pe comunicare periodică, lunar având loc întâlniri de lucru, în care se discută activitățile desfășurate, dificultățile întâmpinate, și se prezintă subiecte destinate îmbunătățirii calității serviciilor oferite.

*Instituții medicale:* spitale, unități medico-sociale. Deși nu există protocoale standard de colaborare între aceste instituții și asistenții medicali comunitari, relațiile au fost stabilite bazandu-se pe comunicarea verbală. Asistenții medicali comunitari se implică și răspund

solicităților venite din partea acestor instituții. De multe ori asistenții medicali comunitari acordă sprijin prin asigurarea continuării tratamentelor și a supravegherii cazurilor ce necesită atenție specială.

*Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului.* La fel ca relația dintre alte instituții și asistenții medicali comunitari, și în cazul Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului nu există protocoale standard de colaborare între aceasta și asistenții medicali comunitari/mediatorii sanitari. În lipsa acestor protocoale există colaborare între asistenții medicali comunitari și personalul Direcției, asistenții medicali comunitari fiind cei care sesizează anumite cazuri sociale pe care le întâlnesc în teren (Cojocaru, D., 2008).

*Autoritățile locale.* Primarul comunității, asistentul social. Colaborarea cu primarul este esențială pentru promovarea imaginii asistentului medical comunitar în comunitate și pentru consolidarea relațiilor acestuia cu alți actori din comunitate cum ar fi asistentul social, consilierii de la primărie, polițiștii.

*Medicii de familie.* Între asistentul medical comunitar și medicii de familie există colaborare, aceștia întâlnindu-se cu regularitate stabilind împreună prioritățile locale și pe baza lor se dezvoltă planul de activitate a asistentului medical comunitar. Prin prezența continuă a asistentului medical comunitar în comunitate și cunoașterea stării de sănătate a întregii populații din comunitatea respectivă, medicul de familie are un real sprijin în persoana asistentului medical comunitar, pentru ca acesta din urmă îl va informa ori de câte ori va apărea o problemă de sănătate în interiorul comunității.

*Poliția.* De multe ori este nevoie de prezența agentului de poliție pentru a intra în anumite comunități sau în unele gospodării. Asistentul medical comunitar și agentul de poliție pot colabora, în lipsa unor protocoale standard, în diverse situații printre care: obținerea de acte de identitate, sesizări de acte de violență domestică, de neglijență sau de depistare a copiilor abandonați, etc.

*Școala.* Asistenții medicali comunitari în cadrul serviciilor de prevenție și educație, desfașoară în cadrul școlilor ore de educație sanitară pe diverse teme.

*Comunitatea* reprezintă beneficiarul serviciilor de asistență medicală comunitară, cel care se bucură de întreaga gamă de servicii oferite.

## **Descentralizarea sistemului de asistență medicală comunitară**

### **Descentralizarea – scurtă prezentare**

Descentralizarea reprezintă transferul de competențe administrative și financiare de la nivelul administrației centrale către administrația locală. O accepțiune mai largă a termenului de descentralizare înglobează și alte concepte precum: guvernare locală, democratizare, modalități alternative de furnizare a serviciilor publice, privatizarea lor, guvernare eficientă, etc. Descentralizarea nu trebuie văzută ca un scop în sine, ci ca un

mijloc de a crea un guvernământ local mai transparent, eficace și care răspunde la nevoile cetățenilor și de a crea sisteme de luare a deciziei la nivel local de către reprezentanți aleși. Atunci când se permite entităților locale și regionale să își administreze propriile interese și se facilitează o relație mai apropiată între autoritățile centrale și locale, înseamnă că sistemele de guvernământ locale permit ca nevoile și prioritățile oamenilor să fie cunoscute și fac ca intervențiile guvernamentale să răspundă unei varietăți de nevoi sociale. Implementarea unor strategii care vizează dezvoltarea umană durabilă necesită procese descentralizate, locale și participative prin care se identifică și se soluționează obiective prioritare în domeniile reducerii sărăciei, crearea de locuri de muncă, egalitate între sexe și protecția mediului înconjurător

Etapela procesului de descentralizare: 1) gândirea strategică și dezvoltarea politicilor; 2) dezvoltarea unui nou cadru legislativ; 3) întărirea structurilor instituționale; 4) campanii de informare și conștientizare; 5) transferul de responsabilități, inclusiv resurse financiare; 6) gestionarea și monitorizarea procesului de implementare.

### *Forme ale descentralizării în România*

*Descentralizarea administrativă:* transmiterea sau transferul unei părți însemnate din atribuțiile, competențele și responsabilitățile guvernului și celorlalte organe ale administrației publice centrale către autoritățile administrației publice locale. Trebuie făcută diferența între descentralizare teritorială și pe servicii.

*Descentralizarea teritorială:* unităților administrativ-teritoriale li se conferă personalitate juridică, organe reprezentative alese și un patrimoniu propriu care le permite să se organizeze, să funcționeze și să se gestioneze ele singure, în mod independent. Această modalitate de realizare a descentralizării se suprapune aproape peste conceptul de autonomie locală.

*Descentralizarea pe servicii:* Serviciul public este scos din competența centrală sau locală și i se conferă personalitate juridică, organe proprii și un patrimoniu propriu .

### **Descentralizarea Socială**

La acea vreme, s-au luat primele măsuri pentru reformarea cadrului legislativ, pentru descentralizarea activităților de protecție a copilului, restructurarea și diversificarea instituțiilor de protecție a copilului, dezvoltarea alternativelor de tip familial pentru protecția de tip rezidențial, precum și pentru prevenirea abandonului copiilor. Efectul imediat al adoptării noii legislații a fost înființarea, în toate județele țării, a comisiilor pentru protecția copilului și a serviciilor publice specializate pentru protecția copilului (denumite Direcții pentru protecția copilului).

Descentralizarea activităților de protecție a copilului nu s-a limitat la înființarea comisiilor și a serviciilor publice specializate subordonate consiliilor județene. Instituțiile de protecție a copilului, cu diferite subordonări ierarhice la nivel central, au fost și ele transferate în subordinea consiliilor județene sau a consiliilor sectoarelor municipiului



București, fiind incluse în structura serviciilor publice specializate. După procesul de descentralizare, instituțiile de tip vechi de protecție a copilului au fost restructurate. În același timp, au fost create alternative de tip familial pentru protecția de tip rezidențial a copilului, precum și servicii de prevenire a abandonului copiilor. Instituțiile clasice de mare capacitate (între 100 și 400 de locuri) au fost restructurate, în încercarea de a le reduce capacitatea și de a le modula, pentru a-i oferi mai mult spațiu fiecărui copil în parte, într-un mediu cât mai apropiat de cel familial. Însă, după ce s-a conștientizat că acest demers nu era de ajuns pentru reintegrarea acestor copii în viața comunității, a început procesul de închidere a instituțiilor de tip vechi. Peste 200 de instituții de tip vechi de protecție a copilului au fost deja închise, acordându-se prioritate închiderii instituțiilor mari cu peste 100 de locuri, a fostelor „leagăne” pentru copiii cu vârsta sub 3 ani și a căminelor-spital pentru copii cu handicap. Soluțiile identificate și dezvoltate pentru închiderea instituțiilor de tip vechi au constat în: reintegrarea copilului în familia naturală, protecția copilului prin alternative de tip familial (rude, alte familii/persoane, asistenți maternali profesioniști), precum și protecția copilului în case sau apartamente de tip familial. Astfel, la sfârșitul lunii iunie 2006, existau aproximativ 600 de servicii alternative funcționale, inclusiv centre maternale, centre de zi, servicii de asistență și sprijin pentru tinerii provenind din centrele de plasament, centre de consiliere și sprijin pentru copii și părinți, servicii de prevenire a abandonului în perioada prenatală, centre de zi și centre de recuperare pentru copii cu dizabilități, servicii pentru copiii străzii, consiliere și sprijin pentru copiii victime ale abuzului, maltratării, neglijării sau ale violenței în familie.

## **Descentralizarea sistemului sanitar**

### *Obiectivele strategiei de descentralizare în sistemul sanitar:*

După Cace (2007), obiectivele strategice în descentralizare sunt:

1. Realizarea efectivă a accesului egal al cetățenilor la îngrijirile sanitare de bază și creșterea calității vieții.
2. Delimitarea competențelor administrației publice centrale și locale, în vederea administrării mai eficiente, a debirocratizării sistemului sanitar și transferul de competențe, atribuții și responsabilități de la Ministerul Sănătății Publice la autoritățile regionale și administrația publică locală
3. Creșterea rolului administrației publice județene și locale în dezvoltarea și implementarea de programe de sănătate publică care să răspundă nevoilor specifice ale comunității
4. Redefinirea rolului structurilor Ministerului Sănătății Publice în elaborarea și implementarea politicilor de sănătate publică, creșterea calității serviciilor spitalicești, creșterea rolului structurilor regionale în gestionarea problemelor de sănătate publică;

5. Întărirea capacității de control a Ministerului Sănătății Publice asupra obiectivelor, activităților și structurilor din domeniul sănătății publice;
6. Descentralizarea asistenței medicale spitalicești și întărirea responsabilității administrației publice locale față de cetățean;
7. Asigurarea transparenței decizionale și transparența în alocarea fondurilor destinate sectorului sanitar.

### *Necesitatea descentralizării sistemului sanitar*

Carențele de funcționare a sistemului sanitar din Romania sunt oglindite în agravarea constantă a stării generale de sănătate a populației la nivel național (Romani CRISS, 2007). În prezent, Romania ocupă unul dintre primele locuri în Europa în ceea ce privește morbiditatea și mortalitatea la copii. În ciuda unei scăderi a mortalității infantile cu mai mult de 30% față de anul 1989, rata se menține în continuare printre cele mai ridicate din Europa. În afară de unele state din fosta Uniune Sovietică (cele din Asia Centrală) toate țările în tranziție au valori ale mortalității infantile mai scăzute decât cele ale României; Deteriorarea accentuată a indicatorilor de mortalitate, rata mortalității infantile a crescut, în special în rural, în anul 2001, datorită mortalității postneonatale, care a fost de 11,2 în rural ‰ și 6,5‰ în urban, și datorită mortalității neonatale care a fost, de 9,7‰ în rural și 9,1‰ în urban (la nivelul anului 2001). Cele mai ridicate rate specifice de mortalitate sunt date de bolile aparatului circulator, tumori, bolile aparatului respirator și cele ale aparatului digestiv. Sporul natural negativ al populației în anul 2001, a fost de aproape 2 ori mai mare pentru populația masculină, dat fiind și faptul că, începând din anul 1992, s-a produs un fenomen de supra-mortalitate masculină. Fenomenul respectiv a fost mai prezent la grupele de vârstă 20 – 39 și 40 – 59 de ani. În anul 1999, doar între 80 – 94% din populația țării avea acces la medicamente și vaccinuri esențiale spre deosebire de țări ca Ungaria, Slovacia și alte țări central și est europene, unde aceste tipuri de acces se realizează în proporții cu mult mai mari. Potrivit aceleiași surse, copiii în vârstă de un an, în anul 2001, erau vaccinați împotriva tuberculozei în proporție de 99 %, iar împotriva rujeolei, în proporție de 98 %. Studii recente relevă că 40% dintre copii decedați, din țara noastră, prezintă deficiente de nutriție.

### **Locul și rolul asistentului medical comunitar în contextul descentralizării serviciilor de asistență comunitară**

Programul de asistență medicală comunitară funcționează în România din anul 2002, când IOMC București implementează proiectul pilot în 7 județe din Romania, scopul acestui program fiind creșterea accesului populației dezavantajate la serviciile medicale de bază. Pană în prezent, majoritatea județelor din țară beneficiază de asistenți medicali comunitari care își desfășoară activitatea finanțată în cadrul programelor naționale de sănătate și în câteva județe există asistenți medicali comunitari angajați din bugetul primăriilor locale.

Contextul legal actual care reglementează activitatea de asistență medicală comunitară îl reprezintă Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sanitar precum și ordinul comun al MSP/CNAS anual care aprobă derularea programelor naționale de sănătate. Conform ambelor acte normative, statutul asistentului medical comunitar/mediatorului sanitar este unul de angajat pe perioadă determinată, fapt care atrage după sine numeroase probleme legate de sustenabilitatea sistemului. Deși în urma completărilor aduse în Codul Muncii, posibilitatea prelungirii contractelor de muncă ale asistenților medicali comunitari este permisă (personalul angajat în cadrul proiectelor/programelor face excepție de la regula contractelor de muncă încheiate pe perioadă determinată în ceea ce privește numărul și durata acestora), în acest moment majoritatea județelor din țară se confruntă cu imposibilitatea ocupării posturilor aprobate și finanțate de MSP datorită neatractivității acestor locuri de muncă. De asemenea, și pentru posturile ocupate în prezent, județele se confruntă cu o mobilitate destul de mare a personalului angajat.

În prezent, programul de asistență medicală comunitară se află într-un moment de impas deoarece, cadrul legal actual nu mai răspunde nevoilor programului. În perspectiva implementării strategiei de descentralizare a Ministerului Sănătății Publice apare imperios necesară clarificarea statutului asistentului medical comunitar/mediatorului sanitar prin crearea unui cadru legislativ adecvat care să permită sustenabilitatea acestui sistem.

Legea 95/2006, la titlul V “Asistența medicală comunitară”, încadrează în sistemul medical aceasta categorie de servicii, stabilind cadrul general de organizare și desfășurare a asistenței medicale comunitare. Acest cadru legislativ nu necesită modificări/completări majore, cu următoarele propuneri/modificări:

1. Conform dispozițiilor art. 136 printre categoriile profesionale care acordă servicii medicale comunitare este menționat la lit.a) asistentul social, căruia i-ar reveni atribuții medicale?

*Comentariu:* asistența medicală comunitară reprezintă o abordare medico-socială integrată, dar considerăm că asistentul social nu are competență necesară acordării unor astfel de servicii. De altfel, în tematica și bibliografia de examen pentru ocuparea posturilor de AMC (elaborată de IOMC) cunoștințele legislative în domeniul social (pe lângă cele medicale) erau absolut necesare. Deci, prin perfecționarea asistentului medical comunitar în domeniul principalelor reglementări sociale – poate fi realizată eficient completarea abordării socio-medicele a programului de asistență medicală comunitară. În practică, acest lucru se întâmplă, deoarece în cadrul autorităților publice locale, atribuțiile de asistență socială sunt ”asigurate” prin cumul, de funcții de cele mai multe ori de persoane care nu au nici cea mai mică expertiză în domeniu și în atare condiții intervenția socială este asigurată în proporții foarte mari de asistentul medical comunitar/mediatorul sanitar.

2. La alin (2) al aceluiași articol, este prevăzută angajarea pe perioadă determinată a asistenților medicali comunitari, mediatorilor sanitari.

*Comentariu:* reglementare care induce cele mai multe dificultăți – în special în ceea ce privește sustenabilitatea programului.

3. Conform art. 128, „Pentru coordonarea programelor naționale de asistență medicală comunitară se înființează Comisia Interdepartamentală pentru asistență medicală comunitară aflată în subordinea primului ministru” iar conf. Art 132, pentru realizarea programelor naționale de AMC, în cadrul SNSPMS, se înființează Comisia Interdepartamentală de Asistența Medicală Comunitară (AMC).

*Comentariu:* Este necesar ca normele de aplicare a legii să clarifice atribuțiile specifice care revin fiecăruia din cele 2 organisme menționate mai sus. De menționat aici faptul că pînă la aceasta dată, aceste structuri nu și-au făcut ”simțită prezența” în program - cel puțin în teritoriu - motiv pentru care nu se știe dacă înființarea lor s-a materializat sau nu. De asemenea, în anul 2007, programul de asistență medicală comunitară s-a aflat într-o perioadă de stagnare în cele mai multe județe, iar în unele județe s-a observat chiar un regres, situație ce reprezintă consecința lipsei unui organism la nivel central, care să asigure consultanță tehnică și metodologică a programului la nivel național.

4. Art. 140 prevede ca în termen de 30 de zile MSP, MMSSF și MAI, vor elabora norme de aplicare pentru asistența medicală comunitară.

*Comentariu:* Pană la data prezentă nu au fost publicate normele de aplicare ale programului de asistență medicală comunitară, ceea ce a dus la existența unor disfuncționalități majore în ceea ce privește implementarea și sustenabilitatea programului AMC. Crearea normelor metodologice de aplicare a sistemului de asistența medicală comunitară, constituie a doua mare prioritate, prima fiind aceea de încadrare pe perioada nedeterminată a personalului; Crearea unui standard ocupațional pentru asistentul medical comunitar; Elaborarea unor protocoale de practică care să permită o abordare unitară a activității și limitelor de competență ale asistentului medical comunitar; Realizarea unui program standardizat de educație medicală continuă; Crearea unei metodologii de implementare la nivel local a asistenței medicale comunitare;

În ceea ce privește capitolul de *finanțare* a programului, se impun următoarele *precizări/propuneri*:

- În lumina reglementărilor legale cuprinse în legea 95/2006 cu privire la organizarea/funcționarea Ministerului Sănătății Publice și, respectiv, autorităților de sănătate publice județene, în vederea realizării principalelor atribuții ale instituțiilor centrale și locale în domeniul realizării și implementării politicilor/strategiilor în domeniul sănătății publice, categoriile profesionale care desfașoară activitate de asistență medicală comunitară (asistenții medicali comunitari/mediatorii sanitari) sunt mai mult decât necesare. (A se vedea la capitolul respectiv din legea 95/2006 faptul că principalele atribuții ale MSP/ASP sunt în directă legătură cu atribuțiile AMC).

Din acest considerent, soluția ca aceste categorii de personal să rămână în structura MSP o considerăm cea mai eficientă. Pentru rezolvarea încadrării pe perioada nedeterminată a personalului, o prima *soluție* ar fi finanțarea cheltuielilor salariale din capitolul „Actiuni pentru sănătate”, iar activitățile specifice să fie asigurate prin finanțarea destinată programelor naționale de sănătate. În acest sens, considerăm oportun ca un program național de asistență medicală comunitară să se regăsească între prioritățile MSP, anual, când se realizează proiecția viitoarelor programe.

- *O a doua soluție*, în acord cu planul de descentralizare al MSP ar fi angajarea AMC în structurile APL, dar coordonarea tehnică și metodologică, formarea și evaluarea acestora să fie în continuare în subordinea structurilor ASP județene.

Pentru rămânerea sistemului de asistență medicală comunitară în subordinea MSP, există următoarele *puncte tari*:

- Implementarea politicilor MSP în ceea ce privește creșterea adresabilității și accesibilității populației defavorizate la serviciile de sănătate;
- Îmbunătățirea stării de sănătate a populației defavorizate, ca urmare a impactului pozitiv reprezentat de activitatea asistentului medical comunitar/mediatorului sanitar în comunitățile de romi, impactul pozitiv datorându-se tocmai faptului că cele două categorii de personal sunt independente la nivel local din punct de vedere relațional, nefiind subordonat niciunei structuri locale (medic de familie, APL);
- Realizarea unui management tehnic și financiar eficient al programului de asistență medicală comunitară, având în vedere capacitatea tehnica a ASP –urilor;
- Existența unor persoane resursă în comunitățile defavorizate (în persoanele asistenților medicali comunitari/mediatorilor sanitari) importante în implementarea politicilor de sănătate publică și, în special, a măsurilor urgente ce vizează sănătatea populației;
- Îmbunătățirea standardului de educație continuă a personalului ce acordă servicii de asistență medicală comunitară.

Ca puncte slabe, reținem:

- Impedimente în procesul de monitorizare și evaluare a activității asistentului medical comunitar/mediatorului sanitar la nivel local.

Oportunități :

- Asistenții medicali comunitari/mediatorii sanitari reprezintă o resursă importantă în implementarea eficientă a politicilor publice și programelor, vizând sănătatea publică la nivel local / comunitar.

Amenințări:

- Incapacitatea susținerii financiare a programului de asistență medicală comunitară pe termen lung.

Trecerea rețelei de asistenți medicali comunitari/mediatori sanitari în subordinea consiliilor locale prezintă ca *puncte tari*:

- Posibilitatea alocării eficiente a resurselor materiale corespunzător nevoilor existente la nivel local;
- Realizarea unei monitorizări eficiente a asistenților medicali comunitari/activității mediatorilor sanitari;
- Realizarea mai facilă a permanetizării activității asistenților medicali comunitari/mediatorilor sanitari ca urmare a existenței posibilității legale de includere a acestora în statele de funcții existente la nivelul APL;

*Puncte slabe:*

- Incapacitatea tehnică a APL în susținerea sistemului de asistență medicală comunitară;
- Imposibilitatea implementării eficiente a politicilor și programelor de sănătate publică;
- Deturnarea sistemului de asistență medicală comunitară de la scopul / obiectivul pentru care a fost creat, respectiv creșterea adresabilității și accesibilității populației române la serviciile de sănătate publică, prin direcționarea activității acestora în direcții diferite de cele care corespundeau conceptului de asistență medicală comunitară;
- Alterarea stării de sănătate a populației române ca urmare a diminuării eficienței activității mediatorului sanitar;
- Scăderea standardului de educație continuă a asistentului medical comunitar / mediatorului sanitar.

*Oportunități:*

- Crearea unor echipe comunitare în conformitate cu standardele UE.

*Amenințări:*

- Desființarea instituției asistentului medical comunitar/mediatorului sanitar cu implicații negative asupra stării de sănătate a populației dezavantajate din România.

## **Asistența medicală comunitară în județul Vaslui**

### **Prezentare generală**

Asistența medicală comunitară, parte componentă a asistenței comunitare este un domeniu complex de activitate medicală și socială prin care se urmărește menținerea și îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Beneficiarul principal al acestui tip de serviciu este comunitatea locală și, în mod deosebit, categoriile de persoane vulnerabile.

În conformitate cu prevederile legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății serviciile de asistență medicală comunitară sunt derulate de următoarele categorii profesionale: asistent social, asistent medical comunitar, mediator sanitar, asistent medical comunitar de psihiatrie, asistent medical de îngrijiri la domiciliu.

Dintre aceste categorii profesionale un rol important îl ocupă asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari a căror activitate fost finanțată de la bugetul de stat de către Ministerul Sănătății Publice și organizată în cadrul Programului Național nr. 6 de asistență medicală comunitară și acțiuni pentru sănătate, iar începând cu luna iunie 2009 aceștia vor fi preluați de către autoritățile locale cu finanțare până la 31 decembrie 2009 de la bugetul Ministerului Sănătății, urmand ca din 1 ianuarie 2010 sa fie finantați de la bugetele locale ale consiliilor locale.

În cadrul acestui program, județul Vaslui are aprobate și finanțate un număr de 63 de posturi de asistenți medicali comunitari, respectiv 22 posturi de mediatorii sanitari pentru comunitățile de romi.

Obiectivul principal al programului este reprezentat de îmbunătățirea stării de sănătate a populației, prin creșterea accesului la servicii medicale furnizate la nivel comunitar a populației vulnerabile, din zone defavorizate.

Având în vedere faptul că județul Vaslui este un județ cu ridicat risc socio-economic, ceea ce justifică și prezența unui procent semnificativ de populație defavorizată, existența asistenței medicale comunitare ocupă un loc deosebit de important.

Județul Vaslui beneficiază de serviciile asistenților medicali comunitari și ale mediatorilor sanitari din anul 2004, an în care și-au început activitatea primii 10 asistenți medicali comunitari și 15 mediatorii sanitari. Deși numărul acestora a crescut, în acest moment nu se poate spune ca este acoperită toată populația care are nevoie de astfel de servicii.

Pricipalele responsabilități ale asistenților medicali comunitari: a) oferirea de informații și educație pentru sănătate in vederea schimbării atitudinii și comportamentului populației față de propria sănătate; b) creșterea adresabilității și îmbunătățirea accesului la servicii medicale și sociale precum și oferirea de servicii medicale directe; c) sensibilizarea și educarea comunității față de nevoile grupurilor vulnerabile și de risc.

În anul 2004, Direcția de Sănătate Publică a Județului Vaslui a inițiat și câștigat proiectul ISRS034 „Împreună pentru sănătate” care abordează problema sănătății etnicilor romi din județul Vaslui, finanțat prin Programul Phare Ro 2002/000-01.02-0111 „Sprijin pentru strategia națională de îmbunătățire a situației romilor” în domeniul sănătății.

În cadrul proiectului au fost formați 15 medieri sanitari care își desfășoară activitatea în: municipiul Vaslui, municipiul Bârlad, municipiul Huși, orașul Negrești, orașul Murgeni, comunele: Iana, Dragomirești, Ciocani, Dumești, Pușcași, Cosmești.

Prin activitatea mediatorilor sanitari s-a creat o punte reală de legătură între personalul medical și comunitățile de romi.

Medierii sanitari contribuie la îmbunătățirea accesului la serviciile de sănătate a romilor și la ameliorarea stării de sănătate a acestora, comunicând periodic necesitățile medicale ale romilor Direcției de Sănătate Publică a județului Vaslui.

Activitatea mediatorilor sanitari este reglementată de Ordinul Ministerului Sănătății Nr. 619/2002. Ordinul stabilește și criteriile de selecție pentru medierii sanitari.

### **Necesitatea implementării programului la nivel județean**

Ca organizare administrativă, județul Vaslui are 3 municipii (Vaslui, Bârlad și Huși), două orașe (Negrești și Murgeni) și 81 comune. Populația totală a județului, potrivit datelor recensământului din 2002, este de 455.049 de locuitori (2.098 la suta din populația țării și 12,3 la suta din populația Regiunii Nord-Est). 49,73 la suta din populație sunt bărbați și 50,27 la suta – femei. Procentajul populației urbane este mai mic decât media națională (39,3 la suta, față de 52,74 la suta pe plan național), însă grupa de vârstă 0-19 ani este mai bine reprezentată în județul Vaslui decât pe plan național: 29,46 la suta, față de 25,17 la suta. Din totalul populației 271.443 locuitori (reprezentând 58,42%) sunt în mediul rural (sursa: Prefectura Vaslui).

Câteva date statistice relevante privind asistența medicală și finanțarea la nivel de județ, raportate la media pe țară :

- Mortalitate generală: 11‰ loc. (m.n. 11.9)
- Mortalitate infantilă: 22.5 ‰ nn vii (m.n. 16.8 )
- TBC : 139.45 ‰‰ (m.n. 114.3)
- Hepatită virală : 95.12 ‰‰ (m.n. 62.9)
- Sifilis: 58.11‰‰ (m.n.40.8)
- Gonoree: 21.09 ‰‰ (m.n. 9.8)
- Nr. Consultații/ locuitor: 3,08 (m.n. 4.5)
- Asigurarea cu paturi la ‰ locuitori: 5.5 (m.n. 6.6)
- Utilizarea paturilor : 318.2 (m.n 307.9)
- Asigurarea cu medici : un medic la 1100 locuitori (m.n. un medic la 450 locuitori) , cu 60% mai mic decât m.n



- Asigurarea cu medici de familie: un medic la 3155 locuitori( m.n. un medic la 1882 locuitori);
- Asigurarea cu stomatologi : un medic la 8011.64 locuitori(m.n. un medic la 2.188 locuitori);
- Asigurarea cu cadre medii: o asistentă la 280 locuitori (m.n. o asistentă la 178 locuitori);
- Legat de finanțare și cheltuieli:
  - Total cheltuieli/ pat: cu 32% mai mici decât media națională;
  - Cheltuieli medicamente / pat: cu 34% mai mici decât m.n.
  - Total cheltuieli / bolnav: cu 38 % mai mici decât m.n.
  - Cheltuieli medicamente / bolnav: cu 38.7% mai mici decât m.n.
  - Total cheltuieli / o zi spitalizare: cu 35% mai mici decât m.n.
  - Cheltuieli medicamente/ zi de spitalizare: cu 35,7% mai mici decât m.n.
- Suma pentru îngrijiri la domiciliu acoperă doar costurile îngrijirii a cinci bolnavi / lună.
- Suma acordată pentru serviciul de radiologie din ambulatoriu acoperă costurile a 8 ecografii/zi și 30 de radiografii/ zi pt tot județul.
- Date fiind cele prezentate mai sus, implementarea sistemului de asistență medicală comunitară la nivelul județului Vaslui a fost mai mult decât necesară.

### **Dinamica principalilor indicatori relevanți in asistența medicală comunitară**

Analiza dinamicii principalilor indicatori ai stării de sănătate la nivelul județului Vaslui, a fost realizată pentru perioada 2002-2008. Anii 2002-2004 au fost analizați pentru a evidenția perioada anterioară implementării programului de asistență medicală comunitară la nivelul județului Vaslui.

#### *Mortalitatea maternă*

*Mortalitatea maternă*<sup>3</sup> la nivelul județului Vaslui(raportată la 1000 născuți vii) a înregistrat o scădere în ultimii ani conform statisticilor.. Așa cum se poate vedea din grafic<sup>4</sup>, aceasta a scăzut în anii în care și-au început activitatea asistenței medicale

---

<sup>3</sup> Mortalitatea maternă este definită ca fiind decesul unei femei în timpul sarcinii sau în termen de 42 de zile de la încheierea sarcinii din orice cauză legată sau agravată de sarcină sau de îngrijirea sarcinii. Sunt luate în considerare orice decese provocate de complicații ale avortului la orice stadiu al sarcinii

<sup>4</sup> Departamentul statistică al DSP Vaslui.

comunitari. Dacă în 2002 aveam 4 cazuri de deces matern( din care 1 prin risc obstretical), in anii urmatori s-a inregistrat cate un singur caz/an , in 2007 neinregistrandu-se nici un caz. În anul 2008 avem inregistrate un singur caz de deces matern prin risc obstretical crescut. Importanta activității de prevenție și îndrumare a gravidelor către controale periodice la specialiști în timpul sarcinii este mai mult decat necesară.

Conform statisticilor cauzele deceselor materne se datorează complicațiilor de la naștere și avortului. »Majoritatea deceselor materne pot fi evitate. Acest lucru se poate realiza prin asistență medicală de mai bună calitate – în special pe timpul sarcinii, la naștere și în perioada postnatală. Printre intervențiile ce pot îmbunătăți sănătatea mamei se numără: asistență prenatală, consiliere și testare HIV realizate de furnizorii de servicii medicale, asistarea nașterii de către specialiști, asistență obstetrică de urgență, asistență postnatală și planificare familială în conformitate cu politicile naționale. Oferite într-un set de îngrijiri ce integrează servicii la domiciliu, servicii comunitare, servicii de teren și servicii disponibile în unități sanitare, aceste intervenții pot aduce beneficii multiple mamelor, copiilor și comunităților în care trăiesc”<sup>5</sup>

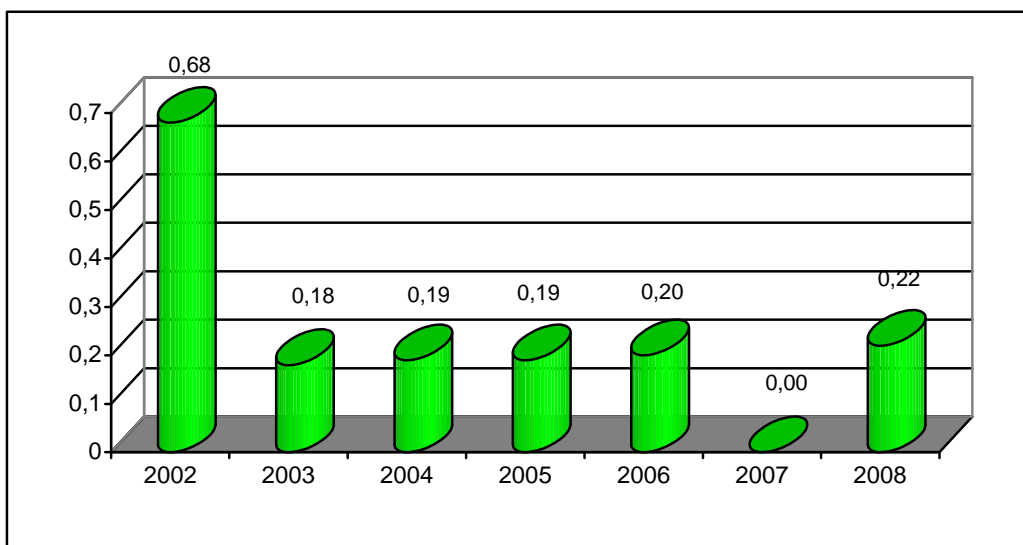


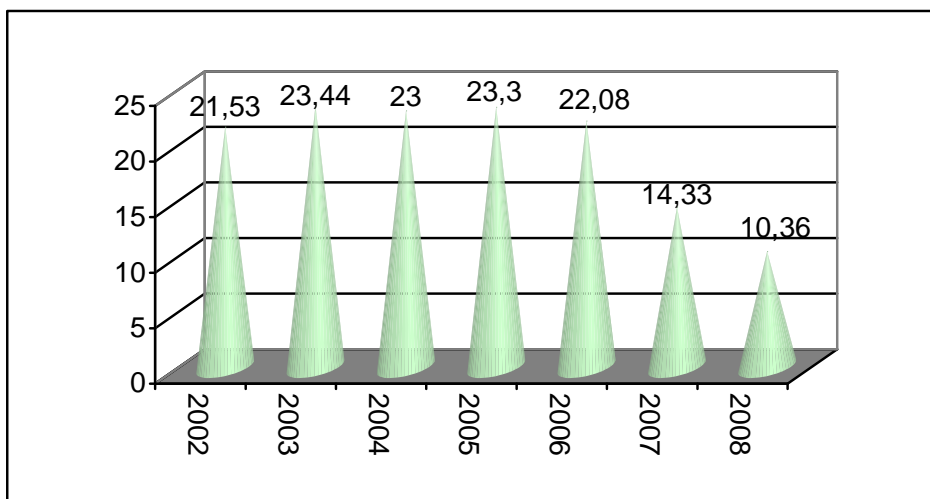
Fig. 1. Rata mortalității materne raportată la numărul de născuți vii

<sup>5</sup> [http://www.unicef.org/romania/ro/media\\_9696.html](http://www.unicef.org/romania/ro/media_9696.html)

### *Mortalitatea infantilă*

*Mortalitatea infantilă*<sup>6</sup> este un fenomen complex, rezultat din interacțiunea factorilor socio-economici și ambientali, precum și a nivelului educațional și medico-sanitar. Chiar dacă nu intervin în mod direct, există o serie de condiții ce favorizează acest fenomen: malnutriția, nașterea prematură, educația deficitară a mamei, sexul masculin, sărăcia, vârsta avansată a mamei.

Conform statisticilor centralizate la nivelul DSP Vaslui au înregistrat o scădere în ultimii ani, fapt care dovedește că activitatea asistenților medicali comunitari și a mediatorilor sanitari este mai mult decât importantă. În graficul de mai jos este prezentată procentual mortalitatea infantilă între anii 2001-2008.



*Fig 2. Rata mortalității infantile*

---

<sup>6</sup> Nr de copii sub 1 an decedați, raportat la 1000 de născuți vii.

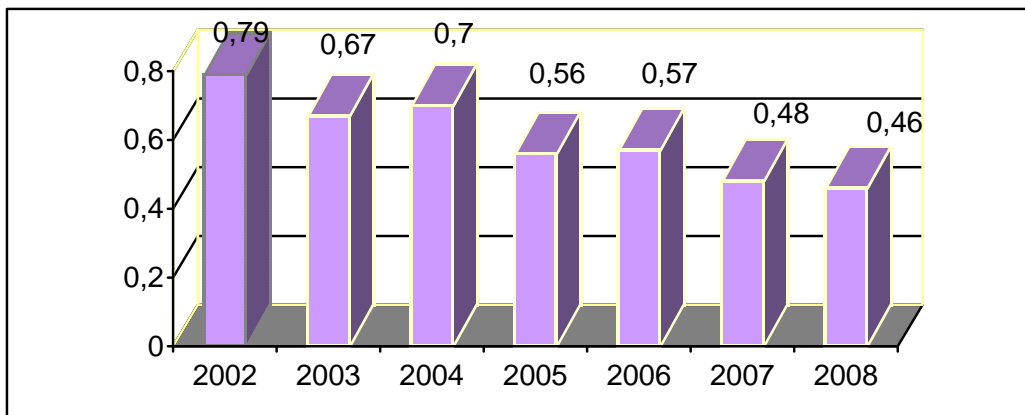
### *Rata avorturilor*

*Rata avorturilor*<sup>7</sup>. Un alt indicator important care ne poate oferi informații privind utilitatea activității asistenților medicali comunitari îl reprezintă indicatorul *ratei avorturilor*. Rata avorturilor, în ciuda tuturor campaniilor de planing familial și a multitudinii de metode de contracepție, se menține ridicat atât la nivel național cât și la nivelul județului Vaslui.

Așa cum reiese din graficul de mai jos se poate observa o scădere în ultimii ani a incidenței ratei avorturilor. Dacă în 2002, la nivel județean se înregistra un procent de 0.79‰ s-a ajuns în 2008 la un procent de 0.46‰.

---

<sup>7</sup> Avortul reprezintă întreruperea sarcinii prin orice mijloace, înainte ca fătul să fie suficient dezvoltat pentru a supraviețui. Definiția dată de Organizația Mondială a Sănătății este limitată la terminarea sarcinii înainte de 22 săptămâni de graviditate, calculată după data primei zile a ultimei menstruații și expulzarea (eliminarea) unui făt care cântărește mai puțin de 500 g.



*Fig. 3. Rata avorturilor la în județul Vaslui*

#### *Incidența ratei avorturilor pe medii*

Conform statisticilor se constată un nivel mai ridicat în mediul rural comparativ cu mediul urban, fenomen care începe să se diminueze, urmare a campaniilor de conștientizare a acestui fenomen. Dacă în 2002 exista o diferență destul de mare între rata avorturilor din mediul rural și cel urban, nu același lucru se poate spune și în prezent când se observă o apropiere a numărului de cazuri din cele două medii de rezidență.

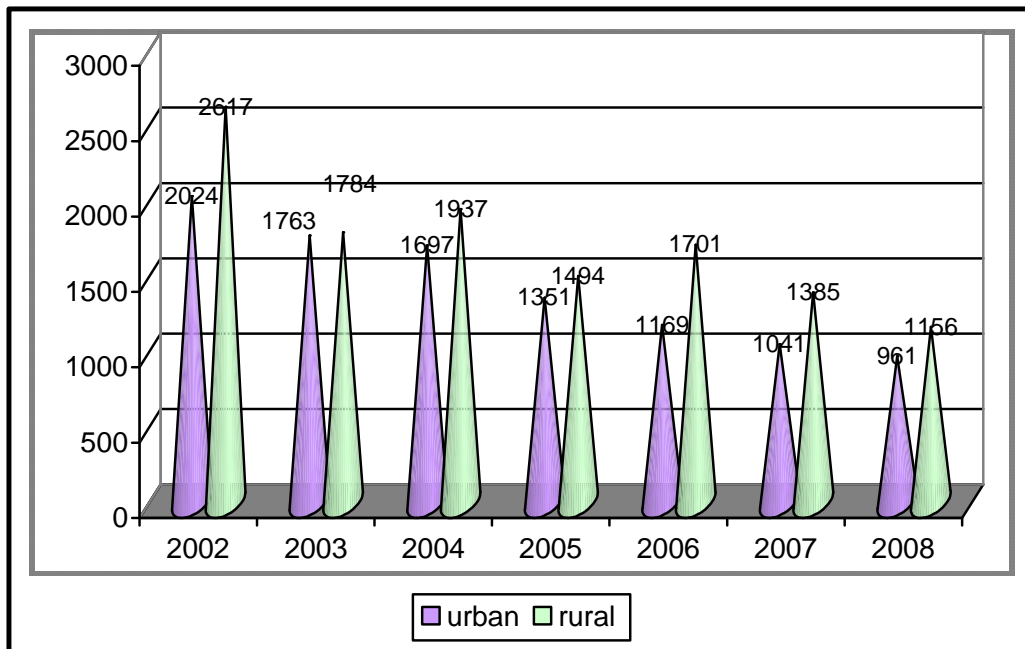
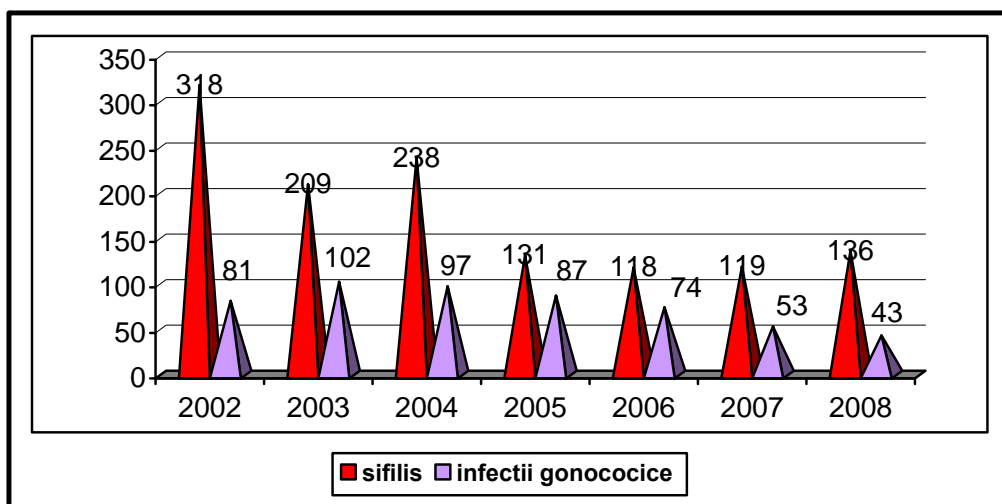


Fig. 4. Rata avorturilor în mediul urban și rural

*Incidența infecțiilor cu transmitere sexuală(ITS)*

ITS-urile reprezintă un alt indicator relevant al activității asistenților medicali comunitari. Prin acțiunile de educație sanitară întreprinse fie în școli, fie în alte locații, asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari sunt cei care pot preveni creșterea cazurilor de infecții cu transmitere sexuală. În graficul de mai jos voi prezenta două dintre cele mai importante ITS cu un nivel ridicat la nivelul județului Vaslui.



*Fig.5 Incidența infecțiilor cu transmitere sexuală*

### Rezultate ale activității mediatorilor sanitari comunitari

Indicatori	2008	
Număr comunitați în care activează mediatorul sanitar comunitar	45	
Număr de populație generală din comunitate în care activează mediatorul sanitar comunitar, din care:	19181	
Număr femei de vârstă reproductivă 15-45	5787	
Număr copii 0-18 ani	5214	
Număr persoane din comunitate înscrise de mediatorul sanitar comunitar la medicul de familie	405	
Număr de gravide din comunitate luate în evidență	334	
Număr de copii din comunitate vaccinați	3022	
Număr acțiuni specifice de promovare a sănătății	257	
Tema acțiunii de promovare a sănătății	igiena generală - promovarea alăptării - vaccinarea - metode de contracepție - TB	
Număr de participanți la acțiuni specifice de promovare a sănătății	8820	
Număr cazuri sociale	Identificate	Rezolvate
	289	183
Populație deservită	36.269	



## **Rezultate ale activității asistenților medicali comunitari**

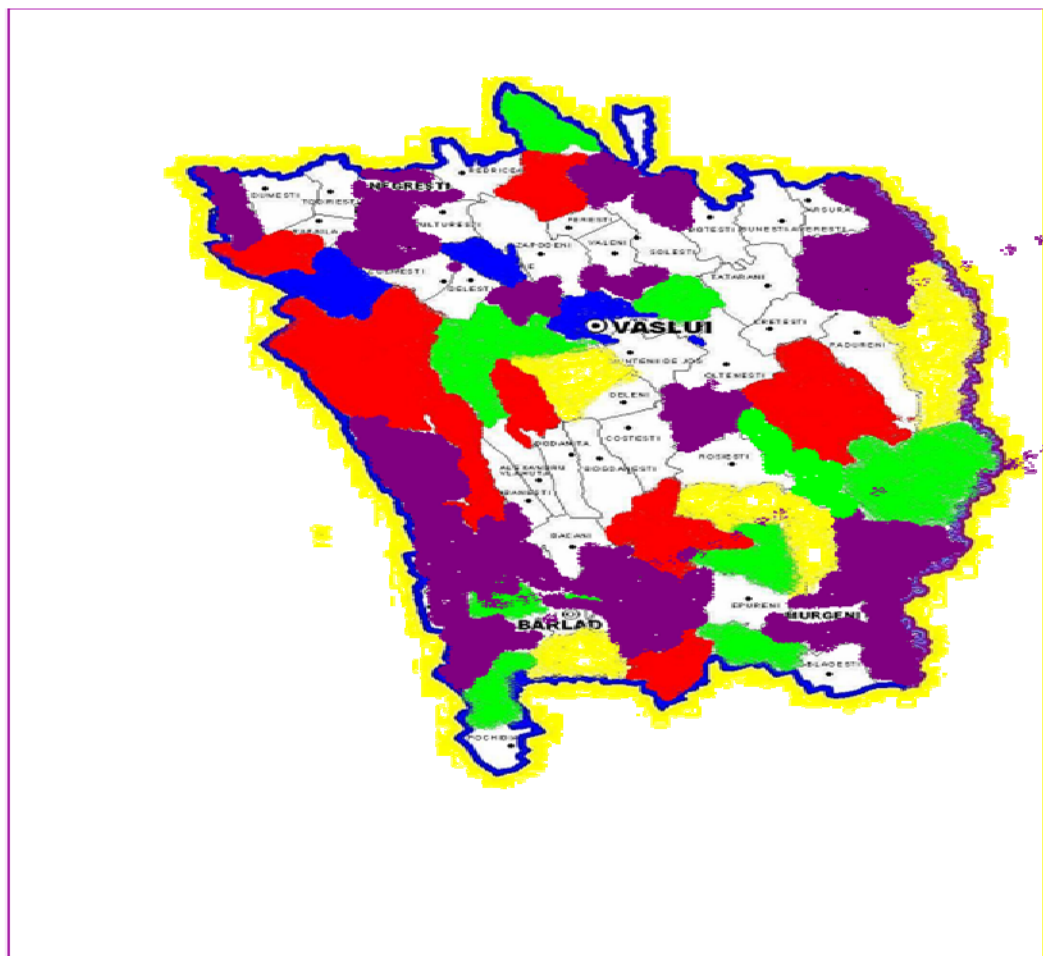
Pentru perioada martie 2004 – martie 2006 - în care au activat 21 de asistenți medicali comunitari s-au obținut următoarele **rezultate**:

- numărul total de populație deservită de asistenții medicali comunitari este de 63132;
- numărul de persoane înscrise de asistenții medicali comunitari la medicul de familie este de 598;
- numărul de persoane identificate cu risc social este de 1802 din care s-au rezolvat 686;
- numărul cazurilor identificate de violență în familie este de 146 din care s-au rezolvat 100;
- numărul adulților cu dizabilități este de 480 din care s-au rezolvat 124;
- numărul imunizărilor la care au participat este de 7866;
- numărul acțiunilor de educație sanitară în școli și grădinițe este de 1638;
- numărul acțiunilor de educație sanitară la gravide este de 1272;
- numărul gravidelor înscrise de asistenții medicali comunitari la medicul de familie este de 473;
- numărul consultațiilor prenatale este de 2835;
- numărul gravidelor cu probleme sociale este de 313;
- numărul cazurilor de adulți cu TB este de 213 din care s-au rezolvat 84;
- numărul cazurilor identificate de vârstnici fără familie cu nevoi medicale este de 2009 din care s-au rezolvat 439;
- numărul cazurilor identificate de vârstnici cu nevoi socio-medicale este 1521 din care s-au rezolvat 669.

## *Colaborări și parteneriate*

Problemele cu care se confruntă în teren cel mai des asistenții medicali comunitari sunt cele sociale, motiv pentru care a considerat o prioritate colaborarea cu organizații nonguvernamentale, rezolvându-se astfel o parte din nevoile socio-medicale ale populației cu risc. În acest sens au fost rezolvate un număr semnificativ de probleme socio-medicale în urma colaborării cu: Fundația “Alternative sociale” Iași, Portul Speranței – Bîrlad, Filiala Crucea Roșie – Vaslui, Fundația Holt România- Filiala Iași. Pentru cuplurile fertile asistenții medicali comunitari au desfășurat numeroase acțiuni de educație sanitară, vizând îmbunătățirea cunoștințelor referitoare la planningul familial, promovarea alăptării, importanța consultației prenatale. Ca urmare a consilierilor acordate în timpul sarcinii gravidelor cu risc de abandon, se observă o scădere a abandonului nou - născuților în maternități. De asemenea, a scăzut numărul de avorturi precum și numărul cazurilor de violență în familie.

*Nivel de acoperire a asistenței medicale comunitare la nivelul județului Vaslui*



Legenda :

- AMC angajati in martie 2004
- AMC angajati in noiembrie 2004
- AMC angajati in ianuarie 2005
- AMC angajati in iulie 2006
- AMC angajati in 2007

*Fig. 6. Nivel de acoperire a asistenței medicale comunitare la nivelul județului Vaslui*

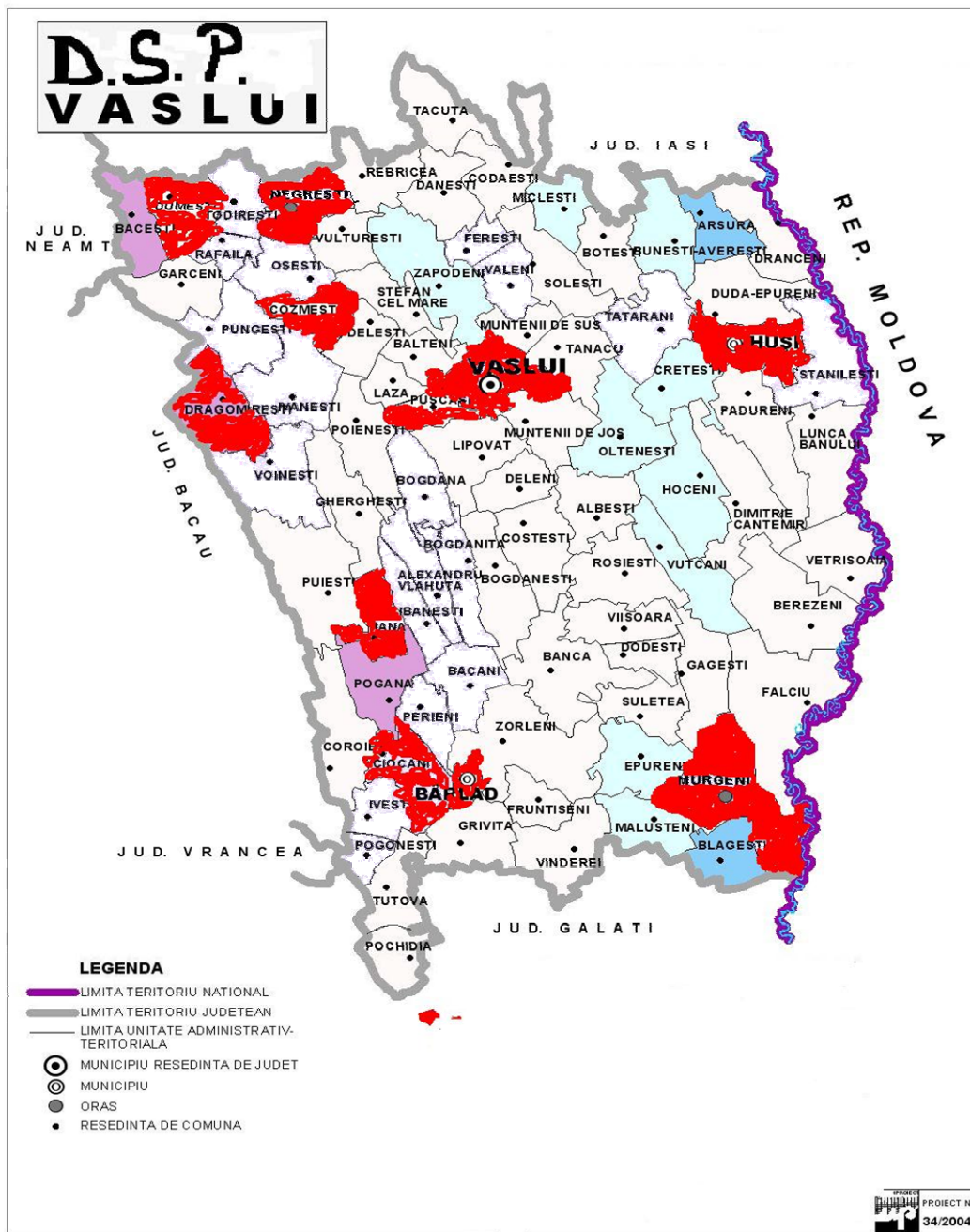


Fig. 7. Nivel de acoperire a mediatorilor sanitari la nivelul județului Vaslui

## **Metodologia cercetării**

### **Obiectivele cercetării**

Pe parcursul cercetării mi-am propus să scot în evidență impactul, eficiența și importanța programului de asistență medicală comunitară la nivelul județului Vaslui.

### **Obiectivele aplicării chestionarului**

- determinarea impactului programului de asistență medicală comunitară la nivelul comunităților din județul Vaslui;
- determinarea gradului de informare a autorităților privind atribuțiile asistentului medical comunitar și a mediatorului sanitar;
- evidențierea importanței activității asistenților medicali comunitari pentru comunitate și pentru autoritățile locale;
- determinarea gradului de colaborare între asistenții medicali comunitari și ceilalți factori de decizie de la nivelul comunității.;
- determinarea impactului privind descentralizarea sistemului de asistență medicală comunitară.

### **Ipotezele cercetării**

1. Autoritățile locale nu cunosc îndeajuns rolul și importanța muncii asistenților medicali comunitari ceea ce duce la o slabă colaborare între aceștia și autoritățile locale cu impact negativ asupra membrilor comunității.
2. Programul de asistență medicală comunitară este foarte eficient pentru comunitate și se pliază pe nevoile comunității; activitatea asistenților medicali comunitari și a mediatorilor sanitari răspunzând nevoilor reale ale comunității.
3. Existența relațiilor de colaborare dintre AMC și ceilalți factori de decizie de la nivelul comunității

### **Instrumentele cercetării**

În cadrul cercetării practice am utilizat ca instrument de lucru chestionarul (Chelcea, 1975; Miftode 2003a). Am aplicat chestionarul unui eșantion alcătuit din asistenți medicali comunitari, mediatorii sanitari, medicii de familie, primarii din localitățile unde își desfășoară activitatea asistenții medicali comunitari. În urma administrării pe teren a formularelor am codificat răspunsurile și am analizat datele.

### **Eșantionul**

Eșantionul a fost format din 178 de persoane chestionate din care : 55 de asistenți medicali comunitari, 21 de mediatorii sanitari, 62 medici de familie și 40 de primari.

## Analiza datelor chestionarelor

### Asistenții medicali comunitari

Au fost chestionate un număr de 55 de asistente medicale comunitare, în cadrul întâlnirii lunare ce a avut loc cu coordonatorul județean a programului de Asistență Medicală Comunitară. În urma centralizării datelor au rezultat următoarele:

*Considerați că ați contribuit la îmbunătățirea relației dintre locuitori și serviciile locale?*

	Frecvența	%
Da	35	63
Nu	15	27
Nu stiu	5	10
Total	55	100

*Tabel 2. Percepție AMC cu privire la îmbunătățirea relațiilor dintre locuitori și serviciile sociale*

Din numărul respondenților, 63% consideră că au ajutat la îmbunătățirea relației dintre locuitori și serviciile locale, 27 % consideră că nu au avut nici o contribuție, iar 5% nu au dat nici un răspuns. De aici se poate deduce rolul destul de important jucat de asistentele medicale comunitare în medierea și îmbunătățirea relațiilor dintre locuitorii comunității și serviciile locale, precum și o îmbunătățire a accesului populației la aceste servicii.

*Prezența și activitatea dvs. a produs o schimbare în accesul populației la servicii sociale?*

	Frecvența	%
Da	40	72
Nu	12	21
Nu stiu	3	6
Total	55	100

*Tabel 3. Percepție AMC cu privire la creșterea accesului populației la servicii sociale*

72% dintre subiecți consideră că prezența și activitatea lor în cadrul comunității a produs o schimbare în creșterea accesului populației la servicii sociale; 21% nu consideră acest

lucru, iar 5% au preferat să nu se pronunțe. De aici putem trage concluzia că asistenții medicali comunitari sunt conștienți de rolul pe care îl joacă în cadrul comunității și importanța muncii lor în teren.

*Prezența AMC a produs o schimbare în accesul la servicii medicale?*

	Frecvența	%
Da	30	54
Nu	12	22
Nu știu	13	24
Total	55	100

*Tabel 4. Percepție AMC cu privire la creșterea accesului populației la servicii medicale*

54% dintre subiecți consideră că activitatea lor a produs schimbări în accesul la servicii medicale, în timp ce 21% nu consideră că au avut vreun aport, iar un procent semnificativ 24% nu au răspuns. De aici se deduce faptul că, deși activitatea asistentului medical comunitar este centrată pe îmbunătățirea accesului populației la serviciile medicale, oferind servicii medicale complementare, mai există și alți factori externi (infrastructura..) care influențează acest acces.

*Considerați că activitatea dvs. acoperă nevoile populației deservite?*

	Frecvența	%
Da	35	64
Nu	15	27
Nu știu	5	9
Total	55	100

*Tabel 5. Percepție AMC cu privire la acoperirea nevoilor populației*

Din răspunsurile respondenților putem aprecia că munca lor acoperă nevoile populației (64%), dar există și un procent de 27% care nu consideră că activitatea lor acoperă întregul ansamblu de nevoi al populației deservite, considerent motivat de multitudinea de nevoi existente care depășește competența asistentului medical comunitar.

*Vă rugăm să precizați trei dintre atribuțiile dvs. care le considerați cele mai importante?*

	Frecvența	%
Depistare și supraveghere gravide	30	55
Participare la campanii de vaccinări	15	27
Consiliere pf	5	9
Prevenirea abandonului copiilor si supravegherea reinsertiei in familii a copiilor dezinstitutionalizati	5	9
Total	55	100

*Tabel 6. Percepție AMC cu privire la atribuțiile lor*

Asistenții medicali comunitari consideră printre cele mai importante atribuții următoarele:

- depistarea și supravegherea la domiciliu a gravidelor, informarea și îndrumarea acestora către serviciile medicale specializate, consiliere în prevenția abandonului, informare privind pachetul de servicii medicale și sociale de care beneficiază gravida, etc. (55%);
- participarea la campanii de vaccinări, informare privind avantajele vaccinării, mobilizarea populației la campanii de vaccinări (27%);
- campanii de promovare a planificării familiale (9%);
- prevenirea cazurilor de abandon al copiilor, precum și supravegherea reinsertiei în familii a copiilor dezinstituționalizați (9%).

*În ce măsură sunteți mulțumit de activitatea dvs. în raport cu nevoile sociale ale comunității în care lucrați?*

	Frecvența	%
Foarte Mulțumit	35	63
Mulțumit	12	22
Mediu mulumit	3	5
Nemulțumit	5	10
Foarte nemulțumit	0	0
Total	55	100

*Tabel 7. Gradul de satisfacție AMC în raport cu nevoile sociale ale comunității*

În proporție de aproximativ 90% AMC sunt mulțumiți de activitatea lor în raport cu nevoile sociale ale comunității pe care o deservește, în timp ce doar 10% nu sunt mulțumiți. De aici se deduce importanța laturii sociale din activitatea de asistență medicală comunitară.

*În ce măsură sunteți mulțumit de activitatea dvs. în raport cu nevoile medicale ale comunității în care lucrați?*

	Frecvența	%
Foarte mulțumit	35	63
Mulțumit	13	24
Mediu mulumit	2	3
Nemulțumit	5	10
Foarte neMulțumit	0	0
Total	55	100

*Tabel 8. Gradul de satisfacție AMC față de nevoile medicale ale comunității*

Și în ceea ce privește nivelul de acoperire al nevoilor medicale asistenței medicale comunitari consideră într-un procent destul de ridicat că sunt mulțumiți de activitatea pe care o desfășoară pe plan medical (90%), și un procent destul de mic nu sunt mulțumiți de această activitate. Un grad ridicat de mulțumire duce la un nivel ridicat de implicare din partea asistentului medical comunitar în activitățile pe care le desfășoară la nivel local. Pentru respondenții care au răspuns cu „mediu mulțumit” și „nemulțumit” trebuie luat în calcul că răspunsul acestora este condiționat și de relația acestora cu personalul medical local, relație care influențează eficiența activității asistentului medical comunitar.

*Cum apreciați colaborarea dvs cu beneficiarii pe care îi deserviți?*

	Frecvența	%
Foarte bună	15	27
Bună	35	64
Medie	2	4
Dificilă	3	5
Foarte dificilă	0	0
Total	55	100

*Tabel 9. Aprecierea colaborării AMC cu beneficiarii*



Într-o proporție destul de ridicată (95%) subiecții au o relație bună cu membrii comunității, asistenții medicali comunitari integrându-se foarte bine în comunitățile pe care le deservește (în situațiile unde aceștia nu sunt localnici).

Doar o proporție mică (5%) afirmă că nu au o relație destul de bună cu cei din comunitate, una din cauze fiind insuficienta mediatizare a activității și a rolului asistentilor medicali comunitari.

### *Relațiile AMC cu asistentul medicului de familie*

	Frecvența	%
Foarte bună	5	9
Bună	30	55
Medie	20	46
Dificilă	0	0
Total	55	100

*Tabel 10. Aprecierea colaborării AMC cu asistentul medicului de familie*

Din răspunsurile primite rezultă că în medie asistenții medicali comunitari au o relație profesională în general bună cu asistenții medicilor de familie, puțini fiind cei care pot afirma că relația este foarte bună. Aceasta încadrare a relațiilor este și consecința faptului că la începutul acestei relații, asistenții medicali de la cabinetele medicilor de familie considerau că munca AMC se suprapune peste ceea ce făceau ei. Aceeași explicație este valabilă și din perspectiva colaborării cu asistentul social din cadrul primăriei.

### *Relațiile AMC cu mediatorul sanitar*

	Frecvența	%
Foarte bună	42	76
Bună	11	20
Medie	2	4
Dificilă	0	0
Total	55	100

*Tabel 11. Aprecierea colaborării AMC cu mediatorul sanitar*

Relațiile de colaborare cu mediatorul sanitar sunt de la bune (24%) la foarte bune (76%), lucru marcat și de faptul că cele două categorii profesionale servesc aceleași cauze, și își

cunosc reciproc domeniile de activitate, formând o adevărată echipă comunitară în localitățile în care activează.

### *Relațiile AMC cu spitalele*

	Frecvența	%
Foarte bună	12	21
Bună	41	74
Medie	3	5
Dificilă	0	0
Total	55	100

*Tabel 12. Aprecierea colaborării AMC cu spitalele*

21% din respondenți clasifică drept foarte bună relația cu spitalul teritorial, 79% drept bună și medie. Deși nu există protocoale standard de colaborare între spital și asistenți comunitari, relații sunt catalogate a fi în general bune. Respondenții califică ca bune și foarte bune relațiile cu reprezentanții DGASPC.

### *Relațiile AMC cu DGASPC*

	Frecvența	%
Foarte bună	11	20%
Bună	42	76%
Medie	2	4%
Dificilă	0	0%
Total	55	100%

*Tabel 13. Aprecierea colaborării AMC cu DGASPC*

### *Relațiile AMC cu primarii*

Din totalul respondenților doar unul a calificat dificilă relația cu reprezentantul autorității locale, în rest ceilalți au catalogat-o ca fiind bună și foarte bună.

	Frecvența	%
Foarte bună	12	22
Bună	42	76
Medie	0	0
Dificilă	1	2
Total	55	100

*Tabel 14. Aprecierea colaborării AMC cu primarii*

### *Relațiile AMC cu medicii de familie*

	Frecvența	%
Foarte bună	12	22
Buna	33	61
Medie	6	10
Dificilă	4	7
Total	55	100

*Tabel 15. Aprecierea colaborării AMC cu medicii de familie*

### *Asigurarea resurselor pentru AMC*

Cine considerați că ar trebui să asigure în viitor resursele materiale (salariu, dotare, instruire etc.) necesare activității asistenților medicali comunitari la nivelul comunității dumneavoastră?

	Frecvența	%
DSP	10	18
MS	33	60
PRIMARIA	11	20
CAS	1	2
DMSSF	0	0
MEDICII DE FAMILIE	0	0
TOTAL	55	100

*Tabel 16. Asigurarea resurselor pentru AMC*

Din analiza datelor rezultă că asistenții medicali comunitari în procent de 60% preferă să rămână sub directă coordonare a MS, 18 % a DSP-urilor și 20% preferă trecerea în subordinea autorităților locale.

### *Descentralizarea AMC*

Cum vedeți procesul de descentralizare (trecere în subordinea consiliilor locale)?

	Frecvența	%
O etapa greu de realizat	3	5
Un esec fara o coordonare eficienta de la nivel central	12	23
Dificil , necesita timp si resurse financiare	39	70
O decizie prost luata	1	2
TOTAL	55	100

*Tabel 17. Aprecierea descentralizării AMC*

Concluzionînd AMC nu consideră trecerea către autoritățile locale ca o decizie eficientă, fără o coordonare corectă din partea autorităților centrale, fără o metodologie eficientă, catalogând-o greu de realizat într-un timp scurt.

### **Mediatorii sanitari**

Chestionarul a fost aplicat pe un eșantion de 21 de mediatorii sanitari (MS), în cadrul întâlnirii pe care au avut-o aceștia cu coordonatorul la nivel județean a programului de asistență medicală comunitară. În urma centralizării datelor s-au obținut următoarele:

*Cum calificați munca dvs. in localitatea pe care o deserviți?*

	Frecvența	%
Foarte eficientă	16	73
Eficientă	5	27
Mai puțin eficientă	0	0
Ineficientă	0	0
Total	21	100

*Tabel 17. Aprecierea eficienței muncii MS*

Majoritatea respondenților își califică munca ca fiind foarte eficientă și eficientă, prin asta înțelegându-se că își conștientizează foarte mult rolul pe care îl au de îndeplinit în cadrul comunității pe care o deservesc.

*Considerați că ați contribuit la îmbunătățirea relației dintre locuitori și serviciile locale?*

	Frecvența	%
Da	20	95
Nu	1	5
Nu știu	0	0
Total	21	100

*Tabel 18. Aprecierea contribuției MS la îmbunătățirea relațiilor beneficiarilor cu serviciile locale*

Din numărul respondenților 95% consideră că au ajutat la îmbunătățirea relației dintre locuitori și serviciile locale, 5 % consideră că nu au avut nici o contribuție. De aici se poate deduce rolul destul de important jucat de asistentele medicale comunitare în medierea și îmbunătățirea relațiilor dintre locuitorii comunităților de romi și serviciile locale.

*Prezența și activitatea dvs. a produs o schimbare în accesul populației la servicii sociale?*

	Frecvența	%
Da	18	85
Nu	3	15
Nu stiu	0	0
Total	21	100

*Tabel 19. Aprecierea contribuției MS la creșterea accesului populației la servicii sociale*

În procent de 85% din respondenți afirmă că prin activitatea lor s-a produs o schimbare în accesul populației la serviciile soociale, mai ales că vorbim de comunități de romi care se știe că întâmpină dificultăți în accesarea unor servicii.

*Considerați că activitatea dvs. acoperă nevoile populației deservite?*

	Frecvența	%
Da	16	76
Nu	5	24
Nu știu	0	0
Total	21	100

*Tabel 20. Aprecierea modului în care MS acoperă nevoile populației*

76% afirmă că activitatea lor se pliază pe nevoile reale ale comunităților de romi, iar 24% sunt de părere că nu sunt acoperite în întregime nevoile populației

*Vă rugăm să precizați trei dintre atribuțiile dvs. care le considerați cele mai importante?*

	Frecvența	%
Depistare și supraveghere gravide	5	23
Participare la campanii de vaccinări	3	15
Infornare	2	10
Prevenirea abandonului copiilor și supravegherea reinserției în familii a copiilor dezinstituționalizați	11	52
Total	21	100

*Tabel 21. Identificarea de către MS a principalelor trei atribuții*

Cea mai importantă atribuție catalogată cu 52% este prevenirea riscului de abandon și supravegherea reinserției în familii a copiilor dezinstituționalizați (Cojocaru și Cojocaru, 2006), urmată de depistarea și supravegherea femeilor gravide (23%)

*În ce măsură sunteți mulțumit de activitatea dvs. în raport cu nevoile sociale ale comunității în care lucrați?*

	Frecvența	%
Foarte mulțumit	4	19
Mulțumit	11	52
Mediu mulumit	1	5
Nemulțumit	1	5
Foarte nemulțumit	4	19
Total	21	100

*Tabel 22. Gradul de mulțumire a MS în raport cu nevoile comunității*

*Cum apreciați colaborarea dvs. cu beneficiarii pe care îi deserviți?*

	Frecvența	%
Foarte bună	1	4
Bună	8	38
Medie	2	11
Dificilă	10	47
Foarte dificilă	0	0
Total	21	100

*Tabel 23. Aprecierea colaborării MS cu beneficiarii*

*Relațiile MS cu asistentul medicului de familie*

	Frecvența	%
Foarte bună	1	5
Bună	15	72
Medie	5	23
Dificilă	0	0
Total	21	100

*Tabel 24. Aprecierea relațiilor dintre MS și medicul de familie*

Din răspunsurile primite rezultă că în medie mediatorii sanitari au o relație profesională în general bună cu asistenții medicilor de familie, puțini fiind cei care pot afirma că relația este foarte bună. Aceasta încadrare a relațiilor este și consecința faptului că la

începutul acestei relații asistenței medicali de la cabinetele medicilor de familie considerau că munca mediatorilor sanitari se suprapune peste ceea ce făceau ei.

#### *Relațiile MS cu asistentul medical comunitar*

	Frecvența	%
Foarte bună	8	38
Bună	12	57
Medie	1	5
Dificilă	0	0
Total	21	100

*Tabel 25. Aprecierea relațiilor dintre MS și asistentul medical comunitar*

Relațiile de colaborare cu asistentul medical comunitar sunt de la bune (57%) la foarte bune (38%), lucru marcat și de faptul că cele două categorii profesionale servesc aceleași cauze, și își cunosc reciproc domeniile de activitate.

#### *Relațiile MS cu spitalul*

	Frecvența	%
Foarte bună	2	10
Bună	12	57
Medie	7	33
Dificilă	0	0
Total	21	100

*Tabel 26. Aprecierea relațiilor dintre MS și spital*

10% din respondenți clasifică drept foarte bună relația cu spitalul teritorial, 90% drept bună și medie. Deși nu există protocoale standard de colaborare între spital și mediatorii sanitari, relații sunt catalogate a fi în general bune.



*Relațiile MS cu DGASPC*

	Frecvența	%
Foarte bună	5	23
Buna	15	72
Medie	1	5
Dificilă	0	0
Total	21	100

*Tabel 27. Aprecierea relațiilor dintre MS și DGASPC*

Respondenții califică ca bune și foarte bune relațiile cu reprezentanții DGASPC.

*Relațiile MS cu primării*

	Frecvența	%
Foarte bună	5	24
Buna	15	72
Medie	0	0
Dificilă	1	4
Total	21	100

*Tabel 28. Aprecierea relațiilor dintre MS și primarii*

Din totalul respondenților doar unul a calificat dificilă relația cu reprezentantul autorității locale, în rest ceilalți au catalogat-o ca fiind bună și foarte bună.

*Relațiile MS cu medicii de familie*

	Frecvența	%
Foarte bună	8	38
Buna	9	43
Medie	4	19
Dificilă	0	0
Total	21	100

*Tabel 29. Aprecierea relațiilor dintre MS și medicii de familie*

### *Resurse pentru MS*

Cine considerați că ar trebui să asigure în viitor resursele materiale (salariu, dotare, instruire etc.) necesare activității mediatorilor sanitari la nivelul comunității dumneavoastră?

	Frecvența	%
DSP	8	38
MS	9	44
PRIMARIA	3	14
CAS	1	4
DMSSF	0	0
MEDICII DE FAMILIE	0	0
TOTAL	21	100

*Tabel 30. Alocarea resurselor pentru MS*

Din analiza datelor rezultă o dinamica a răspunsurilor, predominând preferința pentru Ministerul Sănătății (44%) și a DSP-urilor(38%), și un procent mai mic pentru autoritățile locale (14%), deși la data aplicării chestionarelor se știa, într-o anumită măsură, ca aceștia vor fi preluați de către autoritățile locale.

### *Descentralizarea serviciilor*

Cum vedeți procesul de descentralizare (trecere în subordinea consiliilor locale)?

	Frecvența	%
Dificil	3	15
Nu comentez	8	38
Nu stiu	10	47
TOTAL	21	100

*Tabel 31. Aprecierea de către MS a trecerii în subordinea consiliilor locale*

## Medicii de familie

Chestionarul a fost aplicat unui eșantion de 62 de medici de familie.

*Cum calificați munca AMC din localitatea dvs.?*

	Frecvența	%
Foarte eficientă	28	45
Eficientă	31	50
Mai puțin eficientă	2	3
Ineficientă	1	2
Total	62	100

*Tabel 31. Aprecierea de către medicii de familie a muncii AMC*

Peste 95% dintre respondenți apreciază ca eficientă și foarte eficientă activitatea asistenților medicali comunitari și o consideră adecvată la nevoile sănătate ale comunității pe care o deservesc.

*V-a ajutat AMC în îmbunătățirea relației cu locuitorii/pacienții din localitatea dvs.?*

	Frecvența	%
Da	40	64
Nu	21	34
Nu stiu	1	2
Total	62	100

*Tabel 32. Aprecierea de către medicii a contribuției AMC la îmbunătățirea relațiilor beneficiarilor cu medicii de familie*

64 % dintre respondenți afirmă că relația dintre ei și membrii comunități s-a mai îmbunătățit, urmare activităților de informare din partea asistenților medicali comunitari, în timp ce 34% nu consideră acest lucru.

*Prezenta AMC a produs o schimbare în accesul la servicii medicale?*

	Frecvența	%
Da	45	73
Nu	15	24
Nu stiu	2	3
Total	62	100

*Tabel 33. Aprecierea de către medicii a participării AMC la creșterea accesului populației la servicii medicale*

73% dintre respondenți afirmă că s-a produs o schimbare în bine privind accesul al servicii medicale, pacienții fiind mult mai bine informați cu privire la serviciile medicale pe care trebuie să le acceseze.

*Considerati ca activitatea AMC acoperă nevoile populației deservite?*

	Frecvența	%
Da	45	73
Nu	12	19
Nu stiu	5	8
Total	62	100

*Tabel 34. Aprecierea de către medicii a modului în care AMC acoperă nevoile populației*

La această întrebare medicii consideră că prin activitatea lor se acoperă o parte din nevoile populației in sectorul unde își desfășoară aceștia activitatea.

*Cum calificați colaborarea dvs. cu AMC?*

	Frecvența	%
Foarte eficienta	45	73
Eficienta	15	24
Inexistenta	2	3
Total	62	100

*Tabel 35. Aprecierea de către medicii a colaborării cu AMC*

Colaborarea dintre medici și asistenții medicali comunitari este catalogată de la eficientă la foarte eficientă, dar în analiza acestui indicator trebuie ținut cont de faptul că programul de asistență medicală comunitară este în desfășurare de 5 ani, timp în care relațiile s-au mai consolidat.

### *Atribuțiile AMC*

Vă rugăm să precizați trei dintre atribuțiile prezente ale asistentului medical comunitar din comunitatea care le considerați cele mai importante.

	Frecvența	%
Promovarea alaptării	40	64
Prevenirea abandonului	18	29
Depistarea precoce a gravidelor și îndrumare către control	4	7
Total	62	100

*Tabel 36. Atribuțiile importante ale AMC, văzute de medicii de familie*

Din răspunsurile medicilor se constată că aceștia au o idee de ansamblu asupra activității asistenților medicali comunitari, dar nu au oferit în amănunt informații cu privire la atribuțiile acestora. O explicație ar fi și faptul că medicii de familie consideră că alocă foarte mult timp muncii administrative și au răspuns strict la întrebare.

### *Satisfacția medicilor de familie față de activitatea AMC*

În ce măsură sunteți mulțumit de activitatea asistentului medical comunitar în raport cu nevoile de sănătate ale comunității în care lucrați?

	Frecvența	%
Foarte mulțumit	40	65
Mulțumit	15	24
Mediu mulțumit	4	6
Nemulțumit	3	5
Foarte nemulțumit	0	0
Total	62	100

*Tabel 37. Satisfacția medicilor de familie față de activitatea AMC*

65% dintre respondenți sunt mulțumiți și foarte mulțumiți de activitatea asistentului medical comunitar și o consideră adecvată la nevoile de sănătate ale comunității pe care aceasta o deservește

### *Colaborarea dintre AMC și beneficiari*

Cum apreciați colaborarea asistentului medical comunitar cu beneficiarii din comunitatea dumneavoastră?

	Frecvența	%
Foarte bună	25	40
buna	36	58
Medie	1	2
Dificilă	0	0
Total	62	100

*Tabel 38. Aprecierea de către medici de familie a relațiilor dintre AMC și beneficiari*

La această întrebare medicii au definit ca fiind o relație de colaborare bună și foarte bună în proporție de peste 90% , ceea ce înseamnă ca aceștia au dezvoltat relații de încredere și respect reciproc cu cei din comunitatea pe care o deservește.

### *Informarea din partea AMC*

Primiți de la asistenții medicali comunitari informațiile privind activitatea lor?

	Frecvența	%
Da	52	84
Nu	7	11
Nu stiu	3	5
Total	62	100

*Tabel 39. Informarea medicilor de familie de către AMC*

În proporție destul de mare (84%) medicii afirmă că sunt informați cu privire la activitatea AMC în teritoriu, în special asupra cazurilor deosebite pe care le sesizează în decursul activității de teren.

### *Sprrijinul AMC din partea medicilor de familie*

În ce constă sprijinul asigurat de cabinetul dumneavoastră medical funcționării asistentului medical comunitar?

	Frecvența	%
Informare despre problemele medicale ale membrilor comunității	16	25
Colaborare	8	13
Ajutor în rezolvarea cazurilor medicale	7	12
Colaborare pentru rezolvarea cazurilor sociale	2	3
Informare despre intrarea persoanelor de lista lor	3	5
Participare la vizite la domiciliu	3	5
Informare despre ieșirea persoanelor de pe lista lor	4	6
Susținere	8	13
Vaccinare	9	15
Materiale educative	2	3
Total	62	100

*Tabel 40. Sprijinul acordat de către medicii de familie AMC*

În urma centralizării datelor, a rezultat ca aceștia acordă sprijin activității asistentului medical comunitar pornind de la informare și terminând cu participarea la campanii de vaccinare, mai puțin spațiu, căci în cea mai mare parte AMC își au sediul în cadrul primăriilor.

### *Asigurarea resurselor pentru AMC*

Cine considerați că ar trebui să asigure în viitor resursele materiale (salariu, dotare, instruire etc.) necesare activității asistentilor medicali comunitari la nivelul comunității dumneavoastră?

	Frecvența	%
DSP	42	68
MS	12	19
PRIMARIE	6	10
CAS	2	3
MMSSF	0	0
MF	0	0
Total	62	100

*Tabel 41. Asigurarea resurselor pentru AMC*

La această întrebare s-a acordat un procent destul de mare DSP-ului(68%) și MS (19), și doar 10% primăriilor.

### **Autoritățile locale. Primari**

Chestionarul către autoritățile locale a fost aplicat unui eșantion de 40 de primari. Primarii constituie un element cheie în cunoașterea programului de asistență medicală comunitară, deoarece în funcție de interesul pe care îl acordă aceștia acestui program se pot realiza și materializa multe proiecte la nivel local. Sprijinul acordat de primarii activității asistentului medical comunitar este esențial, mai ales în contextul descentralizării asistenței medicale comunitare. În urma centralizării răspunsurilor au rezultat următoarele:

*Cum calificați munca AMC în localitatea dvs.?*

	Frecvența	%
Foarte eficienta	15	37
Eficienta	25	63
Mai puțin eficienta	0	0
Inexistenta	0	0
Total	40	100

*Tabel 42. Aprecierea de către primari a activității AMC*

Primarii consideră munca asistenților medicali comunitari într-un procent destul de ridicat 63% eficientă și 37% foarte eficientă, ceea ce înseamnă că aceștia conștientizează importanța muncii asistentului medical comunitar pentru comunitate

*V-a ajutat AMC la îmbunătățirea relației cu locuitorii din comunitatea dvs.?*

	Frecvența	%
Da	36	90
Nu	4	10
Nu știu	0	0
Total	40	100

*Tabel 42. Aprecierea de către primari a contribuției AMC în îmbunătățirea relațiilor cu beneficiarii*



În mod surprinzător, în proporție de 90% aceștia au afirmat ca relația cu membrii comunității s-a îmbunătățit datorită activității asistentului medical comunitar, pentru că prin prezentarea anumitor cazuri și rezolvarea acestora, beneficiarii și-au schimbat atitudinea vizavi de autoritățile locale.

*Prezența AMC a participat la creșterea accesului populației la servicii sociale?*

	Frecvența	%
Da	32	80
Nu	2	5
Nu știu	6	15
Total	40	100

*Tabel 43. Aprecierea de către primari a contribuției AMC la creșterea accesului populației la servicii sociale*

La aceasta întrebare închisă, primarii au afirmat că populația comunei a apelat mai des la serviciile sociale întrucât în urma informării din partea asistenților medicali comunitari, aceasta își cunoaște drepturile. De asemenea, membrii comunității sunt îndrumați către instituții pentru soluționarea problemelor sociale.

*Considerați ca activitatea AMC acoperă serviciile populației deservite?*

	Frecvența	%
Da	20	50
Nu	18	45
Nu știu	2	5
Total	40	100

*Tabel 44. Aprecierea de către primari a modului în care AMC acoperă nevoile populației*

Deși pare o întrebare închisă cu răspuns simplu, interpretarea acestui răspuns este destul de complexă. În primul rând, surprind răspunsurile diferite ale respondenților, 50% afirmă ca sunt acoperite serviciile populației prin activitatea asistenților, iar 45% afirmă contrariul. Acest lucru poate însemna, pe de o parte, faptul că chiar dacă asistenții comunitari își îndeplinesc sarcinile de serviciu, multitudinea de probleme pe care le întâlnesc îi depășesc, nu au suficient sprijin din partea tuturor factorilor de decizie de la nivelul comunității.

*Cum calificați colaborarea dvs. cu AMC?*

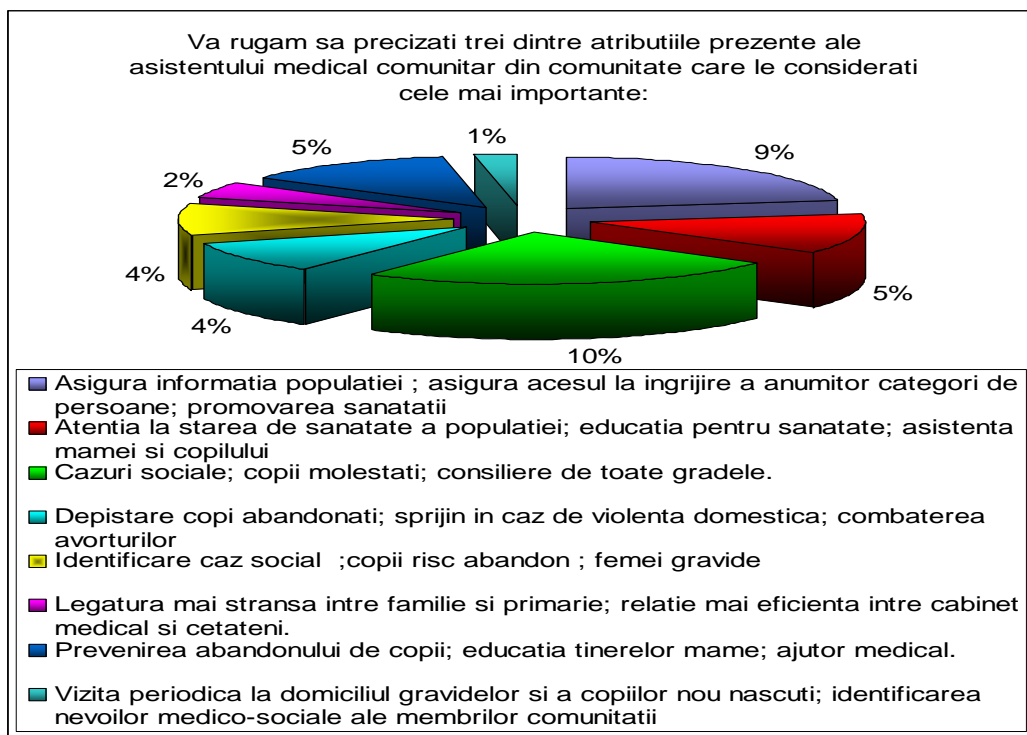
	Frecvența	Procent
Foarte eficienta	14	35%
Eficienta	26	65%
Inexistenta	0	0%
Total	40	100%

*Tabel 45. Aprecierea de către primari a colaborării cu AMC*

*Atribuțiile AMC*

Vă rugăm să precizați trei dintre atribuțiile prezente ale asistentului medical comunitar din comunitatea care le considerați cele mai importante:

Într-un procent destul de ridicat, primari cunosc atribuțiile asistenților medicali comunitari



*Fig.8 . Aprecierea de către primari a colaborării cu AMC*

### *Satisfacția față de activitatea AMC*

În ce măsură sunteți mulțumit de activitatea asistentului medical comunitar în raport cu nevoile de sociale ale comunității în care lucrați?

	Frecvența	%
Foarte mulțumit	22	55
Mulțumit	18	45
Mediu Mulțumit	0	0
Nemuțumit	2	10
Total	40	100

*Tabel 46. Satisfacția primarilor față de activitatea AMC*

În proporție de 10 % nu sunt mulțumiți de activitatea pe care o desfășoară asistentele medicale comunitare în raport cu nevoile comunității, în timp ce restul 90% se declară mulțumiți.

### *Aprecierea colaborării cu AMC cu beneficiarii*

Cum apreciați colaborarea asistentului medical comunitar cu beneficiarii din comunitatea dumneavoastră?

	Frecvența	Procent
Foarte bună	26	65%
Bună	8	20%
Medie	6	15%
Dificilă	0	0%
Foarte dificilă	0	0%
Total	40	100%

*Tabel 47. Aprecierea primarilor față de colaborarea AMC cu beneficiarii*

Primarii consideră colaborarea dintre beneficiari și AMC drept *bună* și *foarte bună* în proporție de 85%, și *medie* în procent de 15%,

### *Responsabilități suplimentare ale AMC*

Ce responsabilități suplimentare considerați că ar trebui adăugate asistentului medical comunitar?

	Frecvența	%
Anchete sociale	2	5
Nici una	38	95
Total	40	100

*Tabel 48. Responsabilități suplimentare ale AMC văzute de primari*

95% dintre respondenți afirmă că nu ar trebui adăugat nimic, iar 5 % consideră că asistentul medical comunitar ar trebui să întocmească și anchete sociale.

### *Relațiile de colaborare ale AMC cu asistentul medicului de familie*

Cum apreciați relațiile de colaborare ale asistentului medical comunitar cu asistentul medicului de familie?

	Frecvența	%
Foarte bună	14	37%
Bună	16	38%
Medie	10	25%
Dificilă	0	0%
Total	40	100%

*Tabel 49. Aprecierea de către primari a relațiilor de colaborare dintre AMC și asistentul medicului de familie*

### *Relațiile de colaborare ale AMC cu asistentul spitalul*

Cum apreciați relațiile de colaborare ale asistentului medical comunitar cu spitalul?

	Frecvența	%
Foarte bună	15	37
Bună	18	45
Medie	7	18
Dificilă	0	0
Total	40	100

*Tabel 50. Aprecierea de către primari a relațiilor de colaborare dintre AMC și spital*

### *Relațiile de colaborare ale AMC cu DGAPC*

	Frecvența	%
Foarte bună	19	48
Bună	21	52
Medie	0	0
Dificilă	0	0
Total	40	100

*Tabel 51. Aprecierea de către primari a relațiilor de colaborare dintre AMC și DGASPC*

### *Relațiile de colaborare ale AMC cu mediatorul sanitar*

	Frecvența	%
Foarte bună	15	38
Bună	25	62
Medie	0	0
Dificilă	0	0
Total	40	100

*Tabel 52. Aprecierea de către primari a relațiilor de colaborare dintre AMC și mediatorul sanitar*

În general, conform părerilor primarilor, asistentul medical comunitar se află în relații de colaborare bune și foarte bune cu ceilalți mediatorul sanitar.

### *Oferirea de informații din partea AMC*

Primiți de la asistentul medical comunitar informațiile privind activitatea lor?

	Frecvența	%
Da	34	85
Nu	6	15
Total	40	100

*Tabel 53. Oferirea de informații de către AMC*

85% dintre primari primesc informații de la asistentul medical comunitar cu privire la activitatea desfășurată în teritoriu, iar 15% afirmă că nu primesc.

### *Referirea cazurilor sociale*

Vă trimite asistentul medical comunitar persoane care au probleme sociale din sfera de responsabilități ale primăriei?

	Frecvența	%
Foarte mare măsura	16	40
Mare măsura	20	50
Mediu	0	0
Mică măsura	4	10
Foarte mică măsura	0	0
Total	40	100

*Tabel 53. Oferirea de informații de către AMC*

90% dintre respondenți afirmă că, în mare sau foarte mare măsura, primește persoane cu nevoi speciale trimise de către asistentul medical comunitar și care intră în sfera de competență a primăriei.

### *Sprijinul din partea autorităților locale*

În urma centralizării răspunsurilor a rezultat că asistenții medicali comunitari sunt sprijiniți de către autoritățile locale cu spațiu (50%), mijloc de transport (5%), obținerea actelor de stare civilă (4%), 10% asigurarea utilităților / amenajarea spațiului / curățenie/, 10% mijloc de transport.

### *Asigurarea resurselor pentru AMC*

Cine considerați că ar trebui să asigure în viitor resursele materiale (salariu, dotare, instruire etc.) necesare activității asistenților medicali comunitari la nivelul comunității dumneavoastră?

	Frecvența	%
DSP	4	10
MS	28	70
PRIMARIE	4	10
CAS	2	5
MF	2	5
Total	40	100

*Tabel 54. Asigurarea resurselor pentru AMC*

Conform datelor 70% dintre primari consideră că în continuare coordonarea și asigurarea resurselor materiale a asistenților medicali comunitari ar trebui să se facă tot de către Ministerul Sănătății. Doar 10% dintre primari consideră că, în viitor, finanțarea activității asistentei medicale comunitare trebuie să aparțină autorității locale. Trebuie luat în calcul că aceste chestionare au fost realizate înainte de semnarea protocolului de preluare a asistenților de către autoritățile locale.

## Concluzii

Ca o concluzie generală se poate afirma că programul de asistență medicală comunitară răspunde unor nevoi reale ale comunităților și contribuie la îmbunătățirea accesului populației defavorizate la serviciile medicale și sociale de bază.

În cadrul studiului mi-am propus o micro-cercetare bazată pe tehnica chestionarului și o analiză a dinamicii principalilor indicatori ai stării de sănătate relevanți pentru programul de asistență medicală comunitară. Am aplicat un număr de 178 de chestionare, către 4 categorii de respondenți: asistenți medicali comunitari, mediatorii sanitari, medici de familie și primarii localităților unde își desfășoară activitatea asistenții medicali comunitari.

Majoritatea celor intervievați și respondenți ai chestionarelor au fost de acord cu utilitatea acestui program, dar au menționat ca este nevoie de o mai bună promovare a acestuia în media scrisă și a audio-vizualului. Din nefericire acest program a fost puțin mediatizat astfel că multe dintre autoritățile locale nu cunosc specificul acestui program și nici importanța sa. În comunitățile unde există asistent medical comunitar și/sau mediator sanitar autoritățile au recunoscut importanța și utilitatea muncii acestora. Multe dintre viețile locuitorilor din aceste localități au fost salvate sau schimbate prin intervenția promptă a acestor două categorii de personal.

Trebuie precizat ca asistentul medical comunitar/mediatorul sanitar comunitar este printre puțini actori sociali care intră în contact direct cu locuitorii comunității, la domiciliul acestora, și care poate sesiza și interveni prompt în caz de necesitate. De asemenea, sunt profesioniștii care duc informația direct la sursă fără intermediari, iar eficiența activității lor este maximă și datorită faptului că aceste persoane sunt cunoscute și respectate în comunitățile în care activează. Prin intermediul acestor profesioniști se pot dezvolta și implementa multe programe de prevenție, pentru că sunt cei care intră în contact direct cu comunitatea. Din păcate, țara noastră stă foarte prost la capitolul programe de prevenție și mai avem multe de învățat de la celelalte state europene.

Acești profesioniști, prin specificul muncii lor, pot aduce un plus de informație în comunitățile unde lucrează, pot face parte activ din echipa comunitară, acolo unde există, sau pot fi promotorii formării unei astfel de echipe formate din asistent medical comunitar, medic de familie, asistent social, primar, preot, polițist, profesor, etc.

Prin cartografierea populației din localitate cu menționările socio-medicale s-au creat premisele activităților de depistare activă. Activitățile de informare a populației privind pachetul de servicii medicale minim garantat, precum și drepturile în domeniul protecției sociale împreună cu activitățile de sprijinire directă a populației în demersurile necesare întocmirii dosarelor pentru obținerea actelor de identitate, a venitului minim garantat, au ajutat la înscrierea pe listele medicilor de familie.



Prin relația directă de colaborare cu DSP-urile AMC și MSC reprezintă o sursă importantă de informații privind problemele de sănătate din teritoriu și resursa utilizată de DSP pentru punerea în practică a unor intervenții rapide destinate protejării sănătății comunității.

Schimbări medicale și sociale la nivelul comunității: asigurarea accesului la îngrijiri a unor categorii de persoane: familii cu condiții precare de locuit, cu mulți copii, persoane cu handicap fizic sau psihic, vârstnici fără aparținători, familii în care există violență domestică, abuz și exploatarea copiilor, victimele traficului de persoane, risc de abandon al copiilor, persoane neînscrise pe listele medicilor de familie, pentru acestea de multe ori asistenții medicali comunitari și/mediatorii sanitari comunitari sunt principalele surse de asistență medicală accesibile. De asemenea, se constată o creștere a accesului la activitățile de prevenție primară și promovare a sănătății în comunitate (sprijinirea gravidelor în utilizarea serviciilor de asistență prenatală, includerea copiilor în programele de supraveghere a dezvoltării psiho-somatice și în campaniile de imunizari, precum și activități de educație pentru sănătate orientate pe problemele de sănătate publică cu care se confruntă comunitățile respective).

Din analiza datelor a reieșit că pe ansamblu activitatea asistenților medicali comunitari și a mediatorilor sanitari este eficientă, acoperă în mare parte nevoile medicale și sociale ale populației din comunitățile deservite, AMC implicându-se activ în rezolvarea cazurilor întâlnite în teritoriu. Asistentul medical comunitar este profesionistul care este mereu prezent în comunitate, pentru că 90% din activitatea sa se desfășoară pe teren.

Asistentul medical comunitar se află, în general, în relații bune și foarte bune de colaborare cu ceilalți profesioniști de la nivel local, neexistând conflicte între ei, din contră încercând să colaboreze în soluționarea cazurilor. Această colaborare depinde și de fiecare individ în parte, de modul lui de a se înțelege cu cei din jurul său, de cum știe să pună problemele astfel încât să găsească înțelegere. De modul cum știe să relaționeze aceștia cu ceilalți furnizori locali de servicii medicale sau sociale, depinde rezolvarea problemelor întâlnite în teritoriu. Dacă mai sunt animozități sau mici conflicte între asistenta medicului de familie și asistentul comunitar se datorează mai multor factori, dar în special proastei salarizări a asistentelor medicale vizavi de cea a asistentelor comunitare și sentimentului de suprapunere a atribuțiilor rezultate din necunoașterii în profunzime a atribuțiilor asistentelor medicale comunitare. Practic, de multe ori, se creează impresia că asistentul medical comunitar face aceeași muncă cu a asistentului medical de la cabinetul medicului de familie, lucru total eronat, pentru că asistentul medical comunitar este profesionistul ce face activitate atât medicală cât și socială, dar în special această activitate se desfășoară pe teren. Astfel că una din ipoteze este confirmată.

A doua ipoteză, conform căreia autoritățile locale nu cunosc îndeajuns rolul și importanța muncii asistenților medicali comunitari nu s-a confirmat în proporție de 100%, deoarece din rezultatele chestionarului a reieșit că, în mare parte, actorii de la nivel local cunosc atribuțiile asistentului medical comunitar. Una din explicații ar fi și aceea că primarii s-au documentat în ceea ce privește specificul activității asistenților

medicali comunitari și a mediatorilor sanitari comunitari, deoarece chestionarul a fost aplicat în aceeași perioadă cu pregătirile de preluare a acestor categorii de personal de către autoritățile locale.

A treia ipoteză, referitoare la utilitatea programului a fost confirmată, reieșind că programul este foarte eficient pentru comunitate și se pliază pe nevoile comunității, iar activitatea asistenților medicali comunitari și a mediatorilor sanitari răspunde nevoilor reale ale comunității.

Analiza dinamicii principalilor indicatori ai stării de sănătate la nivelul județului Vaslui, a fost realizată pentru perioada 2002-2008. Anii 2002-2004 au fost analizați pentru a evidenția perioada anterioară implementării programului de asistență medicală comunitară la nivelul județului Vaslui. Analiza acestei dinamici indică clar ameliorarea și chiar scăderea unora din cei mai importanți indicatori ai stării de sănătate a populației, direct influențați de activitățile de prevenție desfășurate de asistentul medical comunitar și de mediatorul sanitar comunitar.

Coroborând rezultatele celor două analize mai sus prezentate, reiese clar impactul și eficiența activității de asistență medicală comunitară la nivelul județului Vaslui, precum și importanța sustenabilității pe termen lung a acestui program.

## Bibliografie

- Anderson, J.(1981). *Social Work Methods & Practice*, Belmont CA Wadsworth.
- Bocancea, C. , Neamțu, G. (1999), *Elemente de asistență socială*, Iași, Polirom.
- Cace, S. (2007), Analiza comparativă a politicilor în domeniul sănătății, [http://www.partidaromilor.ro/attachments/article/57/analiza\\_comparativa\\_a\\_politicilor\\_in\\_domeniul\\_sanatatii.pdf](http://www.partidaromilor.ro/attachments/article/57/analiza_comparativa_a_politicilor_in_domeniul_sanatatii.pdf)
- Chelcea, S. (1975). *Chestionarul în investigația sociologică*, București, Editura Științifică și Enciclopedică.
- Cojocaru, D. (2008). *Copilaria si constructia parentalitatii. Asistenta maternală in Romania*, Iasi: Polirom.
- Cojocaru, S, (2010), *Evaluarea programelor de asistenta sociala*, Iasi: Polirom.
- Cojocaru, S, Cojocaru, D. (2008). *Managementul de caz in protectia copilului. Evaluarea serviciilor si practicilor din Romania*, Iasi: Polirom.
- Cojocaru, S. (2004). *Design-ul propunerilor de finantare*, Iași: Expert Projects.
- Cojocaru, S. (2007). Case management in child protection. A national study: short presentation, *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, vol. 18, pp. 7-18.
- Cojocaru, S. (2008a). Child protection in Romania after the fall of communism: challenges for the development of community social services, *International Journal of Environmental Studies*, vol 65, issues 4, pp. 515-527.
- Cojocaru, S. (2008c), Evaluarea apreciativa – forma a evaluarii formative, *Revista de cercetare si interventie sociala*, vol. 20, pp.42-48.
- Cojocaru, S. (2010). *Evaluarea programelor de asistenta sociala*, Polirom, Iasi.
- Cojocaru, S., (2005). *Metode apreciative in asistenta sociala. Ancheta, supervizarea si managementul de caz*, Polirom, Iasi.
- Cojocaru, S., (2006). *Proiectul de interventie in asistenta sociala. De la propunerea de finantare la proiectele individualizate de interventie*, Iasi: Polirom.
- Cojocaru, S., Cojocaru, D. (2006). Serviciile de protecție temporară a copiilor aflați în dificultate și managementul de caz. Studiu național, *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, vol. 14, pp. 5-30.
- de Graff, P., Rusnak, M., Tournev, I., Brazinova, A., (2006). Evaluarea starii de sanatate si a accesului la asistenta medicala in cadrul comunitatilor de romi, București.

- Ionescu, M., Cace, S., 2006, Politici publice pentru romi. Evolutii si perspective, București, Expert.
- Miftode, V. (2003). *Fundamente ale asistenței sociale*, Iași: Lumen.
- Miftode, V. (2003a). *Tratat de metodologie sociologica*, Iași: Lumen.
- Nanu, L., Radulescu, D., Dobronauteanu, H., Jitariu, C., Raicu, C., (2008). *Manualul mediatorului sanitar*, București.
- UNICEF, USAID, JSI, UNFPA, 2006, *Evaluarea programului de asistenta medicala comunitara*, Raport 2006, București.
- USAID, JSI, 2007, *Diversitate culturala pentru medicul de familie*, Raport 2007, Bucuresti.

#### *Legislație*

- HG nr. 862/2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății Publice
- Legea 95/2006 privind reforma în sănătate, titlul V –asistența medicală comunitară
- MS, ANPDC- Rolul și responsabilitățile personalului medical in protecția și promovarea drepturilor copilului, 2006
- MS, IOMC, JSI, UNICEF, UNFPA – Sanatatea Comunitatii, Sanatatea Reproducerii, Educatie pentru sanatate- curs de formare AMC, 2004
- Ordinul MS nr. 619/2002 privind mediatorul sanitar pentru comunitățile de romi
- OUG nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale precum și pentru suspendarea aplicării unor prevederi legale.

#### *Site-uri consultate*

- [www.anr.gov.ro/docs/programe/GRANT/analiza\\_comparativa\\_a\\_politicilor\\_in\\_domeniul\\_sanatatii.pdf](http://www.anr.gov.ro/docs/programe/GRANT/analiza_comparativa_a_politicilor_in_domeniul_sanatatii.pdf) -
- [www.asistentasociala.ro](http://www.asistentasociala.ro)
- [www.iomc.ro](http://www.iomc.ro)
- [www.prefecturavaslui.ro](http://www.prefecturavaslui.ro)
- [www.romanicriss.org](http://www.romanicriss.org)
- [www.unicef.org/romania/ro/](http://www.unicef.org/romania/ro/)

Impactul asistenței medicale comunitare asupra serviciilor de la nivel comunitar .....	3
Abstract .....	3
Introducere .....	4
Programul național de asistență comunitară .....	5
Scurt istoric .....	5
Prezentarea programului de asistență medicală comunitară la nivel național .....	6
Personalul din asistența medicală comunitară .....	7
Cadrul legal al asistenței medicale comunitare .....	14
Impactul asistenței medicale comunitare asupra serviciilor locale .....	15
Determinanții stării de sănătate .....	15
Lucrul în rețea .....	16
Comunitatea – spațiu de îndeplinire a atribuțiilor asistentului medical comunitar/mediatorului sanitar .....	18
Activitatea asistenților medicali comunitari și impactul muncii lor asupra comunității .....	29
Activități desfășurate de AMC se înscriu pe cinci axe principale: .....	29
Descentralizarea sistemului de asistență medicală comunitară .....	31
Descentralizarea – scurtă prezentare .....	31
Descentralizarea Socială .....	32
Descentralizarea sistemului sanitar .....	33
Locul și rolul asistentului medical comunitar in contextul descentralizării serviciilor de asistență comunitară .....	34
Asistența medicală comunitară în județul Vaslui .....	39
Prezentare generală .....	39
Necesitatea implementării programului la nivel județean .....	40
Dinamica principalilor indicatori relevanți in asistența medicală comunitară .....	41
Rezultate ale activității mediatorilor sanitari comunitari .....	48
Rezultate ale activității asistenților medicali comunitari .....	49
Metodologia cercetării .....	52

Obiectivele cercetării.....	52
Obiectivele aplicării chestionarului .....	52
Ipotezele cercetării .....	52
Instrumentele cercetării .....	52
Eșantionul.....	52
Analiza datelor chestionarelor .....	53
Asistenții medicali comunitari .....	53
Mediatorii sanitari .....	60
Medicii de familie .....	67
Autoritățile locale. Primari .....	72
Concluzii .....	80
Bibliografie .....	83

## Aims and Scope

SOCIAL RESEARCH REPORTS is a peer-reviewed, devoted to publishing research papers in all fields of social research. It aims to provide an international forum for the exchange of ideas and findings from researchers across different cultures and encourages research on the impact of social sciences. It also seeks to promote the transfer of knowledge between professionals in academia and practitioners by emphasizing research in which results are of interest or applicable to social practices.

SOCIAL RESEARCH REPORTS is intended to be a high quality academic journal concerning sociological research on the World. The scope of the journal is to cover social theory and analysis, social work practices.

SOCIAL RESEARCH REPORTS only publish full reports of research in social field. Each volume is dedicated to only one research report, which presents detailed methodology, results and conclusions or recommendations of the study. There is no deadline for submission of manuscripts. It is a continuous process of acceptance after peer review process. Submitted research report should be on relevance to the current times and be related to themes reflecting recent and significant changes on the societies.

**New policy:** In 2011, the publication policy will change. *Social Research Reports* will appear quarterly. Each issue will be published only one research report, which will be attended by at least three articles that will comment different aspects of the report. After acceptance for publication, after peer review process, the report will be sent to other reviewers, other than those who have completed peer review process, to consider the report and to draft an article of comments. Articles by type comments will be sent to the author of the report, which will be able to answer them in a separate by research report. All reviews and author responses to comments will be published as separate articles in the same issue of Social Research Reports. Thus, in a number will be presented: 1) full research report, 2) a minimum of three articles reviews and analysis, and 3) article author of the research report, which presents its responses to comments.

Abstracting information: Social Research Reports is currently noted in Index Copernicus International and on [www.researchreports.ro](http://www.researchreports.ro)

### Guidelines for Contributors

It is a condition of publication that authors assign copyright or license the publication right in their articles, including abstract, to Expert Projects Publishing House. This enables us to ensure full copyright protection and to disseminate the article, and of course the Social Research Reports, to the widest possible readership in print and electronic formats as appropriate. Authors retain many rights under the Expert Projects rights policies. Authors are themselves responsible for obtaining permission to reproduce copyright material from other sources.

Contributions may be submitted in English, Romanian, French accompanied by abstract (max. 250 words) and keywords (max. 10) in English. Social Research Reports strongly prefers electronic submissions online. Title, authors. Name, full address and brief biographical note will be required. Referencing in the text should be as follows: (Bushe, 2010: 120) detailed information about submissions can find on [www.researchreports.ro](http://www.researchreports.ro)