

EXPUNERE DE MOTIVE

După 1990, prin trecerea de la un sistem de sănătate comunist, centralizat la actualul sistem al asigurărilor de sănătate, o parte a populației cu probleme mari socio-economice a rămas în afara asistenței medicale.

Odată cu implementarea reformei în sistemul sanitar și dezvoltarea rețelei de asistență medicală primară prin cabinetele medicilor de familie, profesiunea de medic devenind o profesiune liberală, s-a produs o sciziune în acordarea de asistență medicală pentru persoanele asigurate comparativ cu *persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat*, în majoritate cazuri sociale care, datorită unor motive de natură socio-economică, nu au posibilitatea să-și ocrotească sănătatea.

În prezent, legătura dintre serviciile medicale și cele sociale, implementarea colaborărilor intersectoriale, interdisciplinare la nivelul comunităților locale este încă dificil de realizat în special în zonele rurale greu accesibile, unde lipsește medicul de familie, în zonele geografice deosebite (relief accidentat cu populație dispersată) și în orașele mari cu densitate de grupări sociale defavorizate necuprinse în listele medicilor de familie, precum și de insuficiența dezvoltare a rețelei de asistență socială.

Activitatea medicilor de familie a fost centrată în ultimii ani pe asistența medicală acordată în cabinet numai persoanelor asigurate înscrise pe listele acestora și mai puțin pe vizite la domiciliu și identificarea activă a problemelor de sănătate publică. În acest sens, există numeroase situații în care pacienții - cazuri sociale (în special din comunitățile de romi) ca și cei care nu pot dovedi calitatea de asigurat rămân neînscrși pe listele medicilor de familie. Lipsa medicului de familie sau neînscierea pe listele acestuia a persoanelor aparținând grupelor sociale defavorizate determină apariția unor situații dificile în domeniul sănătății populației, greu de controlat, cum sunt :

- nu se depistează activ, nu se iau în evidență și nu se examinează gravidele care nu sunt în listele medicilor de familie;
- nu se preia nou-născutul din maternitate și nu se efectuează supravegherea acestuia;
- nu se pot efectua și supraveghea vaccinările la toți copiii;
- unii copii nu figurează pe catagrafia de vaccinare și sunt excluși din programul de vaccinare;
- depistarea și supravegherea focarelor TBC se face cu greutate, un număr foarte mic din acești bolnavi fiind înscrși la medicul de familie;
- nu se pot urmări tratamentele la domiciliu, nu se pot supraveghea și urmări în evoluție bolnavii cronici atât copii cât și adulți;
- dispensarizarea activă a bolnavilor cronici lipsește;
- nu se poate stabili adevărata stare de morbiditate a populației unei zone datorită faptului că un număr destul de mare de persoane nu sunt pe listele de medicilor de familie.

În acest context, în anul 2002, Ministerul Sănătății, la propunerea Institutului pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu", în cadrul "Programului național pentru Sănătatea femeii și copilului", a avut inițiativa de a dezvolta servicii integrate comunitare, prin implementarea a două sisteme de servicii comunitare: sistemul de **asistență medicală comunitară** și sistemul de **mediatori sanitari pentru comunitățile de romi**, ca parte integrantă a altor servicii comunitare existente. În sistemul **mediatorilor sanitari pentru comunitățile de romi**, funcționează 600 de persoane.

Mediatorii sanitari nu sunt cadre medicale, ci au responsabilitatea înlesnirii comunicării între comunitățile de romi și personalul medical, contribuind la creșterea adresabilității și accesibilității romilor la serviciile medico-sociale, preventive și curative. Acest lucru se realizează prin informarea, educarea și consilierea populației rome asupra structurii și funcționării sistemului sanitar și a sistemului asigurărilor de sănătate.

Mediatorii sanitari lucrează în echipă cu asistenții medicali, nefiind abilitați legal pentru acordarea asistenței medicale propriu-zise. Aceștia au un rol deosebit de important în supravegherea activă a stării de sănătate a populației dintr-o zonă arondată, în principal a populației neînscrise la medicul de familie, contribuind astfel la cunoașterea stării de sănătate a populației și implicit contribuie la îmbunătățirea acesteia prin implementarea programelor și măsurilor profilactice și curative.

Cu toate că profesia de mediator sanitar este cuprinsă, **actualmente, în Clasificarea Ocupațiilor din România**, instituirea prin lege a profesiei de mediator sanitar este necesară, astfel încât mediatorii sanitari să fie angajați pe perioadă nedeterminată, fiind necesară extinderea și permanentizarea la scară națională a acestei profesii pentru ca toată populația de etnie romă din zonele defavorizate socio-economic să beneficieze de serviciile acordate de mediatorii sanitari.

Propunem ca finanțarea pentru plata posturilor înființate în cadrul Ministerului Sănătății, care a plătit și până în prezent angajații care au lucrat în această profesie, să se facă în continuare din fondurile acestui minister. Având în vedere cele prezentate mai sus, supunem dezbaterii Parlamentului următoarea propunere legislativă.

INIȚIATOR,

Nicolae Păun

Deputat Partida Romilor "Pro-Europa"