

MEDICINA DE FAMILIE ÎN EUROPA

Dr. Lavinia PANAIT, medic specialist Sănătate Publică și Management Sanitar, SNSPMS
Dr. Marius MĂRGINEAN, medic primar
Medicină de Familie, SNSPMS

Primary healthcare sector represents the foundation of a complete healthcare system. There are differences in the quality of training and medical practice in primary healthcare in European area. There are lots of organisations involved in the process of improving the quality of life through a collaboration and partnerships framework having a major roll in the practice exchange between national bodies in Europe.

Keywords: european organisation in primary healthcare, organisation, financing, the quality of care.

Medicina de familie în context european Este unanim acceptat că medicii de familie reprezintă temelia unui sistem de îngrijiri de sănătate complet. Pentru realizarea acestui deziderat este necesar ca fiecare țară să ofere acestor medici o educație orientată pe problemele de sănătate specifice populației.

În zilele noastre, multe persoane particulare și organizații din întreaga lume colaborează pentru a spori importanța practicii și învățământului medical, pentru a crește rolul medicului generalist în cadrul asistenței medicale. Medicii și politicienii își concentrează atenția asupra pregătirii mai multor medici generalişti care să ofere asistență medicală accesibilă, de înaltă calitate, la prețuri reduse.

Specialitatea de medicină de familie a fost definită de Societatea Științifică a Medicilor generalişti/Medicilor de familie din Europa, ca „o disciplină academică și științifică, cu sistem educațional, cercetare, sistem de evidență a datelor și activitate clinică proprii, orientată pe asistență primară”.

Medicii de familie, ca specialiști pregătiți în baza principiilor acestei discipline (numiți în anumite țări din Europa medici de medicină generală), sunt singurii medici generalişti pregătiți să îngrijească pacienți de toate vârstele. Datorită capacității lor de a asigura asistența medicală integrată pacienților de toate vârstele la costuri scăzute, cuprinzând atât aspecte profilactice, cât și curative, medicii de familie sunt soluția optimă pentru rezolvarea nevoii de asistență medicală primară integrată, atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare.

Calitatea pregătirii medicilor generalişti diferă însă pe plan european. În multe țări, medicii generalişti sunt pur și simplu non-specialişti. Tipic pentru aceste țări este faptul că studenții medicinii vin foarte puțin în contact cu pacienții din ambulator, iar învățământul este limitat în ceea ce privește problemele privind asistența și profilaxia primară.

Ca urmare, acești studenți nu reușesc să-și însușească deprinderile necesare unui medic de familie competent. În alte țări, medicii care lucrează în asistența primară au o pregătire de 3 până la 5 ani în specialitatea de medicină de familie.^[5] În urma Conferinței de Consens pe Pregătirea Specifică în Medicina generală, ținută în anul 1994 de UEMO (Uniunea Europeană a Medicilor Generalişti), au fost recomandați 3 ani de pregătire pentru ca un medic să exercite profesia de medic generalist/medic de familie, în concordanță cu așa numitul Titlu IV al Directivei 93/16/EEC.

Această recomandare a fost acceptată de Parlamentul european, fiind validă din anul 2006.

În contextul preocupării continue de a schimba și dezvolta medicina generală la nivel european și, în condițiile unor îngrijiri din ce în ce mai specializate, medicul de familie este nevoit să facă față unei mari cereri, atât din partea pacienților, cât și a colegilor, acumulând largi competențe necesare unor îngrijiri adecvate și de înaltă calitate.

S-a spus că „medicul generalist îngrijește aceiași pacienți, dar cu diferite boli, în timp ce alți specialiști îngrijesc aceleași boli, dar pacienți diferiți”. Există convingerea că medicul generalist trebuie să fie pus pe picior egal cu alți specialiști, iar în unele țări acest lucru deja se întâmplă. Pe de altă parte, este îmbucurător faptul că unele dintre țările care au aderat mai târziu la Uniunea Europeană au deja specialitatea de Medicină de Familie.

În țările unde medicii de familie sunt specialiști, majoritatea populației este luată în evidență de către un medic de familie. Adesea aceștia lucrează în grupuri de practică, cu o echipă de asistente, fizioterapeuți, terapeuți ocupaționali etc, având unele echipamente medicale disponibile pentru a efectua examinări medicale de bază și tratament pentru pacienți.

Au fost descrise mai multe motive pentru a avea un medic generalist competent. Printre acestea se pot enumera cele mai importante^[1]:

- În multe țări structura îngrijirilor de sănătate a fost schimbată: paturile de spital au fost reduse, ceea ce înseamnă că pacienții trebuie îngrijiți în Sistemul de Asistență Primară;
- Noi și efective metode de tratament au dus la scurtarea duratei de spitalizare și există din ce în ce mai mult posibilitatea ca pacienții să fie tratați în afara spitalului;
- Dacă în urmă cu 20 ani pacienții aflați în faze terminale își petreceau ultimele zile ale vieții în spital, azi un număr din ce în ce mai mare dorește să sfârșească în propria locuință. Este ceva firesc pentru medicul generalist să îngrijească propriii pacienți de la naștere până la sfârșitul vieții. Îngrijirile paliative sunt o responsabilitate importantă pentru medicul de familie și de aceea este necesar un medic competent care să facă față acestei provocări;

- Numărul, în creștere, de bătrâni care necesită îngrijiri în acest domeniu al medicinei va fi o provocare pentru această profesie;
- Drepturile pacienților sunt mai clar recunoscute și mai evidente decât înainte și sunt susținute de medici. Un pacient bine informat dorește un medic competent.

Medicul de mâine, ca de altfel și medicul de familie, va munci din ce în ce mai mult în echipă în cooperare cu alți profesioniști. În general, el este liderul acestei echipe și va trebui să-și asume rolul de expert în acest domeniu. Necesitatea unui specialist în medicină de familie sau medicină generală este astfel evidentă.

Organizații ale medicilor de familie

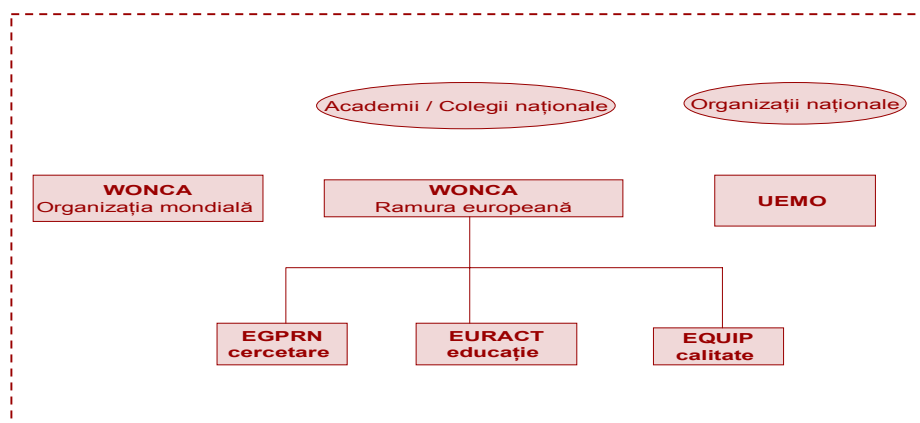
În Europa există mai multe organizații ale medicilor de familie care apară interesele acestora [Figura 1](#).

UEMO – Uniunea Europeană a Medicilor Generaliști îndeplinește rolul de organizație conducătoare europeană a medicilor de familie în domeniul politicii medicale. Aceasta cooperează și colaborează activ cu alte grupuri academice europene, precum ramura europeană a WONCA (the World Association of National Colleges, Academies and Academic Institutions of General Practice and Family Medicine), SIGM (International Society of General Practice), EURACT (the European Academy of General Practice Teachers) și EGPRN (the European General Practice Network).^[3]

UEMO este constituită din delegați naționali ai celor mai reprezentative organisme din fiecare țară membră și are rolul de a acționa ca forum politic reprezentând interesele medicinei de familie, mai ales în ceea ce privește pregătirea postuniversitară, educația medicală continuă, asigurarea calității, organizarea cabinetelor și finanțarea.

Wonca Europe - este o societate academică și științifică pentru medicii de familie din Europa. Obiectivul său este de a îmbunătăți calitatea vieții indivizilor prin creșterea și menținerea standardelor înalte de îngrijiri în me-

Figura 1. Organizații europene ale medicilor de familie



Sursa: Adaptare după WONCA Europe

dicina de familie, prin realizarea unui forum pentru schimburi de cunoștințe și informații, prin încurajarea și susținerea dezvoltării organizațiilor academice ale medicilor generaliști, precum și prin dezvoltarea activităților educaționale, de cercetare și de furnizare a serviciilor ale medicilor generaliști. De asemenea, coordonează cercetarea, inițiativele academice și cele legate de calitate prin EGPRN, EURACT și EQUIP (Education and Quality in Primary Care).^[3]

EURACT acționează ca un grup consultativ de experți pe subiecte educaționale de medicină de familie și are rolul de a implica pe cei cu responsabilități în activități de formare în domeniul medicinei de familie, la nivel universitar sau postuniversitar, și de a organiza întâlniri pentru dezvoltare de idei și schimburi de informații, pentru a îmbunătăți poziția și calitatea educației în medicina de familie.^[3]

EGPRN este un organism de colaborare al cercetătorilor în medicina de familie.

EQUIP este o organizație care colaborează îndeaproape cu organizații de îngrijiri primare și autorități strategice de sănătate pentru a îmbunătăți calitatea îngrijirilor acordate pacienților. În cadrul EQUIP există o ramură specializată pe cercetare și dezvoltare, TOPAS Europe, care are drept scop dezvoltarea de instrumente de îmbunătățire a calității, up-gradarea celor existente și furnizarea lor pe piață.^[6]

Medicul de familie – gatekeeper al sistemelor de îngrijiri

Angrenat în reformele care se petrec în ultima vreme la nivelul tuturor sistemelor de sănătate din lume, medicul de familie trebuie să facă față provocărilor care apar o dată cu acestea. Rolul medicului de familie/medicului generalist în cadrul acestor sisteme de sănătate diferă în funcție de organizarea sistemelor de sănătate, statutul specialității de medicină de familie în fiecare țară, nivelul și sistemele de plată.

Medicul de familie în cadrul Sistemelor Naționale de Sănătate (NHS – National Health System) din Europa^[7]

Sistemele naționale de sănătate sunt bazate pe taxe și impozite, au acoperire generală, iar persoanele contribuie în funcție de venit și nu în funcție de riscul individual.^[2] Îngrijirile sunt furnizate în mare parte gratuit, iar medicii sunt în general salariați. În acest sistem politic joacă un rol decisiv în distribuirea fondurilor pentru sănătate.

În **Marea Britanie**, unde există un astfel de sistem, asistența primară, ca zonă de prim contact a pacientului cu serviciile de sănătate, este furnizată prin Serviciile Medicale Generale (GMS), Serviciile Comunitare de Sănătate, Departamentele de Urgență și Accidente ale Spitalelor, precum și prin Serviciile Stomatologice și Oftalmologice. Aceasta este administrată de Trusturi.

Medicii generalişti acordă asistență pacienților înscriși pe listele lor (și în anumite condiții și altor pacienți care se află pe listele altor practicieni), fiind plătiți pentru serviciile oferite, printr-un sistem complex de taxe și alocații. Consultațiile au loc în cabinetele medicilor, prin telefon sau prin deplasări la domiciliul pacientului. Numărul mediu de pacienți înscriși este de 1800.

Îngrijirile preventive ocupă un loc important în acest tip de asistență și sunt acordate atât în timpul programului de lucru, cât și în afara lui, acordându-se o atenție sporită pacienților la risc.

Fiecare persoană poate alege medicul de familie, care la rândul lui are dreptul de a accepta sau nu o persoană pe lista sa. În anumite situații pacienții sunt arondați unui medic de familie de către Trust. De asemenea, ei pot acorda anumite îngrijiri de tipul îngrijirilor de urgență, contracepție, supravegherea sănătății copilului rezidenților temporari.

Accesul la asistență primară este cât se poate de facil și este favorizat de existența unui Comitet de Practică, care este însărcinat cu distribuirea eficientă a medicilor generalişti pe teritoriul întregii țări. Aceștia sunt repartizați ținând cont de acoperirea cu medici a unor zone clasificate în: zone „de ales”, „deschise”, „intermediare” și „restricționate”. Primele două zone se consideră a fi slab populate cu medici, zonele intermediare sunt bine echilibrate, pe când zonele „restricționate” sunt suprapopulate cu medici. Serviciile în cadrul asistenței primare sunt acordate atât de contractori individuali, cât și de medici constituiți în grupuri de practică.

Există din ce în ce mai mult tendința de a coopta în asistența primară personal plătit de Trust precum: moașe, asistente medicale, health visitors (persoană angajată pentru a oferi sfaturi legate de sănătate populației, mai ales bătrânilor și părinților cu copii mici, uneori prin vizite la domiciliu).



Plata medicilor se face prin capitație și prin plată pe serviciu furnizat. Sunt oferite, de asemenea, diferite alocații, bonusuri, care sunt plăți cu destinație specială pentru realizarea unor obiective, precum: un anumit nivel de imunizări efectuate copiilor și de citologii cervicale realizate femeilor.

Acolo unde medicii lucrează în parteneriate plata este dictată de procentul de acțiuni din cadrul înțelegerii parteneriale.

În plata pe capitație este luată în considerare structura pe grupe de vârste și caracteristicile socio-economice ale populației din listă. Practicienilor eligibili li se permite să opteze pentru ceea ce este denumit statut de deținător de fonduri. Dacă depășesc limita stabilită pentru pacienții înscriși pe liste, aceștia pot primi resurse care să-i ajute să acționeze ca și cumpărători de servicii, în locul autorității de sănătate. Serviciile care pot fi cumpărate de aceștia pot fi servicii ambulatorii, analize în scop diagnostic, rezerve de medicamente, anumite tratamente în varianta spitalizării de zi. Pentru a putea păstra statutul de deținător de fonduri acești medici trebuie să facă dovada că au capacitatea de a conduce bine contractele de finanțare din punct de vedere al bugetului alocat.

Un alt exemplu de sistem național de sănătate este cel din **Italia**, unde Ministerul Național al Sănătății, controlează direct cele 20 autorități regionale de sănătate.

Responsabilitatea financiară revine direct autorităților districtuale locale, acum transformate în Trusturi. Îngrijirile sunt furnizate în cadrul spitalelor, care sunt proprietate publică și aparțin trusturilor, dar și prin acorduri cu spitale și specialiști privați. Asistența primară este acordată gratuit pentru toți cetățenii, fiecare locuitor al districtului alegându-și medicul de familie.

Aproape toate prescripțiile și trimiterile sunt decise de medicul generalist, care deține întreaga responsabilitate clinică pentru pacienți. Medicii generalişti sunt independenți, nesupervizați medical, fiind plătiți de autoritatea districtuală prin capitație (80%), plată pe serviciu și alocații (20%).

Tipurile de servicii sunt contractate de medicii generalişti cu autoritățile regionale, la fiecare trei ani. În afara programului normal de lucru îngrijirile sunt realizate în cadrul National Deputising Service, care acordă și îngrijiri în caz de urgențe în timpul nopții, sâmbăta, duminica și în zile de sărbătoare.

Există posibilitatea ca medicii generalişti să se asocieze între ei. Tipurile de servicii furnizate de generalişti includ consultații la domiciliu și în cabinet, diagnostic și tratament, prevenție și screening, precum și educație sanitară.

Pregătirea de specialitate este bine reglementată. Ordinul Medicilor exercită control obligatoriu asupra aspectelor legate de deontologia și etica medicală.

Prescripția de medicamente include medicamente gratuite (de primă alegere), medicamente cu coplată (de alegere secundară) și medicamente plătite în întregime de pacient.

Un medic generalist poate înscrie pe lista proprie 1500 pacienți (1800 în cazuri speciale). Tuturor medicilor li se permite să lucreze în sectorul privat, mai puțin generaliştilor, care nu au voie să furnizeze servicii în regim privat pacienților înscriși pe lista lor.

Suedia este țara în care Consiliile Districtuale pot decide ele însele cum organizează asistența medicală primară în teritoriile lor. Dacă aceste consilii doresc utilizarea sistemului listei de înscriși, se acceptă; dacă optează pentru organizarea serviciilor de medicină generală în altă modalitate, și acest lucru este posibil. Astfel, astăzi există două modalități de lucru diferite în ceea ce privește desfășurarea activității medicului generalist (MG).

Una constă în aceea că medicul generalist este angajatul unui Consiliu Districtual, aceasta reprezentând cea mai frecventă modalitate. Majoritatea MG din Suedia sunt angajați de către Consiliile Districtuale, în timp ce doar o mică parte își desfășoară activitatea în principal ca practicanți în sistemul privat, care constituie cealaltă opțiune. Dar pentru a obține acceptul de a lucra în sistemul privat este necesară

o înțelegere cu respectivul Consiliu Districtual interesat, atâta timp cât acest Consiliu este cel care îl va plăti pe MG privat pentru serviciile contractate.

Pacienților li se impune o taxă, dar fondurile rezultate din plățile directe percepute pacienților sunt minime.

În acest moment, cea mai frecventă cale pentru MG este de a lucra într-un grup compus din 3-4 medici generaliști, împreună cu asistente medicale, psihoterapeuți, specialiști în terapia ocupațională, moașe, secretare etc. Trebuie subliniat că medicii generaliști din Suedia sunt medici specialiști în Medicina de Familie, situându-se la același nivel cu ceilalți specialiști (chirurghi, interniști etc.). Toți MG suedezi au absolvit o perioadă de specializare de cel puțin 5 ani. Perioada de instruire începe după absolvirea facultății medicale și după terminarea completă a unui interval de 18 luni de stagiul pregătitor.

În prezent, asistența primară se confruntă cu multe probleme, una dintre acestea fiind reducerea serviciilor de spitalizare, care au lăsat asistența primară și pe medicii generaliști să se ocupe de îngrijirea unor pacienți cu probleme medicale din ce în ce mai complexe, față de ceea ce era anterior. O creștere numerică a populației vârstnice, locuind în propriile locuințe sau în diferite tipuri de servicii de îngrijire, de asemenea solicită mai mult timp și ajutor din partea MG.

În **Finlanda**, finanțarea îngrijirilor de sănătate este bazată pe taxe, iar comunitățile și autoritățile locale au principala responsabilitate pentru organizarea serviciilor. Deciziile sunt luate în principal de guvernele locale, dar sunt totuși direcționate prin legi și statute, luându-se în discuție resursele disponibile.

Medicii generaliști sunt angajați în centre de sănătate care aparțin comunităților. Ei au propria lor populație arondată și răspund suplimentar și de alte funcții ale centrelor de sănătate.

Pacientul plătește comunității o sumă/an, această sumă depinzând de decizia comunității, în contul careia va primi îngrijiri de sănătate când va fi nevoie.

Comunitățile sunt responsabile de următoarele servicii:

- Îngrijirile preventive care sunt de bază în îngrijirile primare și sunt furnizate prin centre de educație sau clinici și în cadrul consultațiilor acordate de medicii generaliști în cabinetele lor. Există clinici speciale pentru îngrijirea mamei și copilului și pentru planificare familială. În clinicile de sănătate medicii lucrează în echipă cu asistente specializate;
- Centrele de sănătate furnizează comunității servicii medicale de nursing, care includ îngrijiri acordate în cabinete de medicii generaliști, servicii de laborator și raze X. Acestea sunt dotate, de asemenea, și cu paturi, în principal pentru îngrijiri geriatrice, care fac obiectul de activitate al medicului generalist. În anumite zone ale țării, în asistența primară se acordă și unele îngrijiri speciale spitalicești;
- Servicii de reabilitare care aparțin de asistența primară;
- Serviciile de sănătate mintală pot, de asemenea, să fie incluse în responsabilitățile medicului generalist, directorul medical al centrului având responsabilitatea pacienților cu tulburări mintale;
- Serviciile de urgență sunt incluse în serviciile de ambulanță ale comunităților. Ele pot furniza aceste servicii singure sau contractându-le prin furnizori privați;
- Centrul de sănătate organizează îngrijirile de sănătate ale elevilor și studenților;
- Centrul de sănătate organizează screeningul și examene de sănătate în masă; organizează serviciile pentru bolile acute rezolvate de către medicul generalist.

Îngrijirile specializate necesită de obicei trimitere fie de la un medic generalist public, fie de la unul privat. Dar, de fapt, mulți pacienți merg la spital fără o trimitere, cerând asistență primară clinicii sau telefonând acesteia. Medicul generalist poate trimite pacientul la un spital din zona sa sau, în cazuri speciale, la alt spital, dacă pacientul a făcut sau a aranjat un acord de obligație financiară cu comunitatea.

Medicii generaliști din **Islanda** sunt toți membri ai Asociației Medicale Islandeze, iar majoritatea dintre ei sunt și membri ai Colegiului Islandez al Medicilor Generaliști. Asociația Medicală Islandeză reprezintă formal interesele medicilor generaliști, care, ca și ceilalți specialiști nu formează nici un departament special în interiorul asociației. Colegiul Islandez al Medicilor Generaliști este o organizație profesională care reprezintă numai interesele acestora, formând un grup efectiv de presiune în cadrul Asociației Medicale Islandeze, chiar dacă nu există o conexiune formală.

Medicina de familie a fost acceptată ca specialitate de sine stătătoare din anul 1970. Pregătirea profesională este aceeași pentru toate specialitățile, de 4,5 ani după absolvirea facultății, iar dintre aceștia 2 ani trebuie să fie de medicină de familie.

Practica în medicina de familie variază în funcție de locul unde trăiește medicul. Această variație depinde de factori precum mărimea districtului, populație, geografie, vreme, comunicații, tipuri de angajamente locale, numărul de medici care cooperează și distanța cea mai apropiată de spital. Media pacienților îngrijiți de medicul de familie este de 1500, standard stabilit de Colegiul Islandez al Medicilor Generaliști. Cei mai mulți medici lucrează în grupuri, exceptând situațiile în care numărul puțin de locuitori și relieful geografic necesită numai un medic. Este prevăzut în statutul Colegiului Islandez al Medicilor Generaliști ca medicii să nu lucreze singuri.

Cei mai mulți dintre medici sunt angajați ai statului, primind un salariu fix și practică în centre de sănătate proprii sau administrate de stat. Ei sunt considerați totuși, medici independenți și practică pentru Sistemul Național de Sănătate, care le rambursează o plată pe serviciu. Asistentele, moașele, paramedicii, specialiștii laboratoarelor medicale și secretarele sunt angajați ai statului, de aceea medicii nu acordă mare atenție administrării cabinetului, dar pot fi responsabili din punct de vedere profesional în unele circumstanțe.

Aproximativ 10% dintre generalişti practică privat și în ultima vreme există un larg interes printre politicieni de a încuraja mai multe acțiuni liberale în cadrul sistemului național de sănătate.

Pacientul poate obține o scrisoare de trimitere de la medicul de familie sau se poate adresa direct specialistului. Partea de cost ce revine pacientului este aceeași dacă acesta vine cu trimitere de la medicul de familie sau nu. Autoritățile încearcă să direcționeze fluxul către medicul de familie, prin aplicarea unei sume mai mici de bani pe care pacientul trebuie să o plătească dacă se prezintă mai întâi la medicul de familie, înainte de a ajunge la specialist.

Principala problemă cu care se confruntă medicii generalişti islandezi în prezent este că nu pot furniza suficiente servicii din cauza unui număr limitat de posturi, care sunt determinate de stat.

S Medicul de familie în cadrul Sistemului Asigurărilor Sociale de Sănătate (Bismarck)

În cadrul acestui sistem, riscurile individuale ale unui număr mare de persoane sunt considerate riscuri ale grupului, oferindu-se unei persoane posibilitatea de a-și transfera riscul financiar asupra societății de asigurări, prin plata unei prime, în contul căreia asiguratorul acceptă să plătească anumite beneficii.

Primele și beneficiile prevăzute prin asigurarea socială sunt stabilite prin legislația în vigoare, iar asigurarea este obligatorie.

Deosebiri față de sistemele naționale de sănătate:

- asigurarea socială nu este un drept al tuturor cetățenilor, ci doar al aceluia care sunt eligibili și își plătesc contribuția;
- asigurații devin conștienți că „sănătatea costă”;
- contribuțiile sunt destinate fondului asigurărilor sociale de sănătate; valorile primelor de asigurare, precum și pachetul de servicii.

- prevăzute nu pot fi schimbate printr-o decizie unilaterală a executivului;
- este obligat să își mențină solvabilitatea prin mijloace proprii.

Țara unde a fost stabilit pentru prima dată un astfel de sistem este **Germania**, în cadrul Sozialgesetzbuch specificându-se:

- populația acoperită prin securitate socială;
- grupurile populaționale, care pot constitui un sistem de securitate socială pe bază de voluntariat;
- serviciile acoperite de fondurile de boală;
- tipul și organizarea fondurilor de boală; contribuțiile la fondurile de boală (plătite jumătate de angajatori și jumătate de angajați); relațiile între fondurile de boală și medici, dentiști, spitale și alți furnizori de servicii.

Un medic de familie care acordă îngrijiri pentru pacienții din sistemul de securitate socială trebuie să fie înregistrat în Asociația Regională a Medicilor din sistemul asigurărilor sociale (Kassenärztliche Vereinigung).

Una din condițiile pentru înscrierea în această asociație este absolvirea unei forme de specializare postuniversitară, în medicină generală sau în altă specialitate. Medicul trebuie, de asemenea, să adreseze o cerere la Comitetul comun al doctorilor și al reprezentanților fondurilor de boală, deoarece este posibil ca o regiune să fie închisă pentru o specialitate dată. Este de menționat, în acest sens, că există un sistem de planificare pentru îngrijirile acordate în afara spitalului. O dată ce medicul are acreditare, acesta trebuie să devină membru al Asociației Regionale a Medicilor din sistemul asigurărilor sociale, care îl plătește pe bază de tarif mixt, constituit din plată per capita și plată pe serviciu. Mai mult decât atât, această asociație cercetează cu atenție sarcinile doctorilor înscriși și, prin monitorizarea activităților lor, stabilește un profil pentru control economic. Mai mult de 90% din populație este acoperită prin sistemul social de îngrijiri de sănătate.

Pacienții au dreptul la libera alegere a medicului în îngrijirile extraspitalicești și pot primi atât servicii fără plată acordate de medici, cât și servicii tip coplată, cum ar fi:

- plata unei părți din valoarea fiecărui medicament dintr-o prescripție medicală;
- coplată pentru un serviciu la un fizioterapeut;
- coplată pentru primele 14 zile în spital;
- coplată pentru costul transportului la un spital când acesta este inoportun.

Pacientul trebuie să dovedească calitatea de asigurat al unui fond de boală printr-un card-cip. Dacă este necesară o a doua opinie medicală, pacientul fie obține o trimitere de la medicul său generalist, fie poate prezenta cardul specialistului fără consultarea prealabilă a medicului personal. Deoarece în Germania există o distribuție echilibrată a populației pe zone, toate zonele sunt bine deservite de medici și spitale. Liber profesioniștii, comercianții și angajații cu un venit peste cel care necesită înscrierea într-un fond social de boală au un contract de asigurare privată.

Mai mult, unii dintre angajații cu venit foarte mare, cu asigurare voluntară, care doresc o cameră privată în spital și alegerea liberă a unui medic primar din cadrul spitalului în caz de boală, își pot face o asigurare privată suplimentară celei sociale.

Asistența primară este împărțită între medicii generalişti, pediatri, specialiști de medicină internă și alți specialiști, depinzând de alegerea pacientului și condiția lui de sănătate.

O parte integrală a medicinei primare este medicina preventivă cu programe pentru condiții definite ca: examene speciale pentru copii până la 4 ani, depistarea precoce a cancerului și altele asemănătoare. Mai mult, medicii generalişti au luptat cu succes pentru partea lor în medicina socială, îngrijirile de urgență, medicina ocupațională, consilierea în sănătate. Cabinetele unora dintre medicii generalişti sunt la standarde comparabile cu cabinetele bine echipate ale specialiștilor în medicina internă.

Există totuși o limită a serviciilor tehnice pe care medicii generaliști din asistența primară le pot realiza.

Din ianuarie 1996, sistemul tradițional de plată pe serviciu a fost modificat și continuă să fie supus modificărilor. Pentru a fi menținută cantitatea de servicii, sistemul de plată conține acum plăți de bază și limite cantitative, în care serviciile sunt plătite mai puțin dacă limita este depășită. Mai mult, bugetele individuale sunt construite astfel încât să existe asigurarea că sunt eliminate serviciile care nu sunt necesare. Deoarece există bugete pentru îngrijirile medicale extraspitalicești, produse farmaceutice și trimeri către profesioniștii nemedicali pentru fizioterapie, ergoterapie, terapie logopedică, valoarea plății nu este una fixă, ci variază în funcție de numărul de servicii ale tuturor medicilor din regiune, o situație care cauzează o mare nemulțumire în cadrul acestei profesii.

O altă țară unde îngrijirile de sănătate sunt organizate pe bază de asigurări de sănătate este **Olanda**.

Aici există două tipuri de asigurări de sănătate: schema Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten - AWBZ care acoperă 100% din populație pentru bolile cronice și/sau bolile cu cost crescut și Ziekenfondswet ZWF sau sistemul fondului de boală care acoperă 60% din populație.

Ambele sunt obligatorii, cel de-al doilea fiind pentru persoanele eligibile în funcție de vârstă sau venit.

Cei asigurați prin ZWF sunt:

- Angajații cu un venit mai mic decât un nivel predeterminat și care este comparabil cu acela care au venit numai din sistemul social;

- Vârșnicii, cu vârste de 65 ani și peste cu un venit mai mic decât cel predeterminat.

Restul populației (40%) este acoperită prin asigurări private, pentru „boli de scurtă durată” și îngrijiri primare.

În ceea ce privește asistența primară, îngrijirile de sănătate sunt furnizate atât în sectorul ambulator de sănătate mintală, cât și de către așa numita Cruce a Organizațiilor de Îngrijiri la Domiciliu.

Aceste organizații furnizează servicii de îngrijiri de sănătate, dar și servicii sociale. Îngrijirile primare de sănătate includ tratamente la domiciliu, îngrijiri acordate de asistente și îngrijirile farmaceutice, precum și servicii medicale generale. Medicii generaliști olandezi practică individual, dar și în grupuri de practică sau parteneriate în cadrul centrelor de sănătate.

În cadrul fondului de boală pacientul trebuie să fie consultat mai întâi de medicul generalist înainte de a fi văzut de un specialist, cu excepția anumitor cazuri. Aproape toate companiile de asigurări private cer, de asemenea, o trimitere de la medicul de familie către medicul specialist. Prin urmare, medicul generalist este cel care determină accesul spre alte niveluri ale sistemului de îngrijiri, cu rol de gatekeeper.

Pacientul este liber să-și aleagă medicul de familie, furnizarea îngrijirilor depinzând de existența unui contract între fondul de boală și medicul lui de familie.

Plata medicului generalist se face în două moduri: prin capitație pentru pacienții asigurați la un fond de boală și plată pe serviciu pentru pacienții privați. În ambele cazuri veniturile sunt determinate pe baza unei renumerații teoretice brute echivalentă cu venitul unui înalt funcționar public. Plata capitației nete constă din plata acestei sume la care se adaugă costurile de practică, contribuțiile la pensie și sumele plătite în plus pentru pacienții peste 65 de ani și pentru pacienții care trăiesc în zone izolate. Plata pe serviciu este, de asemenea, determinată pe baza unei sume brute teoretice, care este obținută plecând de la un număr mediu de servicii care ar fi furnizate într-un cabinet privat, cu un anumit număr de pacienți stabilit ca referință. Ca urmare a presiunii crescânde în activitatea medicului generalist, cauzată și de dorința schimbărilor în poziția medicului generalist (ca gatekeeper în tratament și îngrijire), au fost luate unele măsuri privind remunerarea acestuia.

De exemplu, a crescut plata pentru fondul de boală care asigură pacienții de peste 65 ani și cei care trăiesc în așa numitele zone orășenești izolate.

Calitatea în asistența medicală primară de la nivel european

Medicina de familie este orientată către individ, familia sa și comunitate; asigură continuitatea îngrijirilor și administrează probleme acute și cronice de sănătate care adesea sunt influențate de mediul cultural, social, psihosocial, existențial și fizic.

Specialitatea are un sistem unic de consultare, valoarea sa de bază fiind relația interpersonală. Medicul de familie modern trebuie să fie competent, între competențe evidențiindu-se^[4]:

- îngrijiri centrate pe pacient;
- relaționare;
- rezolvare de probleme;
- abordare comprehensivă;
- utilizarea serviciilor de îngrijiri;
- profesionalism academic.

În ultimii ani, obiectivele medicinei de familie europene s-au schimbat. Dezvoltarea calității a devenit un instrument în desfășurarea unei bune practici, răspunzând la întrebarea dacă practica este adecvată.

Calitatea, concept fundamental în medicina de familie, este utilă pentru: a sublinia conținutul principal al unor servicii medicale; a descrie comunicarea pacient-medic de familie în timpul consultației medicale; a descrie continuitatea procesului de îngrijiri (în episoade de îngrijiri) implicând diferiți furnizori ai îngrijirilor de sănătate; a descrie bunele practici în medicina generală și organizarea îngrijirilor de sănătate primare.

Sarcina medicilor de familie este de a răspunde tuturor problemelor de sănătate ale pacienților lor utilizând cu eficiență resursele disponibile. Pentru a obține acest lucru ei utilizează audi-tul clinic, ghidurile și evidențele științifice, fiind de asemenea capabili să analizeze cost eficacitatea activității lor.

Medicii buni utilizează atât expertiza clinică individuală, cât și cea mai bună evidență externă disponibilă, numai una singură nefiind suficient.

În practica generală abordarea bazată pe evidențe este astăzi posibilă atât în promovarea sănătății și prevenția bo-

lilor, continuitatea îngrijirilor și abilitățile de comunicare, cât și în educația sanitară a pacientului și managementul bolilor cronice.

Deoarece calitatea în medicina de familie este un domeniu larg, grupul de lucru UEMO a stabilit că aceasta implică nu numai îngrijiri clinice bune, dar și păstrarea adecvată a documentelor medicale, accesibilitatea la medicul de familie, serviciile de urgență și în afara programului de lucru, echipa de lucru, relațiile cu colegii și cu pacienții, cost-eficiență, procesul de pregătire și cercetare.

Astăzi practica medicală de calitate înseamnă utilizarea adecvată a procedurilor efective de îngrijiri de sănătate pentru fiecare pacient și în situații specifice. Pentru a avea eficacitate și eficiență, medicul de familie trebuie să-și bazeze deciziile și acțiunile sale pe cea mai bună evidență posibilă. Practicarea medicinei bazată pe evidențe înseamnă integrarea expertizei clinice individuale cu cea mai bună evidență clinică externă disponibilă din cercetarea sistematică.

Prin *expertiză clinică individuală* se înțelege expertiza și judecata pe care fiecare dintre clinicieni o acumulează prin experiență și practică clinică. Aceasta este reflectată în multe moduri, dar în special printr-o diagnosticare mai eficient și eficace, identificare cu atenție și utilizare judicioasă a situației pacienților, a drepturilor și preferințelor în luarea deciziilor clinice în ceea ce privește îngrijirile lor^[4]

Prin *cea mai bună evidență clinică externă disponibilă* se înțelege cercetarea relevantă din punct de vedere clinic. Aceasta vine adesea din științele de bază ale medicinei, dar în special din cercetarea clinică centrată pe pacient, în ceea ce privește acuratețea și precizia testelor diagnostice (incluzând examinarea clinică), puterea markerilor de prognostic și eficacitatea și siguranța regimurilor terapeutice, de reabilitare și prevenție. Evidența clinică externă invalidează atât tratamente, cât și teste diagnostice acceptate anterior și le înlocuiește cu altele noi, care sunt mai puternice, au mai multă acuratețe, sunt mai eficace și mai sigure.^[4]

Deși medicina de familie a făcut un pas înainte în toate țările europene, există bineînțeles diferențe considerabile între țări, ca urmare a stadiului de dezvoltare și nu diferențelor în filozofia practicii generale. Unele țări au depășit dificultățile de implementare a procesului de evaluare a calității, unele sunt aproape de acest obiectiv, în timp ce altele abia au început procesul.

Bazele unei bune practici în medicina de familie sunt competențele de bază ale medicului de familie, aplicate în

domeniul sarcinilor clinice, comunicării cu pacientul și managementul cabinetului.

Medicina de familie/practica generală este disciplină științifică, orientată către pacient, incluzând trei domenii:

1. Contextual: utilizarea abordării bio-psiho-socială la fiecare întâlnire;
2. Atitudine: menținerea capacității profesionale, valorile și etica medicului de familie;
3. Științifică: adoptarea unei abordări bazate pe cercetare și critică a practicii.

Calitatea în medicina de familie modernă este bazată pe^[4]:

- ◆ Educație medicală de bază, solidă;
- ◆ Pregătire specifică obligatorie în medicină de familie/medicină generală;
- ◆ Practica medicinei bazată pe evidențe;
- ◆ Educația medicală și dezvoltare profesională continuă;
- ◆ Participare în activitățile de asigurare a calității, utilizând instrumente de evaluare a calității:
 - auditul clinic în cadrul fiecărei îngrijiri, cercuri ale calității;
 - evaluarea activității individuale utilizând indicatori de calitate de bună practică, urmărind schimbările lor în timp și comparând indicatorii între diferite medii;
 - desfășurarea activității în grupuri de practică medicală.
- ◆ Implicarea pacienților și luarea în considerare a satisfacției pacienților;
- ◆ Analiza cost-eficacității și distribuirea cu atenție a resurselor de îngrijiri de sănătate;
- ◆ Cercetare;
- ◆ Instruire;
- ◆ Stimulente pentru bună practică.

Pentru o bună practică în medicina de familie, UEMO recomandă, de asemenea, să nu se ignore faptul că atât pacientul, cât și medicul său sunt oameni, influențați de determinanți fizici, psihici și sociali, care necesită o deservire și o abordare și personală. În relația medic-pacient ar trebui menținut întotdeauna contactul personal, adevărul și respectul. Acestea ar trebui, pe lângă calitatea profesională, ca și condiție predefinită, să contribuie la succesul și obținerea rezultatelor în procesul de îngrijiri.

Bibliografie

1. FABIAN C., *The future general practitioner/ family doctor in Europe – a specialist, A Challenge for the UEMO*, www.uemo.org, accesat 30.08.2007,
2. MINCĂ. D., MARCU. M., *Sănătate Publică și Management Sanitar*, Editura Universitară Carol Davila. București. ISBN: 973-708-093-9, 2005,
3. EVANS P.R., *Medicine in Europe: The changing scene in general practice in Europe*, BMJ 1994;308:645-648 (5 March), www.bmj.com,
4. The UEMO statement on quality issue in general practice, UEMO Quality Assurance Working Group www.uemo.org, accesat 3.10. 2008,
5. HAQ C., VENTRES W., HUNT V., MULL D., THOMPSON R., RIVO M., JOHNSON P., *Dezvoltarea medicinei de familie în lume*, www.medfam.ro, accesat 1.09.2007,
6. MARSHALL M., *Projects and tools, EQuiP and Research and Development*, www.topas-europe.org, accesat 23.01.2008,
7. *GP in Europe*, www.uemo.org, accesat 31.08.2007,
8. Wonca Europe Region online, Wonca News – an International Forum for Family Doctors, vol 32, nr. 6, February 2007.