

Universitatea Babeș-Bolyai Cluj-Napoca
Facultatea de Științe Politice, Administrative și ale Comunicării
Școala Doctorală Administrație și Politici Publice

Rezumatul tezei de doctorat

POLITICI PUBLICE ÎN MEDICINA DE URGENȚĂ

Coordonator științific:
Profesor Universitar Doctor Cătălin Ovidiu Baba

Student-doctorand:
Radu-Marin Moisin

Cluj-Napoca
2023

CUPRINSUL REZUMATULUI TEZEI DE DOCTORAT

CAPITOLUL 1 – CUPRINSUL TEZEI DE DOCTORAT.....	3
CAPITOLUL 2 – ARGUMENTAREA, OBIECTIVELE ȘI METODOLOGIA CERCETĂRII.....	5
CAPITOLUL 3 – APELURILE DE URGENȚĂ, AMBULANȚELE ȘI STRUCTURILE DE PRIMIRE A URGENȚELOR	9
CAPITOLUL 4 – ORIGINALITATEA LUCRĂRII. VIZIUNEA BENEFICIARILOR SISTEMULUI ȘI A SPECIALIȘTILOR. PROPUNERE PENTRU JUDEȚUL CLUJ.....	13
BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ.....	27

Listă de cuvinte cheie:

medicină de urgență; Uniunea Europeană; numărul unic de urgență 112; sisteme de ambulanță; SAJ (Serviciul de Ambulanță Județean); SMURD (Serviciul Mobil de Urgență Reanimare și Descarcerare); SAMU (Serviciul de Ajutor Medical de Urgență); Centru de permanență; Unitate de Primire a Urgențelor; Stații integrate de Urgență

CAPITOLUL 1

CUPRINSUL TEZEI DE DOCTORAT

CAPITOLUL 1 – INTRODUCERE	6
1.1. Argumentarea și obiectivele cercetării	6
1.2. Metodologia cercetării	8
1.3. Structura tezei de cercetare	11
1.4. Despre politicile publice	12
1.5. Principii și noțiuni generale despre sistemul de sănătate și medicina de urgență	13
CAPITOLUL 2 – APELURILE DE URGENȚĂ	16
2.1. Sistemul național unic pentru apeluri de urgență din România	16
2.1.1. Prezentare generală	16
2.1.2. Indicatori de performanță în activitatea SNUAU	20
2.2. Sistemul apelurilor de urgență în alte state	23
2.2.1. Franța	23
2.2.2. Germania	28
2.2.3. Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord	31
2.2.4. Situația numărului unic de apel de urgență 112 la nivelul Uniunii Europene	36
2.2.5. Un singur centru de preluare apeluri sau mai multe? Mai multe date despre dilema franceză și europeană printr-un interesant studiu de caz	49
2.3. Problema apelurilor abuzive	54
2.3.1. Situația din România	54
2.3.2. Apelurile abuzive în alte țări și soluții posibile	58
2.4. Concluzii intermediare	62
CAPITOLUL 3 – SISTEMELE DE AMBULANȚĂ	63
3.1. Situația în România. Date cu caracter general.....	63
3.1.1. Serviciile publice de ambulanță.....	65
3.1.2. Serviciul Mobil de Urgență, Reanimare și Descarcerare.....	73
3.1.3. Serviciile private de ambulanță.....	79
3.1.4. Ambulanța aeriană.....	82
3.1.5. Alte servicii de intervenție de urgență	86
3.2. Ambulanțele în alte state.....	92
3.2.1. Franța	92
3.2.2. Germania	100

3.2.3. Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord	103
3.2.4. Tendințe și exemple de bune practici la nivelul Uniunii Europene	107
3.3. Concluzii intermediare.....	118
CAPITOLUL 4 – STRUCTURILE DE PRIMIRE A URGENȚELOR	122
4.1. Situația în România. Date cu caracter general	122
4.1.1. Structurile de primire a urgențelor de la nivel județean și local	122
4.1.2. Centre de permanență	134
4.1.3. Structurile private de primire a urgențelor	142
4.1.4. Centrele de permanență, soluția optimă pentru creșterea gradului de accesibilitate la serviciile medicale de urgență?	144
4.2. Structurile de primire a urgențelor în alte state	159
4.2.1. Franța	159
4.2.2. Germania	161
4.2.3. Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord	162
4.2.4. Alte exemple de bune practici în Uniunea Europeană	165
4.3. Concluzii intermediare	172
CAPITOLUL 5 – VIZIUNEA BENEFICIARILOR SISTEMULUI ȘI A SPECIALIȘTILOR. PROPUNERE PENTRU JUDEȚUL CLUJ.....	175
5.1. Date rezultate din două cercetări sociologice.....	175
5.1.1. Starea generală a sistemului de sănătate din România. Informații sociologice legate de medicina de urgență	175
5.1.2. Cercetarea sociologică originală dedicată medicinei de urgență	186
5.2. Opiniile specialiștilor în medicina de urgență	192
5.2.1. Prezentarea metodei de lucru și a persoanelor intervievate	192
5.2.2. Viziunea specialiștilor în medicina de urgență.....	197
5.3. O propunere pentru județul Cluj	245
5.3.1. Premisele propunerii. Date cu caracter demografic și date despre medicina de urgență din județul Cluj	245
5.3.2. Soluția propusă	265
CAPITOLUL 6 – CONCLUZII, RECOMANDĂRI ȘI PROPUNEREA DE PROIECT PILOT PENTRU JUDEȚUL CLUJ.....	271
6.1. Numărul unic de urgență 112.....	273
6.2. Ambulanța în România și exemple de bune practici.....	276

6.3. Structurile alternative la departamentele de urgență din spitale	280
6.4. Structurile de primire a urgențelor.....	285
6.5. Alte soluții pentru îmbunătățirea sistemului medicinei de urgență din România	291
6.6. Stațiile integrate de urgență și proiectul pilot propus pentru județul Cluj	294
BIBLIOGRAFIE.....	299
ANEXE	316

CAPITOLUL 2

ARGUMENTAREA, OBIECTIVELE ȘI METODOLOGIA CERCETĂRII

România este un stat aflat în pline transformări sistemice în toate domeniile vieții sociale, economice, administrative la mai bine de trei decenii de la Revoluția din decembrie 1989. Sistemul de sănătate nu putea fi ocolit de valul de reforme specifice regimului democratic, prin urmare acest domeniu de o importanță vitală pentru populație a fost din plin supus unor schimbări structurale.

Dintre toate ramurile medicinei, asistența medicală de urgență este cea mai importantă, pentru că are ca scop salvarea unei vieți aflate în pericol real și/sau iminent. Acest sistem este cel cu care toți locuitorii țării (dar nu numai cetățenii români, dacă ne gândim la turiști, persoane aflate în delegație sau la studii) interacționează în situații limită, motiv pentru care am ales să facem o analiză imagistică a sistemului, termenul ales de către noi nefiind unul întâmplător. Cercetarea noastră nu se dorește a fi o radiografie a medicinei de urgență, ci mai degrabă o analiză complexă, de tip CT (computer tomograf) care pătrunde în esența funcționării sistemului și interpretează rezultatele în mod comparativ cu sisteme similare din alte țări.

Această analiză riguroasă, de ansamblu este primul obiectiv al cercetării. Al doilea obiectiv este analiza sectorială, în care vom vedea cum funcționează fiecare componentă din lanțul complex al asistenței medicale de urgență: sistemul de preluare a apelurilor de urgență, ambulanțele publice și cele private, alte modalități de intervenție (aerian, pe mare sau în medii

speciale), structurile de primire a urgențelor și structurile de tratare a urgențelor minore. Dacă în cadrul celui de-al doilea obiectiv vom analiza date teoretice sau cifre statistice, al treilea obiectiv urmărește să ne apropie atât de practicienii acestui sistem, cât și de beneficiari, mai bine zis foștii sau potențialii beneficiari deoarece acest tip de cercetare este posibil doar în perioadele de lipsă a momentelor acute, urgente.

Al patrulea obiectiv și, cu siguranță, cel mai important este acela de a genera posibile soluții pentru reformarea acestui sistem într-o direcție clară de eficiență, eficacitate și reziliență. Acest obiectiv este strâns legat și de originalitatea lucrării pentru că autorul nu este implicat emoțional sau profesional în sistemul medicinei de urgență, nu poate fi acuzat de subiectivism sau interese personale sau de grup și nu are doar o pregătire teoretică în domeniul administrației publice, ci și o experiență practică anterioară într-o componentă de management al unui spital clinic municipal cu o structură de primire a urgențelor. În întreaga sa carieră în administrația publică locală, autorul acestei lucrări a susținut în permanență sistemul medical clujean și medicina de urgență.

Cercetarea noastră a presupus lecturarea foarte multor lucrări și articole de specialitate în special din Europa, dar nu ne referim doar la toate statele membre ale Uniunii Europene, ci și la state partenere din afara acesteia sau candidate la aderare, fie mai dezvoltate, fie mai puțin dezvoltate decât media UE.

De asemenea, pentru a analiza sistemul asistenței medicale de urgență și din perspectiva eficacității și eficienței, am solicitat unor instituții publice din domeniu date oficiale cu caracter statistic și financiar.

Totodată, nu ne-am oprit doar la documentarea din surse bibliografice, ci am apelat la un instrument modern și înalt calitativ, respectiv o cercetare sociologică reprezentativă la nivel național adresând exact întrebările necesare pentru atingerea obiectivelor lucrării. În cadrul acestei cercetări sociologice, am apelat la serviciile unor profesioniști din domeniu cu mare experiență.

Pentru a înțelege mai bine, din practică, funcționarea sistemului, problemele acestuia și posibilele soluții, am aplicat metoda interviului unor specialiști și practicieni atât din România, cât și din țări precum Franța, Germania și Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, pe plan extern, apelând la expertiza unor medici români care au practicat medicina de urgență la începutul carierei lor în România. Am ales aceste țări atât datorită faptului că acestea sunt

modele de bune practici la nivel mondial, cât și datorită șansei de a avea posibilitatea de a discuta pe baza teoriei și datelor identificate în cercetarea doctorală cu specialiști români care lucrează în aceste sisteme și, astfel, pot privi în perspectivă comparată actualul sistem în care lucrează cu cel românesc.

De asemenea, există și un alt motiv științific solid care a determinat alegerea acestor țări pentru analiza comparativă. Foarte multe opinii din doctrina de specialitate vorbesc despre sistemul franco-german („stay and play”) și cel anglo-saxon („scoop and run”) în gestionarea medicinei de urgență, în special a modului de organizare a sistemului de ambulanță. Pe scurt, sistemul franco-german încurajează tratarea pacientului la fața locului de către echipajul de ambulanță însoțit aproape întotdeauna de un medic, în timp ce modelul anglo-saxon presupune aducerea pacientului cât mai rapid la spital de un echipaj format de regulă doar din paramedici¹. Lecturând multiple articole pe această temă, am dorit să aflăm ce model a adoptat România și dacă acesta este unul optim din punct de vedere managerial.

Lucrarea de doctorat a fost structurată în șase capitole: primul a fost dedicat aspectelor de tehnică specifică elaborării unei lucrări de doctorat, iar următoarele trei capitole au analizat, din punct de vedere teoretic, dar și comparativ, cele trei mari componente ale sistemului medicinei de urgență: apelurile de urgență, sistemele de ambulanță și departamentele de urgență.

Am ales să nu folosim denumirea de servicii de urgență prespitalicești deoarece anumite urgențe minore pot fi tratate în structuri specializate în afara spitalelor, nu doar de către echipajele pe ambulanță, iar, în ceea ce privește departamentele de urgență, am folosit acest termen pentru a desemna structurile de primire a urgențelor din România (UPU - unitate de primire a urgențelor, CPU - compartiment de primire a urgențelor și CPU-S - compartiment de primire a urgențelor specializat) și echivalentele acestora din Franța, Germania și Regatul Unit, precum și din alte țări.

În cadrul cercetării teoretice, am descoperit multiple alte exemple de bune practici din alte state membre ale Uniunii Europene precum Italia, Olanda, Suedia, Finlanda, pe care le-am

¹ Informații sintetizate din sursa: Scott Davison, Elizabeth Karpinski, Michael Levy, Christian Strobel, „A Modified EMS System: Transport Ambulance”, 2016, Worcester Polytechnic Institute, articol disponibil la adresa de Internet https://web.wpi.edu/Pubs/E-project/Available/E-project-050316-182351/unrestricted/A_Modified_EMS_System_-_Transport_Ambulance.pdf, p. 37-39

prezentat ca atare, dar și eforturile Uniunii Europene de îmbunătățire a sistemului medicinei de urgență la nivel european, în primul rând prin îmbunătățirea calității și eficienței funcționării numărului unic de urgență 112, dar și prin recente eforturi de creare a unor echipe de intervenție de urgență la nivel european, inclusiv cu echipaje medicale de urgență în caz de dezastre sau alte situații de o gravitate ridicată.

În cadrul cercetării noastre, am studiat sistemul medicinei de urgență destinat populației generale, fără a analiza elementele aparținând rețelelor altor ministere deoarece acestea sunt puține ca număr și influențează în mică măsură componenta finală a sistemului medicinei de urgență și anume departamentele de urgență.

În al cincilea capitol, care reprezintă partea practică a lucrării, munca noastră s-a dezvoltat pe trei componente pe care le-am considerat absolut necesare pentru atingerea obiectivelor lucrării:

- cercetarea sociologică originală dedicată exclusiv medicinei de urgență și care, după cunoștințele noastre, este prima din istoria României (mai 2023). Anterior, am prezentat concluziile unei cercetări sociologice recente dedicate stării sistemului de sănătate din România (decembrie 2022), în care există câteva întrebări legate de medicina de urgență care provin tot de la noi;
- interviuri luate specialiștilor din medicina de urgență, pornind de la medici de familie care coordonează centre de permanență (noi considerând faptul că aceste centre sunt în unele situații de tip sui generis, la granița dintre medicina primară și cea de urgență), continuând cu specialiști (care lucrează în prezent sau au lucrat în România și acum lucrează în alte țări) din SAJ, SMURD, UPU-SMURD, CPU, CPU-S, structurile private și finalizând cu decidenții la nivel central;
- analiza riguroasă a sistemului medicinei de urgență din județul Cluj care a făcut posibilă și argumentarea și detalierea unei propuneri de proiect pilot.

Ultimul capitol al lucrării este dedicat concluziilor finale și recomandărilor, în care am expus sinteza datelor teoretice pe fiecare palier al sistemului medicinei de urgență, la care am adăugat concluziile sociologice și componenta calitativă provenind din interviurile adresate specialiștilor. Pe fiecare dintre aceste paliere, am formulat propriile opinii și recomandări care, în orice moment, pot fi utilizate pentru noi politici publice în domeniu.

Complexitatea datelor obținute ne-a determinat să publicăm rezumatul acestei lucrări de doctorat și să fructificăm activitatea laborioasă de până acum prin articole ulterioare care să fie un instrument util din punct de vedere sectorial, pe fiecare componentă a sistemului.

CAPITOLUL 3

APELURILE DE URGENȚĂ, AMBULANȚELE ȘI STRUCTURILE DE PRIMIRE A URGENȚELOR

Apelurile de urgență

În cadrul capitolului dedicat apelurilor de urgență, am analizat situația în România, precum și situația din Franța, Germania și Regatul Unit, studiind și modele de bune practici la nivelul Uniunii Europene.

În ceea ce privește utilizarea numărului 112 în România, am prezentat date statistice pentru perioada 2018-2022, precum și soluțiile identificate pentru reducerea procentului de apeluri non-urgente, dar și pentru creșterea calității serviciului prin utilizarea de tehnologii avansate care permit identificarea cu acuratețe a locației. De asemenea, considerăm faptul că am prezentat în premieră în România situația accesărilor numărului de urgență 113 destinat persoanelor cu deficiențe de auz și vorbire, pe baza datelor primite în baza Legii nr. 544/2001 privind accesul la informații de interes public de la Serviciul pentru Telecomunicații Speciale.

Am descris pe larg dezbaterile care au loc în Franța în ceea ce privește păstrarea doar a numărului 112 sau și a celorlalte numere de urgență care funcționează în mod istoric în paralel: 15 (Ambulanța - SAMU), 17 (Poliția și Jandarmeria) și 18 (Pompierii).

În continuarea analizei noastre, am arătat faptul că Germania dispune de un număr de urgențe 112, pe lângă care funcționează în paralel și numărul 110 al Poliției și am identificat soluții tehnologice impresionante puse la dispoziția victimelor unor infracțiuni violente, precum intrarea prin efracție în domiciliul persoanelor.

Analizând informațiile din Regatul Unit, am constatat faptul că există un singur număr de urgențe, 999, precum și demersurile recente de externalizare a dispeceratelor de urgență către companii private și ne-am pronunțat cu privire la pericolozitatea acestei strategii. De asemenea, Regatul Unit mai are un număr, 111, dedicat situațiilor medicale non-urgente.

Numărul unic de urgență 112 este o realizare a Uniunii Europene și am arătat diferențele majore existente între statele europene pornind de la rapoartele Comisiei Europene, inclusiv numărul de țări în care numărul 112 este folosit în paralel cu alte numere de urgență.

Am prezentat eforturile consistente ale Uniunii pentru îmbunătățirea posibilității de localizare a apelantului aflat în dificultate.

Dispeceratele de urgență din statele membre nu acționează în mod uniform, în multe dintre acestea lipsind medicii și am demonstrat ce consecințe are acest fapt asupra calității intervenției și stării persoanei cu probleme de sănătate.

Am analizat pe larg situația apelurilor abuzive, non-urgente, atât în România, cât și în alte state europene, precizând soluțiile posibile pentru reducerea acestora.

Sistemele de ambulanță

În cadrul cercetării noastre am analizat și al doilea palier al medicinei de urgență și anume serviciul ambulanțier, primul care intervine în urgențele medicale după apelul la 112.

Am realizat o riguroasă investigație asupra istoricului serviciului public de Ambulanță, asupra numărului de intervenții și asupra dotării acestuia, analizând uzura parcului auto al SAJ/SABIF. Am analizat minuțios și situația existentă la nivelul SMURD, a parcului auto și a eficienței intervențiilor medicale ale echipajelor acestuia în comparație cu cele ale echipajelor SAJ/SABIF.

De asemenea, am studiat performanța echipajelor SMURD care utilizează elicopterele Inspectoratului General pentru Aviație, precum și cea a serviciilor Salvamont-Salvaspeo. În schimb, am justificat inutilitatea existenței în mod separat a Agenției Românești pentru Salvare a Vieții Ominești pe Mare, aceasta trebuind să fie absorbită în cadrul SMURD din punctul nostru de vedere. Totodată, am prezentat și informații relevante despre ambulanțele private, în ciuda puținelor informații publice existente pe acest subiect.

Franța a reprezentat un model pentru noi în organizarea sistemului medicinei de urgență, motiv pentru care am analizat în detaliu acest sistem din punct de vedere al serviciului ambulanțier, pe toate componentele sale: ambulanțele SAMU, cele ale Pompierilor, serviciul aeropurtat și ambulanțele private „SOS Médecins”.

Am studiat sistemul german care utilizează ambulanțe care sunt atât de stat, cât și private, situația elicopterelor și a coplății în medicina de urgență, a voluntarilor sanitari și a voluntarilor pompieri, precum și modelul „rendez-vous”, în care medicul de urgență ajunge la

mult mai multe cazuri prin deplasarea în mod separat cu un vehicul rapid și plecarea la alt caz după stabilizarea pacientului, care este preluat de către ambulanță².

Totodată, am studiat cu atenție sistemul din Regatul Unit, mai ales modelul de „rapid response vehicle”.

La nivel european, am prezentat statele care au mers mai departe acordând polițiștilor competențe de prim ajutor sau instruind numeroși voluntari care să utilizeze defibrilatoarele automate disponibile în număr mare în spațiile publice. De asemenea, am studiat rolul Mecanismului de Protecție Civilă a Uniunii Europene în instituirea de echipe medicale de urgență la nivel european, precum și statele care au acorduri de cooperare transfrontalieră în ceea ce privește ambulanțele.

Am studiat măsurile necesare pentru îmbunătățirea activității echipajelor de urgență precum utilizarea telemedicinii și acordarea suportului psihologic pentru personalul afectat de Burnout.

În ceea ce privește marea dezbateră doctrinară a sistemelor de intervenție la fața locului de tip „stay and play” și „scoop and run”, cercetarea noastră teoretică nu a putut ajunge la o concluzie fermă privind tipul de strategie care trebuie urmată, în schimb partea practică a lucrării va emite concluziile și recomandările pe acest subiect.

Structurile de primire a urgențelor

Fiind conștienți de gradul mare de supraîncărcare a structurilor de primire a urgențelor din România, încă înainte de debutul acestui proiect științific, am încercat și am reușit să aflăm în ce măsură structuri de primire a urgențelor minore sunt regăsite în alte state ca și exemple de bune practici și în ce măsură acestea ar putea fi implementate în România.

Am descoperit faptul că foarte multe state europene au apelat din ce în ce mai mult la asemenea soluții, precum Franța în cazul „maisons médicales de garde”, Regatul Unit care a utilizat, în prima fază, „minor injury units” și „walk-in centres”, care au fost acum înlocuite cu „urgent treatment centres” și am explicat noutățile acestui nou sistem.

Am analizat și sistemul italian care utilizează centre denumite „guardia medicale” și pe cel maghiar, care utilizează o rețea de centre denumite „központ”.

² P. Sefrin, „The Rendezvous System Using Emergency Doctors' Vehicles in the Federal Republic of Germany”, 2012, articol disponibil la adresa de Internet <https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/abs/rendezvous-system-using-emergency-doctors-vehicles-in-the-federal-republic-of-germany->

În România, un concept similar a fost preluat la nivel național sub forma centrelor de permanență.

Pe baza informațiilor primite de la Ministerul Sănătății³, la finalul anului 2022 România avea 352 de centre de permanență deservite de medici de familie sau generalişti prin rotație, ajutați de asistenți medicali. Centrele sunt în număr de 130 în mediul urban și 222 în mediul rural, dintre care, în perioada 2018-2022, au fost deschise doar 23 de centre în mediul urban și 36 în mediul rural. Există o discrepanță foarte mare între județe, dezvoltarea centrelor fiind complet neunitară la nivelul țării. Spre exemplu, Bihorul are 32, Neamț 26, Timiș și Iași câte 23, în timp ce Covasna, Brăila și Ialomița au doar câte un centru, iar Prahova și Ilfov niciunul. Am fost surprinși să aflăm că în Municipiul București sunt doar 2 centre, cel mai recent fiind deschis în anul 2018.

Cea mai importantă concluzie pe care am desprins-o reiese din faptul că, în anul 2022, 1.257.258 de cazuri au fost gestionate de centrele de permanență, din care 744.608 în zile lucrătoare și 513.424 în zile nelucrătoare. Au fost aplicate tratamente în 849.543 cazuri, iar 448.507 cazuri nu au reprezentat o urgență. Situațiile mai grave care nu au putut fi soluționate la nivelul centrelor de permanență și a fost nevoie de preluarea pacienților de către SAJ/SMURD au fost în număr de 9.614⁴. Iată, așadar, faptul că peste 99% dintre cazurile gestionate de centrele de permanență fie nu au reprezentat urgențe, fie au fost urgențe care au putut fi rezolvate la nivelul acestor unități.

Aceasta înseamnă că peste 1.200.000 de cazuri în ultimul an nu au mai ajuns să aglomereze structurile UPU, CPU și CPU-S.

Am analizat datele statistice privind accesibilitatea la serviciile medicale, cheltuielile cu sănătatea publică, disparitățile speranței de viață între regiunile țării, deficitul de medici și de paturi de spitale.

Pornind de la aceste date, am analizat mai multe studii de specialitate care tratau problema accesibilității la spitale, inclusiv structurile de urgență în mai multe zone din România: județele Timiș, Caraș-Severin, Mehedinți și Botoșani, Zona Metropolitană a Municipiului București, regiunea Nord Est (județele Suceava, Botoșani, Neamț, Iași, Bacău, Vaslui) și regiunea Nord Vest (județele Cluj, Bihor, Sălaj, Bistrița Năsăud, Maramureș și Satu Mare). Deși a fost un demers extrem de laborios, am dezvoltat studiile menționate și am propus soluții de acoperire a zonelor deficitare în ceea ce privește accesul la spitale cu înființarea de

³ Răspunsul Ministerului Sănătății nr. 176/2023 la solicitarea noastră de informații de interes public.

⁴ Idem.

centre de permanență, utilizând informații legate de distanțele dintre localități din site-ul OpenStreetMap.org, dar ținând cont și de relieful dificil din unele zone, în special cel montan după ce am cercetat date suplimentare despre localitățile din zonele analizate în detaliu.

În ceea ce privește departamentele de urgență (structurile de primire a urgențelor), acestea sunt cele mai cunoscute de către populație deoarece la acestea apelează și pacienții care se pot deplasa, nu numai cei aduși cu ambulanța.

În cadrul cercetării noastre, atât din analiza multiplelor materiale pe acest subiect, cât și prin discuțiile cu medicii români care lucrează în Franța, Germania și Regatul Unit, am observat o presiune în creștere pe aceste structuri și am prezentat pe larg soluțiile identificate în aceste țări pentru reducerea supraaglomerării DU, precum și chestiunile cu impact social și etic în cazul structurilor private din aceste țări.

Am studiat și soluțiile identificate în Italia, Olanda, Danemarca și Suedia și am precizat în mod argumentat cu care dintre acestea nu suntem de acord, în special din considerente etice.

Am analizat și date provenind din rapoarte ale Societății Europene pentru Medicina de Urgență, ale Organizației Mondiale a Sănătății și ale Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică și am analizat motivele unui număr mai redus de prezentări la DU din anumite țări.

Mergând mai departe, am efectuat o analiză riguroasă a structurilor de primire a urgențelor din România: UPU, CPU și CPU-S, folosind date statistice publice, dar și obținute prin demersuri individuale de solicitare de informații publice. Am analizat în mod deosebit numărul de prezentări în DU pe cont propriu și numărul de cazuri de cod albastru sau alb, unele dintre acestea având potențialul de a fi rezolvate în alte structuri medicale.

CAPITOLUL 4

ORIGINALITATEA LUCRĂRII. VIZIUNEA BENEFICIARILOR SISTEMULUI ȘI A SPECIALIȘTILOR. PROPUNERE PENTRU JUDEȚUL CLUJ

În primul rând, în cadrul acestui capitol, am precizat faptul că, de-a lungul anilor de cercetare doctorală, am observat multiple studii sociologice realizate de către Institutul Român pentru Evaluare și Strategie (IRES) în ceea ce privește sistemul de sănătate publică din România. I-am contactat pe reprezentanții acestui institut în anul 2022 și am aflat că era în curs de finalizare documentația pentru lansarea unei cercetări sociologice privind starea de sănătate a românilor (un arc în timp față de precedenta cercetare complexă din anul 2010) și am reușit să le propun acestora pentru includerea în studiu a câtorva întrebări legate de medicina de

urgență. Am convenit cu reprezentanții acestui institut faptul că, în cursul anului 2023, vom relua eforturile de cercetare prin realizarea în comun a unei cercetări sociologice dedicate în mod exclusiv sistemului medicinei de urgență din România.

Din prima cercetare sociologică efectuată de către IRES în luna decembrie a anului 2022 am analizat gradul de auto-medicație sau cu ajutorul farmacistului, situațiile când este solicitat medicul de familie și în ce măsură există acces permanent la acesta.

Alte răspunsuri relevante care au fost analizate sunt cele referitoare la prezentarea în UPU, vizitele la centrele de permanență, apelarea la camere de gardă din spitale private, timpul în care s-a prezentat echipajul de ambulanță în caz de urgență, precum și utilizarea pe cont propriu a serviciilor private de ambulanță.

Cercetarea sociologică originală realizată de către noi în colaborare cu IRES nu este publicată pe Internet și, conform acordului științific de cooperare semnat, nici nu va fi publicată pe Internet până când lucrarea noastră de doctorat va fi supusă analizelor legale necesare. Până la acel moment, cercetarea sociologică poate fi vizualizată în Anexa 2 din lucrarea tipărită, drepturile de proprietate intelectuală fiind deținute în mod integral și independent atât de către noi, cât și de către institut.

Cercetarea sociologică a fost programată pentru luna mai 2023 pentru a fi cât mai aproape de data finalizării lucrării noastre, dar și pentru a permite atât analiza acesteia în comparație cu modelele teoretice deja aprofundate, cât și cu rezultatele cercetării calitative efectuate împreună cu specialiștii din sistemul medicinei de urgență din România.

Titlul acestei cercetări este „Percepții, acces și comportamente privind medicina de urgență în România”. Cercetarea sociologică a fost realizată în perioada 11-26 mai 2023 pe un eșantion de 1192 cetățeni români, adulți, prin metoda CATI și având o eroare maximă de +/- 2,9%.

Primul element pe care l-am aflat din studiul sociologic este faptul că 45% dintre respondenți au avut fie personal, fie în cazul unui membru al familiei, o urgență medicală în ultimii 3 ani, dintre care aproape o treime au mers la Unitatea de Primiri Urgențe, 28% a sunat la 112, 13% au apelat la medicul de familie, 5% au apelat la un serviciu privat de urgență, iar 3% au mers la un centru de permanență.

Alte întrebări adresate au fost legate de prezentarea în ultimii trei ani la UPU/CPU, estimarea gradului de urgență a problemei medicale care a dus la această prezentare și timpul petrecut înainte de evaluarea inițială, pentru a fi văzut de medic, pentru tratamente și investigații medicale. De asemenea, am verificat gradul de mulțumire al pacienților sau aparținătorilor acestora pe mai multe componente relevante. Același tip de întrebări a fost

adresat și pentru centrele de permanență, cu întrebări suplimentare pentru centrele de permanență din mediul rural.

Am studiat și situația apelurilor la 112 în caz de urgență medicală, urmărind în ce proporție se prezintă la fața locului SAJ, SMURD și Poliția (acest ultim aspect important pentru conceptul de Stații integrate de urgență pe care urmează să-l dezvoltăm).

Alte întrebări au avut ca scop cunoașterea timpului de răspuns al echipajelor SAJ, SMURD și IPJ, precum și gradul de satisfacție pentru modul de intervenție pe componente relevante la fiecare dintre aceste agenții specializate. Am dorit să aflăm aceleași date și despre situația în care dispeceratul 112 a trimis la fața locului o ambulanță privată aflată sub contract cu CNAS, dar am obținut puține răspunsuri în acest sens.

Am dorit să aflăm și comportamentul respondenților în caz de urgență medicală minoră și am aflat faptul că peste 15% dintre respondenți ar merge direct la spital. În schimb, 80% dintre respondenți ar prefera să apeleze la centrele de permanență dacă acestea ar fi bine dotate și în proximitatea locuinței. Printr-o întrebare deschisă am aflat și soluții propuse de către cetățeni pentru creșterea numărului de medici de familie/generaliști în mediul rural.

În final, am dorit să aflăm câți dintre respondenți și din ce motive au apelat pe cont propriu la serviciile private de ambulanță.

În realizarea cercetării noastre nu ne-am oprit la riguroasa analiză a literaturii de specialitate și la a colecta opiniile și percepțiile provenite din experiențele beneficiarilor sistemului medicinei de urgență, pe care le-am descris anterior.

Dimpotrivă, am dorit să mergem mai departe și să aflăm modul în care sistemul este văzut de către cei care lucrează în cadrul acestuia, iar discuțiile oneste purtate într-un mediu academic pot duce și la identificarea unor soluții de îmbunătățire a organizării și a activității.

Acestea fiind zise, menționăm faptul că am acoperit întregul spectru al specialiștilor chemați să intervină după efectuarea apelului de urgență sau chiar în lipsa acestui apel. Modelul întrebărilor din cadrul interviurilor a fost adaptat de la caz la caz (spre exemplu, am pus întrebări suplimentare medicilor români care lucrează acum în alte țări). Menționăm faptul că am solicitat și am primit dreptul de a folosi în prezenta lucrare de doctorat numele persoanelor intervievate. Acolo unde nu am obținut acest accept, am folosit denumirea de „Expert nr. ...”.

Deși centrele de permanență nu fac parte în mod formal din medicina de urgență, cercetarea noastră ne-a arătat faptul că acestea sunt uneori în prima linie a urgențelor, în special în mediul rural, am dorit să aflăm opinia coordonatorilor acestor centre, atât din mediul urban, cât și din mediul rural. Astfel, am reușit să aflăm opinia domnului doctor Călin Pop, Coordonatorul Centrului de permanență din Municipiul Cluj-Napoca, Aleea Băița, nr. 9 (în

continuare „domnul doctor Pop”), precum și cea a doamnei doctor Major Judith, Coordonatoarea Centrului de permanență din Comuna Mociu, str. Principală, nr. 88, jud. Cluj (în continuare „doamna doctor Major”). Acesta reprezintă primul palier în cercetarea noastră calitativă.

Al doilea palier abordat a fost cel al ambulanței în care am discutat cu Șeful Serviciului de Ambulanță Cluj, domnul doctor Horia Simu (în continuare „domnul doctor Simu”), precum și cu șeful UPU-SMURD Cluj, dar până recent doar coordonatorul SMURD Cluj, domnul doctor Cristian Ursu (în continuare „domnul doctor Ursu”). Totodată, am obținut și concluziile Comandantului ISU Cluj, domnul General Ion Moldovan (în continuare „domnul General Moldovan”). Am avut plăcerea de a discuta din nou cu domnul doctor Nicolae Moldovan, un excepțional specialist în medicina de urgență, fost șef al SMURD Cluj și care lucrează în prezent în SAMU/SMUR la Spitalul din Mont de Marsan din sudul Franței („în continuare domnul doctor Moldovan”). Totodată, am cerut opinia doamnei doctor Raluca Treacy (numele anterior fiind Ionescu) care a lucrat timp de 3 ani ca medic la SAJ Cluj, 10 ani ca paramedic la SMURD Cluj și acum este Emergency Medicine Speciality Doctor la Accident and Emergency Departament (echivalenta UPU din UK), „The Hillingdon Hospitals NHS Foundation Trust” (în continuare „doamna doctor Treacy”). Am avut onoarea de a discuta și cu doamna prof. univ. dr. Diana Cimpoeșu, medic-șef UPU-SMURD Iași și coordonator SMURD pe regiunea Nord-Est (în continuare „doamna doctor Cimpoeșu”).

Am primit și opiniile domnului doctor Amedeo Mazilu, fost paramedic-șef la SMURD Cluj și, în prezent, medic cardiolog în Germania la „Helios Klinik Erlenbach am Main” („în continuare domnul doctor Mazilu”).

După o experiență de peste 15 ani ca și medic șef al UPU-SMURD Brașov, doamna doctor Cristina Vecerdi, ne-a acordat din timpul său în cadrul cercetării noastre, dorind să fie menționată doar din această perspectivă practică (în continuare „doamna doctor Vecerdi”).

Am discutat și cu un specialist care lucrează în sistemul privat de Ambulanță și anume domnul asistent medical generalist Horațiu Bojan, unul dintre cei care monitorizează activitatea de transport pacienți și consultații de urgență la domiciliu în Serviciul Privat de Asistență Medicală „Scutul Negru” din Municipiul Cluj-Napoca („în continuare domnul asistent medical Bojan”).

Mergând mai departe, am dorit să cunoaștem viziunea și problemele întâmpinate de către coordonatorii sau managerii structurilor de primire a urgențelor, precum și de către medici care lucrează în cadrul acestora. Aici avem și cele mai multe răspunsuri în cadrul a ceea ce am denumit ca fiind al treilea palier. În acest sens, am obținut opiniile unui medic Șef CPU, care

nu a dorit să-și decline identitatea pentru public, pe care îl vom denumi în continuare „Expert nr. 1 - Șef CPU”. Totodată, am reușit să discutăm și cu un Manager al unui spital privat care are în componență o Cameră de Gardă, care a dorit să rămână anonim și pe care îl vom denumi „Expert nr. 2 - Șef Cameră de Gardă privată”. De asemenea, am discutat și cu Managerul unui spital care are în componență o CPU-S și anume domnul doctor Mihai Mleşnițe, Managerul Institutului Regional de Gastroenterologie-Hepatologie „Prof. dr. Octavian Fodor” din Municipiul Cluj-Napoca (în continuare „domnul doctor Mleşnițe”).

De asemenea, am discutat și cu Managerul Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca, dr. Cornel Aldea (în continuare „domnul doctor Aldea”).

Am schimbat impresii și opinii cu domnul doctor Ritish Shunkur, un specialist extraordinar care a lucrat inclusiv în zona de urgențe la Spitalul Clinic Municipal din Cluj-Napoca și acum este medic la „Centre Hospitalier d’Auch” în sudul Franței (în continuare „domnul doctor Shunkur”). Tot în Franța am discutat cu un alt medic plecat din România, domnul doctor Cătălin Muntean, medic de urgență în SMUR „Centre Hospitalier Public du Contentin” (în continuare „domnul doctor Muntean”).

Pentru a avea relevanță teritorială în această analiză, am discutat și cu un medic de urgență din cadrul unei mari UPU din Municipiul București, pe care îl vom denumi „Expert nr. 3 – Medic UPU București” și șefa CPU din Municipiul Pașcani, județul Iași, doamna doctor Maria Timofte (în continuare „doamna doctor Timofte”). De asemenea, am discutat și cu un expert în medicina de urgență din județul Mureș, fost practician în cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență și cadru didactic în Universitatea de Medicină și Farmacie din Târgu-Mureș, denumit în continuare „Expert nr. 4 - Mureș”.

În cadrul celui de-al patrulea palier, în care am discutat cu decidenți din sistem, am avut onoarea de a avea un interviu de lungă durată cu domnul doctor Raed Arafat, Șeful Departamentului pentru Situații de Urgență, Secretar de Stat în cadrul Ministerului Afacerilor Interne (în continuare „domnul doctor Arafat”). Totodată, ne-a onorat cu răspunsurile sale și domnul doctor Alexandru Rafila, Ministrul Sănătății (în continuare „domnul doctor Rafila”). Am discutat și cu doi foști Miniștri al Sănătății, Președintele Comisiei de Sănătate și Familie din Camera Deputaților, domnul doctor Nelu Tătaru (în continuare „domnul doctor Tătaru”) și Secretarul aceleiași Comisii, domnul doctor Patriciu Achimaș Cadariu (în continuare „domnul doctor Achimaș”). Ne-a făcut plăcere să vorbim și cu Secretarul Comisiei pentru Sănătate din Senatul României, domnul doctor Laszlo Attila, care este de profesie medic de familie și este un bun cunoscător al sistemului medicinei de urgență din țara vecină de la Vest, Ungaria (în continuare „domnul doctor Laszlo”).

Sinteza celor menționate anterior se regăsește în următorul tabel:

Număr palier	Structura de lucru/activitatea	Nume și prenume specialist
Palierul 4	actuali și foști decidenți la nivel guvernamental și parlamentar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Domnul doctor Raed Arafat (provenind din palierul nr. 2 și nr. 3) 2. Domnul doctor Alexandru Rafila 3. Domnul doctor Nelu Tătaru 4. Domnul doctor Patriciu Achimaș 5. Domnul doctor Laszlo Attila (provenind din palierul nr. 1)
Palierul 3	UPU, UPU copii, CPU, CPU-S, Cameră de Gardă, inclusiv medici români care au activat în acest domeniu și au plecat să lucreze în afara țării	<ol style="list-style-type: none"> 1. Domnul doctor Mihai Mleşnițe 2. Expert nr. 1 - șef CPU 3. Expert nr. 2 - Manager Spital cu Cameră de Gardă privată 4. Domnul doctor Cornel Aldea 5. Domnul doctor Ritish Shunkur 6. Domnul doctor Cătălin Muntean (provenind din palierul 2) 7. Expert nr. 3 - Medic UPU București (cu activitate în palierul nr. 2) 8. Expert nr. 4 - Mureș 9. Doamna doctor Maria Timofte
Palierul 2	SAJ, SMURD, inclusiv medici români care au activat în acest domeniu și au plecat să lucreze în afara țării	<ol style="list-style-type: none"> 1. Domnul General Ion Moldovan 2. Domnul doctor Horia Simu 3. Domnul doctor Cristian Ursu (cu activitate în palierul nr. 3) 4. Doamna doctor Cristina Vecerdi cu activitate în palierul nr. 3) 5. Doamna doctor Diana Cimpoesu (cu activitate în palierul nr. 3) 6. Domnul doctor Nicolae Moldovan

		<ol style="list-style-type: none"> 7. Doamna doctor Raluca Treacy 8. Domnul doctor Amedeo Mazilu 9. Domnul asistent medical Horațiu Bojan
Palierul 1	Centre de permanență	<ol style="list-style-type: none"> 1. Domnul doctor Călin Pop 2. Doamna doctor Major Judith

După ce am obținut toate aceste date teoretice, dar și practice, calitative și originale, am analizat situația existentă la nivelul sistemului medicinei de urgență din județul Cluj (pornind de la datele demografice din cel mai recent recensământ), dar am analizat și situația organizării Poliției deoarece, așa cum am văzut în cadrul cercetării teoretice și în partea practică, prezența echipajului de Poliție alături de Ambulanță și Pompieri este, de multe ori, necesară.

Mai exact, am prezentat activitatea dispeceratului 112 (incluzând situația numărului 113), a SAJ și a SMURD din perioada 2018-2022, precum și arondarea teritorială orientativă a celor două servicii. Am folosit termenul orientativ deoarece atât SAJ, cât și SMURD sunt flexibile atunci când trebuie să intervină, principiul fiind de a răspunde cel mai rapid și adecvat unei urgențe, motiv pentru care dispecerul 112 alocă echipaje din Cluj și în alte județe dacă acestea sunt mai aproape de caz (situație existentă la nivel național). În schimb, arondarea teritorială a Poliției Române este mai strictă, fiind și aceasta prezentată.

De asemenea, am prezentat lista UPU, CPU și CPU-S din județul Cluj și date privind activitatea acestora în perioada 2018-2022. Aceleași informații le-am prezentat și pentru cele patru centre de permanență existente, dintre care două în Municipiul Cluj-Napoca, unul în Municipiul Turda și unul în comuna Mociu.

Din ceea ce am prezentat anterior reiese faptul că județul Cluj are un număr rezonabil de structuri de primire a urgențelor, în special în Municipiul Cluj-Napoca. Cu toate acestea, sistemul pavilionar al spitalelor din Cluj pune o mare presiune pe SAJ Cluj, care este nevoit să transporte pacienți de la UPU/CPU către clinici de specialitate, ceea ce înseamnă mai puține echipaje disponibile noilor urgențe care pot apărea între timp.

De asemenea, numărul de centre de permanență este extrem de mic în comparație cu județe similare ca și populație.

În finalul lucrării am prezentat concluziile și recomandările noastre în ceea ce privește fiecare componentă a sistemului medicinei de urgență. Menționăm faptul că nu am obținut un

consens între specialiști în ceea ce privește opiniile acestora pe dezvoltarea fiecărei componente, cu singura excepție a coplății, care este exclusă de către toți specialiștii care s-au pronunțat pe acest subiect, opinie la care agreăm fără niciun dubiu. Coplata nu a dus la scăderea numărului de prezentări la DU în țările în care a fost introdusă, iar medicina de urgență trebuie să se adreseze întregii populații, indiferent de circumstanțele personale.

În ceea ce privește numărul unic de urgență 112, agreăm modul actual de funcționare, dar este necesară și introducerea unui număr de telefon pentru consultații la distanță deservit de către serviciul public de ambulanță. În schimb, așa cum ne-au menționat specialiștii, acest număr ar trebui să fie accesat doar pentru anumite tipuri de situații medicale, pentru toate celelalte fiind necesar filtrul dispeceratului 112 pentru a se asigura de faptul că situația medicală nu reprezintă, de fapt, o urgență de sănătate. Am prezentat și soluțiile noastre pentru îmbunătățirea funcționării sistemului 112, printre care extinderea tehnologiei de localizare exactă a apelantului, dezvoltarea sistemului eCall, soluții pentru reducerea procentului de apeluri abuzive și necesitatea îmbunătățirii mediatizării asupra numărului asociat 113 pentru persoanele cu deficiențe de auz și/sau vorbire.

În zona echipajelor prespitalicesti de intervenție medicală, trebuie să dezvoltăm rețeaua de elicoptere, pe model german, dar și pe cea de autovehicule de răspuns rapid pe model britanic. Totodată, trebuie să dezvoltăm o rețea națională de voluntari sanitari, voluntari pompieri (instruiți în mod adecvat) și să ajungem la atribuirea unor competențe de prim ajutor către polițiști. În ceea ce privește rolul ambulanțelor private în România în sistemul național de medicină de urgență, acesta trebuie păstrat în forma actuală, și anume cel de suport pentru Stat în situațiile în care resursele SAJ sunt insuficiente pentru transportul pacienților sau pentru consultații de urgență la domiciliu.

Dezbaterea privind alegerea sistemului franco-german sau a celui anglo-american în intervenția ambulanțelor s-a dovedit a fi o chestiune ideologică, chiar de orgoliu, deoarece realitatea din România impune folosirea ambelor sisteme. Chiar dacă pacientul trebuie să ajungă rapid la spital, de multe ori el trebuie stabilizat la fața locului de către medic. Totodată, în cazurile mai puțin grave, pacientul poate fi tratat la domiciliu.

Structurile care reprezintă o alternativă la departamentele de urgență funcționează foarte bine în Regatul Unit, Italia și Ungaria, iar cercetarea sociologică originală ne-a arătat receptivitatea respondenților privind utilizarea centrelor de permanență în condiții de proximitate și dotare cu echipamente medicale. Nu am obținut un consens între specialiști privind amplasarea centrelor, existând propuneri de poziționare a acestora în sau lângă spitale sau în mod total independent. Preferăm opinia specialiștilor care au indicat necesitatea de a

extinde sistemul de tip „fast track” în spitale pentru un triaj foarte rapid, dar care asigură calitatea actului medical din moment ce un medic de familie dintr-un centru de permanență ar recunoaște cu dificultate o situație de infarct chiar dacă pacientul se deplasează pe propriile picioare. În schimb, credem că modelul britanic referitor la „urgent treatment centres” poate fi aplicat și în România: pacienții știu că pot apela la asemenea centre doar în anumite situații medicale, după ce au discutat în prealabil cu dispecerii numărului de urgență 999, iar un astfel de protocol medical ar putea fi implementat și în România și apoi mediatizat.

Unii specialiști au propus dotarea centrelor de permanență cu autovehicul de consult la domiciliu, posibilitatea activării în cadrul acestora de către medicii interniști, sau acordarea de consultații în mod periodic de către medicii specialiști, instituirea obligativității efectuării unui număr de vizite la domiciliul pacientului, în special în mediul rural, pe model german, dotarea mai bună a centrelor și telemedicina, dotarea cu ambulanțe pentru transportul pacienților, instituirea gărzilor prin rotație în mod obligatoriu și dezvoltarea centrelor pe criterii obiective geografice și legate de numărul de locuitori.

Structurile de primire a urgențelor se confruntă cu multe prezentări care nu sunt o urgență (am demonstrat un procent de peste 20% folosind date statistice oficiale), motiv pentru care am studiat experiența suedeză care plasează medicul de familie în centrul sistemului de sănătate și care cunoaște în mod exact starea de sănătate a pacienților, îndemnându-i să-și facă analizele medicale periodice și investigațiile la medicii specialiști. De asemenea, este necesară eliminarea discrepanțelor pe partea de salarizare, personalul din spitalele mari având, în unele situații, venituri egale sau mai mici cu personalul din spitalele mici.

Trebuie dezvoltată medicina primară, structurile ambulatorii și de realizare a investigațiilor medicale deoarece sunt situații în care pacienții se prezintă la DU doar pentru a-și face analize sau investigații medicale pentru a nu mai fi puși în situația să aștepte chiar și luni de zile pentru programările din ambulatorii.

Totodată, pentru a îmbunătăți formarea personalului, dar și gestionarea mai eficientă a acestuia, în special în zonele cu deficit, ar fi necesar ca toate atribuțiile de resurse umane să fie transferate la DSU, la fel ca și finanțarea întregului sistem al medicinei de urgență, inclusiv a CPU și a CPU-S.

Alte soluții pentru îmbunătățirea sistemului medicinei de urgență din România sunt: pentru a gestiona starea de epuizare fizică și psihică a multor cadre medicale din prima linie a medicinei de urgență, reglementarea posibilității medicilor de urgență ajunși la o anumită vârstă (noi am propus la 55 de ani) fie să-și schimbe specialitatea cu una mai ușoară, fie să poată reduce numărul de ore în gărzi, să nu mai facă gărzi pe elicoptere, trecând pe ambulanțele de

consult la domiciliu sau în dispecerate. De asemenea, este necesară asigurarea serviciilor de pază în toate DU pentru a preveni agresiunile asupra personalului medical, precum și suport psihologic pentru personalul medical, dar și cel ambulanțier, care se confruntă cu fenomenul de burnout.

Avem nevoie să utilizăm pe deplin avantajele tehnologice precum telemedicina, care ar ajuta mai ales pacienții din zone izolate care s-ar prezenta la un centru de permanență și ar putea discuta online cu un medic specialist, iar, pe măsură ce inteligența artificială evoluează, trebuie să analizăm în ce măsură aceasta ar putea ajuta în procedurile de triaj și diagnosticare.

În ipoteza ideală în care activitatea medicilor de familie ar putea fi reglementată astfel încât să fie obligatorie desfășurarea parțială a activității în regim de gardă, considerăm faptul că județul Cluj ar avea nevoie de cel puțin încă 18 centre de permanență (dotate cu ambulanță de consult la domiciliu) repartizate astfel:

- În Cluj-Napoca, în cartierele Mănăștur, Grigorescu, Dâmbu Rotund (acesta sau cel din Grigorescu deservind și cartierul Gruia), Iris (incluzând cartierul Bulgaria), Mărăști (deservind și cartierul Someșeni) și Zorilor (care să deservească și cartierele Bună Ziua și Europa), fiecare zonă reprezentând cel puțin 20.000 de locuitori;
- În fiecare din Municipiile Dej, Gherla și Câmpia Turzii și Orașul Huedin;
- În zona metropolitană a Municipiului Cluj-Napoca, în comunele Florești, Baci, Apahida, fiecare cu o populație de cel puțin 14.000 de locuitori dar la care ar putea apela și cetățenii din comunele vecine, iar în afara acestora în comuna Ciucea (care să deservească și comunele Negreni și Poieni, opțiunea spitalului din Huedin fiind mai greu accesibilă din cauza multiplelor blocaje în trafic pe drumul E60);
- În alte localități din mediul rural, pe lângă stații integrate de urgență care urmează a fi înființate: în comuna Beliș (care să deservească zona montană din sud-vestul județului), în comuna Vultureni (care să deservească comunele din zona nordică a județului), în comuna Gilău (cu o populație mare și sunt comune apropiate care ar putea fi servite) și în comuna Băișoara (pentru sudul județului care este mai departe față de Cluj-Napoca și Turda).

Am arătat faptul că, pe parcursul cercetării, am mers pe teren în comuna Mociu din județul Cluj în care există o substație SMURD și Pompieri alături de un centru de permanență, dar echipajul de Poliție Rurală trebuie să sosească, de multe ori, din comuna Apahida, aflată la o distanță de 26 de kilometri, ceea ce complică intervențiile în care este necesar și sprijinul Poliției (urgente medicale în cazul unor conflicte violente sau al unor accidente rutiere).





În ceea ce privește propunerea noastră privind stațiile integrate de urgență (care să aibă echipaje de Poliție, SAJ/SMURD și Pompieri), considerăm că modelul actual de repartizare a echipajelor SMURD este punctul de plecare și apreciem că aceste stații integrate de urgență sunt necesare în toate cele 6 localități din mediul urban și în următoarele zone din mediul rural după cum urmează (în care stație tip A înseamnă stație integrată de urgență avansată cu echipaje de Poliție, Pompieri, prim-ajutor sau terapie intensivă mobilă SAJ/SMURD și, dacă este necesar, echipaj de transport pacienți de tip A al SAJ, precum și centru de permanență dotat cu autovehicul de consult la domiciliu, iar stația tip B, de bază, are toate aceste caracteristici mai puțin centru de permanență dotat cu autovehicul de consult la domiciliu):

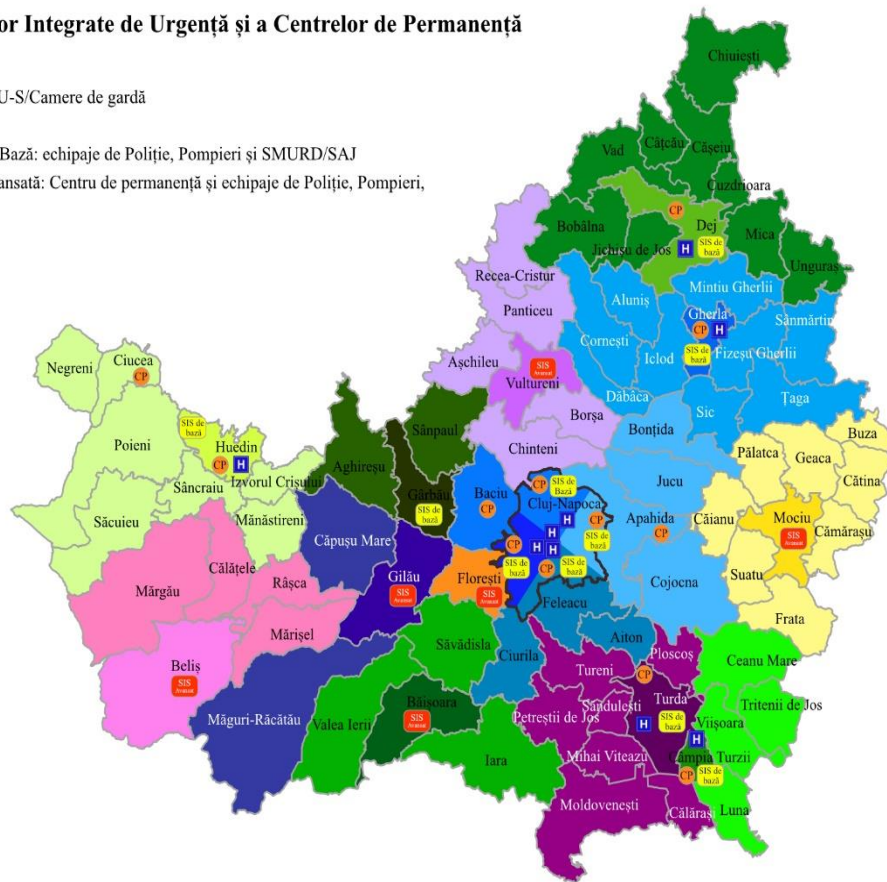
Locație stație	Tip locație	Tip	Zone arondate	Observații
Cluj-Napoca 1 (Mănăstur)	Existență (SMURD și Pompieri)	B	Vestul Municipiului	
Cluj-Napoca 2 (Centru Est)	Existență (SMURD și Pompieri)	B	Estul Municipiului	
Cluj-Napoca 3 (Centru Nord)	Existență (sediul SAJ)	B	Nordul Municipiului și comuna Baci	
Cluj-Napoca 4 (Zorilor)	Propusă	B	Sudul Municipiului, comunele Feleacu, Ciurila și Aiton	În orele de aglomerație în trafic, durata de deplasare în cartierele Zorilor, Bună- Ziua sau Europa este foarte mare din locația de pe B-dul 21 Decembrie 1989, iar din celelalte două locații deplasarea în timpul reglementat legal este dificilă
Vultureni	Propusă	A	Comunele Chinteni, Vultureni, Borșa,	Pentru a acoperi mai bine urgențele din partea nordică a județului

			Așchileu, Panticeu, Recea-Cristur,	
Dej	Locație existentă (SMURD și Pompieri, dar și SAJ)	B	Municipiul Dej, comunele Bobâlna, Cășeiu, Chiuiești, Cățcău, Cuzdrioara, Jichișu de Jos, Mica, Unguraș, Vad	Față de arondarea ISU, comuna Recea-Cristur trece la Stația Vultureni
Gherla	Locație existentă (SMURD și Pompieri, dar și SAJ)	B	Municipiul Gherla, comunele Aluniș, Cornești, Dăbâca, Fizeșu Gherlii, Iclod, Mintiu Gherlii, Sânmărtin, Sic, Țaga	Nicio modificare față de arondarea ISU
Mociu	Locație existentă (SMURD și Pompieri)	A	Comunele Mociu, Buza, Căianu, Cămărașu, Cătina, Frata, Geaca, Pălatca, Suatu	Nicio modificare față de arondarea ISU
Turda	Locație existentă (SMURD și Pompieri, dar și SAJ)	B	Municipiul Turda, Comunele, Moldovenești, Călărași, Mihai Viteazu, Săndulești, Petreștii de Jos, Tureni, Ploscoș	Față de arondarea SAJ, am eliminat comunele Aiton, Băișoara, Iara și Valea Ierii
Câmpia Turzii	Locație existentă (doar SAJ)	B	Câmpia Turzii, comunele Luna, Viișoara, Tritenii de Jos, Ceanu Mare	Conform arondării SAJ, mai puțin comuna Frata

Băișoara	Locație existentă (SMURD și Pompieri)	A	Comunele Băișoara, Iara, Săvădisla, Valea Ierii	Conform arondării ISU, mai puțin comuna Ciurila
Gârbău	Locație existentă (SMURD și Pompieri) în Aghireșu, propunem relocarea acesteia	A	Comunele Gârbău, Aghireșu, Sânpaul	Relocarea Gărzii de intervenție a Pompierilor aflată în comuna Aghireșu este propusă deoarece durata de deplasare în comuna Sânpaul, care îi este arondată, este foarte mare, comuna Gârbău având o poziționare mai avantajoasă față de celelalte două localități și mai apropiată față de Autostrada A3
Florești	Locație existentă (SMURD și Pompieri)	A	Comuna Florești	Populație mare deservită pe un teritoriu extins
Gilău	Locație existentă (SMURD și Pompieri)	A	Comunele Gilău, Căpușu Mare, Măguri-Răcățau	Conform arondării ISU, mai puțin comuna Mărișel
Huedin	Locație existentă (SMURD și Pompieri, dar și SAJ)	B	Huedin, comunele Ciucea, Poieni, Negreni, Săcuieu, Sâncraiu, Izvoru Crișului, Mănăstireni	Comunele din arondarea similară SAJ și ISU, mai puțin cele care sunt trecute în locația Beliș
Beliș	Propusă		Comunele Beliș, Mărișel, Râșca, Călățele, Mărgău	Pentru o deservire mai rapidă a localităților din zona montană

Harta propusă a Stațiilor Integrate de Urgență și a Centrelor de Permanență

-  Spital cu secție UPU/CPU/CPU-S/Camere de gardă
-  Centru de Permanență
-  Stație Integrată de Urgență de Bază: echipaje de Poliție, Pompieri și SMURD/SAJ
-  Stație Integrată de Urgență Avansată: Centru de permanență și echipaje de Poliție, Pompieri, SMURD/SAJ



Grafică realizată de către autor

Este cert faptul că o astfel de propunere trebuie studiată și agreată de către decidenți, la nivel central cei mai importanți dintre aceștia fiind reușiți în structura denumită Comisia interministerială pentru suport tehnic. Scopul acestei structuri, înființată prin Hotărârea de Guvern nr. 144/2014, este de a coordona întreaga activitate legată de Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat. Această structură reunește reprezentanți din Ministerul Afacerilor Interne: DSU, IGSU, IGA_v, UPU-SMURD, din Ministerul Sănătății, dar și din SAJ, manageri de spitale, medici-șefi UPU și chiar membri de sindicat. Această structură, împreună cu IGPR, ar putea analiza oportunitatea unui astfel de proiect pilot.

Menționăm faptul că au fost specialiști care, în răspunsurile date în cadrul interviurilor, au exclus poziționarea acestor centre de permanență lângă echipajele de intervenție din cauza unor practici din trecut în care unii medici de familie utilizau ambulanțele de prim ajutor disponibile în apropiere pentru transportul pacienților. Credem că soluția propusă de noi, care

include atât un autovehicul de consult la domiciliu, cât și o ambulanță de tip A a SAJ acolo unde este necesar, este în măsură să prevină repetarea modelului negativ din trecut.

Acest proiect pilot și extinderea acestuia în viitor va fi posibilă cu modificări de ordin legislativ care să ducă la:

- rotația medicilor de familie în a asigura gărzi (în jur de 5 gărzi pe lună conform modelelor din Europa);
- trecerea finanțării medicinei de familie de la CNAS la bugetul de stat;
- trecerea finanțării medicinei de urgență și a competențelor de gestiune a resursei umane aferente de la Ministerul Sănătății la Ministerul Afacerilor Interne prin intermediul Departamentului pentru Situații de Urgență;
- reglementări interne ale Ministerului Afacerilor Interne pentru rearondarea teritorială a anumitor echipaje ale Poliției Rurale;
- înființarea la nivelul Prefecturilor a unui Consiliu Interdepartamental pentru Medicina de Urgență care să decidă locația de înființare a stațiilor integrate de urgență de bază sau de tip avansat, precum și a centrelor de permanență care să aibă în componență: Prefectul județului, Președintele Consiliului Județean, directorul DSP, managerul SAJ, comandantul ISU și inspectorul-șef IPJ. Deciziile Consiliului vor fi avizate conform de către Comisia interministerială pentru suport tehnic.

Considerăm că, după implementarea și, apoi, evaluarea funcționării acestui proiect pilot în județul Cluj, datele obținute și experiența dobândită vor putea fi folosite la nivelul întregii țări.

În încheiere, **multumim** tuturor cadrelor didactice care ne-au sprijinit în demersul nostru, colaboratorilor din institutul sociologic, respondenților din cercetarea noastră sociologică, precum și specialiștilor din sistemul medicinei de urgență, sens în care apreciem cu titlu particular efortul domnului doctor Arafat pentru interviul acordat, care a fost unul deosebit de complex și de foarte lungă durată.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ (din totalul de 187 de surse bibliografice)

- Ageron, FX., Debaty, G., Savary, D., Champly, F., Albasini, F., Usseglio, P., Vallot, C., Galvagno, S., Bouzat, P. „Association of helicopter transportation and improved mortality for patients with major trauma in the northern French Alps trauma system:

- an observational study based on the TRENAU registry”, 2020, Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, nr. 28:35;
- Arafat R., „Evoluția și organizarea Sistemului integrat de urgență din România”, capitol din cartea Nancy Caroline, ediția în limba română, 2019, preluat de pe <https://www.linkedin.com/pulse/evolutia-si-organizarea-sistemului-integrat-de-urgenta-raed-arafat>;
 - Departamentul pentru Situații de Urgență - Rapoartele de activitate pentru anii 2018, 2019, 2020, 2021 și 2022;
 - Dye, T., „Understanding public policy”, 2016, Trade Paperback, traducerea în limba română;
 - Eva, M., Iatu, C., „Modelling spatial accessibility to medical care. Case study of the North-Eastern Region of Romania”, 2015, Human Geographies - Journal of Studies and Research in Human Geography, vol. 9, nr. 2;
 - Gal, M., Timofte, M.P., Rus, D., Zavtochi, E.S., Boeriu, C., Cherecheș, R.M., Peek-Asa, C., „Emergency health care violence: Who is at risk? Evidence from a large Emergency Department in Mures, County, Romania”, 2013, European Journal of Public Health, vol. 23, nr. suplimentar 1;
 - Hasselqvist-Ax, I., Nordberg, P., Herlitz, J., Svensson, L., Jonsson, M., Lindqvist, J., Ringh, M., Claesson, A., Björklund, J., Andersson, J. O., Ericson, C., Lindblad, P., Engerström, L., Rosenqvist, M., Hollenberg, J., „Dispatch of Firefighters and Police Officers in Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Nationwide Prospective Cohort Trial Using Propensity Score Analysis”, 2017, Journal of the American Heart Association, vol. 6, nr. 10;
 - Hînțea, C.E., Șandor S.D., „Reformă și Administrație Publică”, 2000, Revista Transilvană de Științe Administrative nr. 1(3);
 - Institutul Român pentru Evaluare și Strategie, „Starea de Sănătate a Românilor”, 2022, <https://ires.ro/articol/447/starea-de-san-tate-a-romanilor-in-anul-2022>;
 - Le Journal de Dimanche, „Le Samu et près de 250 signataires : "Urgences santé", un numéro d'appel vital”, 2021, <https://www.lejdd.fr/Societe/tribune-le-samu-et-199-signataires-urgences-sante-un-numero-dappel-vital-4046752>;
 - Răspunsurile la solicitările de informații de interes public formulate în temeiul Legii nr. 544/2001 primite de la Ministerul Sănătății, DSU, STS, DSP Cluj, ISU Cluj, IPJ Cluj.