

COMENTARII

Opinii

Viața la țară a medicului de familie din România

Dr. Paul Șerban

Președintele Asociației Medicilor de Familie din Rural și al Asociației Medicilor de Familie din Județul Botoșani, România, Medicină de familie

Primit: 11.03.2018 • Acceptat pentru publicare: 10.05.2018

Rezumat

Pe parcursul anilor '90 au început să se organizeze examene de specialitate pentru medicii generaliști și examene de medic primar. Totodată, s-au pus bazele medicinei de familie, ca specialitate de sine stătătoare, cu perioada de rezidențiat de 3 ani, cu susținerea examenului de medic specialist în medicina de familie, în paralel cu alte forme de cursuri de pregătire și examene pentru acest tip de specialitate, pentru a da posibilitatea de a intra în rândul medicilor specialiști, tuturor celor care au terminat Facultatea de Medicină înainte de 1989 sau în anii imediat următori. O parte dintre medicii care activau în mediul rural au devenit medici specialiști de medicina familiei și au rămas în localitățile în care activau alții au plecat spre alte specialități și, în consecință, spre oraș. În prezent, din cei aproximativ 11.500 medici de familie din România, aproximativ 4.500 își desfășoară activitatea în mediul rural. "Viața la țară" a medicilor de familie, comparativ cu cea a medicilor din urban este mult mai grea, mai costisitoare și lipsită de facilități socio-culturale, atât pentru medici, cât și pentru familiile lor. Toate acestea au dus la exodul multora către țările și sistemele medicale din occident unde, chiar dacă lucrează tot în mediul rural, condițiile sunt mult mai bune atât din punctul de vedere financiar, cât și din cel al respectului arătat de autoritățile locale și condițiile puse la dispoziție.

Cuvinte cheie: *medicina de familie în rural, privatizare, decidenți, autorități locale*

COMMENTS

OPINIONS

The life in the countryside of the family physician in Romania

Abstract

During the 1990s examinations for the general practitioners were organized to obtain the qualification specialist and senior physicians. At the same time, family medicine was founded as a stand-alone specialty, after a training period of 3 years. Also the opportunity to become family physicians was given to all general practitioners who finished the Faculty of Medicine before 1989 or in the years to come, when specific training courses and examinations were followed. Some of these physicians working in the rural area became family medicine physicians and stayed in the localities where they were active. Others went to other specialties and, consequently, moved to live in the city. At present, from about 11,500 family doctors in Romania, about 4,500 work in rural areas. "The life in the countryside" of family physicians, compared to that of urban doctors, is much harder, more costly and lacking socio-cultural facilities for both physicians and their families. All of these have led to the exodus of many to Western countries and health systems where, even if they work in rural areas, the conditions are much better both financially and respectfully by local authorities and society.

Keywords: *family medicine in rural areas, privatization, decision-makers, local authorities*

Scurt istoric

Din cei aproximativ 11.500 medici de familie din România, aproximativ 4.500 își desfășoară activitatea în mediul rural. Foarte mulți dintre ei au ajuns să lucreze în rural încă dinainte de 1989, adică din perioada comunistă, când au fost anulate examenele de "secundariat", actualele examene de "rezidențiat" și prima repartitie era în mediul rural, după ce terminai Facultatea de Medicină sau anii de "stagiatură" postuniversitară.

Ani la rând s-a păstrat acest sistem și după 1989. Când s-a redeschis posibilitatea de a participa la un examen de specialitate, unii medici care activau în mediul rural au decis să plece, să scape din acest mediu, alegând diverse specialități medicale sau pur și simplu, găsindu-și un post de medic generalist într-o "policlinică".

Pe parcursul anilor '90 au început să se organizeze examene de specialitate pentru medicii generalişti și examene de medic primar. Totodată, s-au pus bazele medicinei de familie, ca specialitate de sine stătătoare, cu perioada de rezidențiat de 3 ani, cu susținerea examenului de medic specialist în medicina de familie, în paralel cu alte forme de cursuri de pregătire și examene pentru acest tip de specialitate, pentru a da posibilitatea de a intra în rândul medicilor specialiști, tuturor celor care au terminat Facultatea de Medicină înainte de 1989 sau în anii imediat următori.

O parte dintre medicii care activau în mediul rural au devenit medici specialiști MF și au rămas în localitățile în care activau. Alții au plecat spre alte specialități și, în consecință, spre oraș. Generațiile noi de absolvenți ai Facultăților de Medicină, după 6 ani de facultate și încă alți 3 ani de rezidențiat în medicina de familie nu au mai dorit să se ducă spre mediul rural. Au căutat orice oportunitate de a rămâne într-o localitate urbană, fie ca medici angajați la alte cabinete, fie chiar părăsind domeniul de activitate pentru care s-au pregătit atâtea ani, devenind reprezentanți ai firmelor de medicamente sau, pur și simplu, emigrând. Cei care au ales să lucreze pentru firmele de medicamente au beneficiat de salarii foarte bune, mașină de serviciu la dispoziție și lipsa oricărei responsabilități profesionale.

A venit și sistemul asigurărilor sociale de sănătate, introdus printr-o legislație nouă, care a schimbat radical situația medicilor de familie. Peste noapte, au fost aruncați într-o privatizare rapidă și au devenit din simpli angajați ai statului, proprii administratori ai propriilor activități independente. Pentru foarte mulți a fost un adevărat șoc. Dintr-un angajat care avea doar grija încasării salariului de la un spital față de care era arondat, a devenit angajator, plătitor de salarii pentru personalul care activa, pe lângă medic, în fostele "dispensare", cum se numeau înainte, devenite acum "cabinete medicale".

Efectele privatizării medicinei de familie în rural

În mediul rural, această formă de privatizare a fost mai greu de gestionat de către medici pentru că, ruralul era locul unde spitalele angajau personal mediu, asistenți medicali, care nu mai încăpeau în spitale. Așa s-a ajuns că unele cabinete din mediul rural aveau de plătit salarii la 4-5 sau chiar mai mulți asistenți medicali, față de urban unde asistentele erau repartizate câte una la fiecare cabinet din fostele "policlinici".

O altă mare problemă a fost aceea a întocmirii listelor de asigurați. De data aceasta avantajul a fost de partea medicilor din rural, unde populația s-a înscris fără probleme deoarece medicii din rural făceau medicină pediatrică, medicină de adulți, mică chirurgie și asistau nașteri. În urban, în schimb, activau pe profilul pe care l-au terminat în facultate: unii au terminat Facultatea de Pediatrie, alții Facultatea de Medicină Generală pentru adulți. În fostele "policlinici", pediatrii consultau numai copii, iar cei care au absolvit medicină generală adulți, consultau numai adulți ori, medicina de familie înseamnă abordarea tuturor membrilor unei familii, de la naștere, până la moarte. Și astăzi sunt cabinete care au listele compuse, în exclusivitate sau în marea majoritate, doar din copii și altele exclusiv din adulți, lucru care nu se întâmplă în rural.

Tot din acest moment au apărut și situațiile "conflictuale", fals determinate de numărul de pacienți înscrși în liste. Cei din rural erau blamați pentru liste mari, cu mulți pacienți și, în consecință, cu sume mari încasate pe capitație, în detrimentul celor din urban cu liste mai mici și cu încasări pe măsură. Totuși, această stare conflictuală este falsă. Așa cum am prezentat mai sus, mulți din medicii care activau în mediul rural au plecat spre urban, atunci când s-a dat posibilitatea participării la diferite examene de specialitate, precum și faptul că, după rezidențiat, au făcut tot posibilul să rămână într-un oraș, în loc să meragă în rural. În aceste condiții, cei 4.500 medicii de familie din rural, au înscrși în liste populația din cele peste 2.000 de comune, cu o populație medie, pe comună, de 2.500-3.500 locuitori.

Toți acești medici de familie din mediul rural au și alte probleme de rezolvat. Mediul ambiental ridică probleme de acces către populația deservită. Exemple sunt destule: Delta Dunării, Munții Apuseni și alte regiuni muntoase, zonele colinare unde densitatea populației este mică și foarte mică, sub 75 de locuitori/km², iar căile de acces sunt impracticabile în sezonul ploios sau pe timp de iarnă.

Unii spun că medicii din rural nu trebuie să se plângă pentru că sunt "recompensați" cu așa-zisul "spor de rural", numai că, din cei 4.500 de medici din rural, doar aproximativ 2.000 primesc acest spor, în diferite procente care, în medie, reprezintă 5 -10% din valoarea capitației realizate într-o lună, excepție făcând cei din Delta Dunării care primesc un spor de 100% și cei din zonele montane care primesc sporuri mai mari decât media dar, aceștia sunt foarte puțini, câteva zeci de medici de familie.

O altă problemă a medicilor care activează în rural o reprezintă condițiile oferite membrilor de familie ai acestora, mai ales copiilor, privind nivelul de școlarizare, precum și accesibilitatea la diferite surse de școlarizare sau socializare. Medicul, în general, trebuie să aibă un anumit statut în societate, iar acest statut trebuie respectat dacă nu de cei din jur, măcar de el însuși.

Dacă un medic acceptă să lucreze în mediul rural, iar soțul sau soția acestuia nu este tot medic de familie, nu-și găsește loc de muncă în localitate. Nivelul de pregătire în școlile din mediul rural este foarte scăzut. În aceste condiții, marea majoritate preferă să facă o navetă de zeci sau sute de kilometri pentru a fi împreună cu familia și a asigura condițiile socio-economice și culturale, atât soțului/soției, cât și nivelul de pregătire școlară copiilor. Pentru acest lucru, autoritățile blamează "medicii navetiști", cum că populația deservită de aceștia nu ar beneficia în permanență de servicii medicale.

Totuși, atât în cabinetele din urban, cât și în cele din ambulatoriile de specialitate, precum și în spitale, programul de lucru pentru medici, în general, este de 7 ore/zi, iar în weekend și în zilele de sărbători legale sunt liberi. În aceste condiții și medicii din rural au aceleași drepturi ca și cei din urban și nu trebuie blamați.

Cu toate acestea, o parte din aceste cerințe s-au realizat prin apariția legislației care permite înființarea Centrelor de permanență care asigură continuitatea serviciilor medicale în afara orelor de program, pentru populația deservită de medicii de familie din mediul rural. Aceste Centre de permanență asigură servicii medicale pentru aproximativ 25% din populația țării. Și în aceste cazuri, cu toate că există o plată suplimentară pentru găzduirea efectuată, medicii de familie sunt cei care își sacrifică din timpul alocat familiei, cel de odihnă sau din timpul liber personal ce poate fi alocat pentru diferite alte activități

Aparentele venituri mai mari ale celor din rural, se diminuează pe costuri pe care cei din urban nu le au: navetă, trimiterea la școlile din urban a copiilor care, de cele mai multe ori implică costuri suplimentare cu cazarea acestora.

Pentru cei care nu fac naveta, costurile sunt doar cu școlarizarea copiilor și naveta acestora, precum și cazarea. Și la țară este nevoie de o locuință decentă, de condiții de confort, cel puțin similare celor din urban. Confortul climatic, inclusiv cel din cabinet, este o mare problemă în mediul rural. Aici intră procurarea lemnului de foc care reprezintă o problemă pentru toate cabinetele, spre deosebire de cei din urban care beneficiază de gaze sau centrale de cartier și este mai ușor de montat o centrală, în timp ce în rural, costurile ridicate ale unei centrale pe lemne sau una electrică, îi determină să funcționeze, încă, cu sobe mai puțin performante din punct de vedere al climatului ambiental.

Nu în ultimul rând, cei din rural au multe probleme cu autoritățile locale în ceea ce privește asigurarea spațiilor de desfășurare a activității medicale. Unele autorități au vândut aceste spații cabinetelor medicale dar, marea majoritate au refuzat acest lucru și nici nu s-au implicat în renovarea și consolidarea acestora, unele cu vechime de peste 50-70 de ani, deși legea obligă aceste autorități, proprietare ale acestor spații, la renovarea și consolidarea acestor spații. În aceste condiții, marea majoritate a medicilor de familie din mediul rural, au investit în renovarea acestor spații din banii proprii, iar aceste costuri au fost mult mai mari, comparativ cu colegii din urban, pentru că în rural un singur medic investește singur într-o clădire care este de câteva ori mai mare, ca suprafață, decât un cabinet medical din urban unde, în marea majoritate a cazurilor, sunt mai mulți medici la un loc, în aceeași clădire, deci costurile au fost împărțite.

În concluzie

"Viața la țară" a medicilor de familie, comparativ cu cea a medicilor din urban este mult mai grea, mai costisitoare și lipsită de facilități socio-culturale, atât pentru medici, cât și pentru familiile lor. Toate acestea, cumulate, au dus la exodul multora către țările și sistemele medicale din occident unde, chiar dacă lucrează tot în mediul rural, condițiile sunt mult mai bune atât din punctul de vedere al câștigurilor, cât și din cel al respectului arătat de autoritățile locale. Cu toate acestea, statistica "oficială" prin care se vehiculează că 500 de localități din mediul rural sunt fără medic de familie, este falsă. Dacă ar fi așa, ar însemna că un sfert din comunele din România nu au medic de familie, ceea ce nu este real. Autorităților le place să creadă că sunt necesari medici de familie în fiecare sat, chiar dacă un sat are 30-50 de locuitori, așa cum sunt cele din Delta Dunării sau din zonele montane. Autoritățile decidente nu țin cont de faptul că un cabinet de medicină de familie nu poate funcționa corespunzător cu 200-300-500 de pacienți și totuși se încearcă, an de an, ca numărul minim de pacienți cu care se poate intra în sistem, într-o relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, să fie diminuat, în timp ce modalitatea de plată, din punct de vedere tarifar, nu crește semnificativ.

În încheiere, aș dori să spun că viața la țară este frumoasă doar când ești în vacanță, motiv pentru care, mulți orașeni doresc să-și petreacă vacanțele de iarnă sau cele de vară undeva, la țară dar, să lucrezi zi de zi, să locuiești la țară este dificil, chiar și pentru medicii de familie. Totuși, pentru cei care doresc să experimenteze "independența" profesională, ca medic de familie care este nevoie să facă mult mai mult decât un medic din urban, pentru că în rural accesul la servicii medicale este mult mai redus, poate să încerce acest lucru dar să fie conștient că sacrificiile și costurile sunt mult mai mari, iar satisfacțiile profesionale, pe măsură, uneori.

Conflict de interese: nu există