

SocioRoMap

ANCHETĂ DE CERCETARE
MEDIATORI SANITARI





Material produs în cadrul proiectului *Cartografierea sociografică a comunităților de romi din România pentru o monitorizare la nivel comunitar a schimbărilor privind integrarea romilor (SocioRoMap)*.

Proiect finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian 2009–2014 în cadrul Programului „Combaterea Sărăciei” (RO25).

Acest material nu reprezintă neapărat poziția oficială a Mecanismului Financiar Norvegian 2009–2014.

SCURT ISTORIC AL INSTITUȚIEI

● Programul de mediere sanitară este propus în contextul politicilor care au avut în vedere îmbunătățirea situației romilor din România. Programul a fost inițiat în 1997, de către organizația neguvernamentală „Romani CRISS”, cu susținere financiară din partea CCFD („Comité catholique contre la faim et pour le développement”, organizație umanitară, Franța).¹ Scopul programului constă în creșterea accesului persoanelor de etnie romă la serviciile de sănătate publică prin intermediul mediatorului sanitar rom, care reprezintă „puntea de legătură” dintre membrii comunităților dezavantajate de romi și autoritățile sanitare.

Între 1996-1998, organizația neguvernamentală Romani CRISS formează profesional primele femei rome cu nivel mediu de educație pentru a fi angajate ca mediatori sanitari.

În perioada 1999-2000, Romani CRISS a realizat cercetarea și formarea mediatorilor la nivelul comunității, în cadrul proiectului „Formare de mediatori sanitari în comunitățile compacte cu romi”, finanțat de CCFD Franța.

1 Sursa: <http://www.romanicriss.org/Istoric%20al%20program%20mediere%20sanitara.pdf>

Programul-pilot s-a derulat în 5 comunități din țară, timp de doi ani.

Pe baza analizei de impact, realizată în 2001, s-a definitivat metodologia de funcționare a programului de mediere sanitară.

În august 2002, Ministerul Sănătății a emis Ordinul 619/2002² referitor la „aprobarea funcționării ocupației de mediator sanitar și normele tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitari în anul 2002”. În același an, meseria de „mediator sanitar” a fost introdusă în Clasificarea Ocupațiilor din România de către Ministerul Muncii și Solidarității Sociale. Ordinul vine să completeze Hotărârea Guvernului României 430/2001 privind aprobarea *Strategiei Guvernului României de îmbunătățire a situației romilor*.

Un moment important pentru instituția mediatorului sanitar îl reprezintă adoptarea Legii 95/2006³ care continuă reforma în sistemul public de sănătate, începută odată cu modificarea sistemului de asigurări sociale de

2 Sursa: <http://www.mmssf.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/ORDINE/O619-2002.pdf>

3 Sursa: <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/71139>

sănătate în 1997. Acest document legislativ stabilește un alt statut programului de mediere sanitară. Din acest moment, mediatorul sanitar se integrează într-o nouă entitate denumită „asistența medicală comunitară”, iar poziția acestuia este transferată de la Ministerul Sănătății la autoritatea publică locală, Primăria. Legea este completată de Ordonanța de Urgență nr.162/2008 și Hotărârea Guvernului nr. 52/2009 privind aprobarea normelor metodologice de aplicare a Ordonanței de Urgență a Guvernului nr.162/2008 privind transferul de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale publicată în Monitorul Oficial al României nr. 91 din 16 februarie 2009.

În anul 2007 este realizat și aprobat de către Consiliul Național de Formare Profesională a Adulților (Autoritatea Națională pentru Calificări)⁴ Standardul Ocupațional pentru meseria de mediator sanitar:

Monitorizarea activității mediatorului sanitar și a asistentului medical comunitar este de acum înainte responsabilitatea Serviciului de asistență socială din Primărie sau, după caz, a compartimentului specific din cadrul aparatului de specialitate al primarului. Aceștia sunt obligați să elaboreze o strategie anuală și un raport semestrial privind serviciile și activitățile de asistență medicală comunitară derulate, prezentate Consiliului Local sau Consiliului Județean și Direcțiilor de Sănătate Publică.

În perioada 2006-2008 finanțarea cheltuielilor de personal s-a făcut prin Programele Naționale de Sănătate, iar în prezent finanțarea este suportată prin bugetul Ministerului Sănătății transferat la bugetul local. În același timp, Direcțiile de Sănătate Publică își mențin rolul de îndrumător tehnic și metodologic al activității de asistență medicală comunitară la nivel județean. Atribuțiile acestora includ: consultanță și asistență tehnică în evaluarea nevoilor, stabilirea priorităților, modalităților de implementare și monitorizare a politicilor de asistență medicală comunitară; colaborarea cu autoritățile administrației publice locale; elaborarea de ghiduri și standarde de practică în acest domeniu; asigurarea de sprijin pentru formarea personalului; propunerea programelor specifice de educație pentru sănătate și pentru adoptarea unui stil de viață sănătos la nivelul comunităților și a programelor specifice de profilaxie primară, secundară și terțiară.

„Strategia Guvernului de îmbunătățire a situației romilor 2001-2010”⁵ reprezintă primul angajament guvernamental privind incluziunea socio-economică a romilor prin implementarea unor politici integrate în domeniul educației, ocupării forței de muncă, sănătății, locuirii, culturii și infrastructurii sociale.

4 Sursa: <http://www.cereas.info/so/42.pdf>

5 Sursa: <http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Le-gislatie/HOTARARI-DE-GUVERN/HG430-2001.pdf>

„Deceniul de Incluziune a Romilor 2005-2015”⁶ reprezintă un angajament politic a nouă guverne naționale din Europa Centrală și de Est, proiectat pentru o perioadă de zece ani și destinat combaterii situației de sărăcie, excludere și discriminare a romilor. Fiecare stat participant și-a elaborat un Plan Național de Acțiune care prevede obiectivele și indicatorii de îndeplinit.

„Strategia Guvernului de îmbunătățire a situației romilor 2012-2020”⁷ (capitolul Sănătate) recunoaște programul de mediatori sanitari ca practică pozitivă în procesul de îmbunătățire a stării de sănătate a comunităților vulnerabile de romi. Este menționat aportul Ministerului Sănătății în menținerea instituției prin salarizarea constantă și colaborarea cu autoritățile locale privind cei 450 de mediatori sanitari activi, la nivelul anului 2011.

Se impune să menționăm rolul important al organizațiilor neguvernamentale pentru programul de mediere sanitară. Printre cele mai active organizații sunt „Centrul Romilor pentru Intervenție Socială și Studii - Romani CRISS” și „Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate - SASTIPEN”.

Institutul Național de Sănătate Publică, prin intermediul Centrului Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate (CNEPSS), a înființat în anul 2014 Unitatea de Asistență Tehnică, Monitorizare și Evaluare (UATME) a activității de mediere sanitară și a propus o listă de

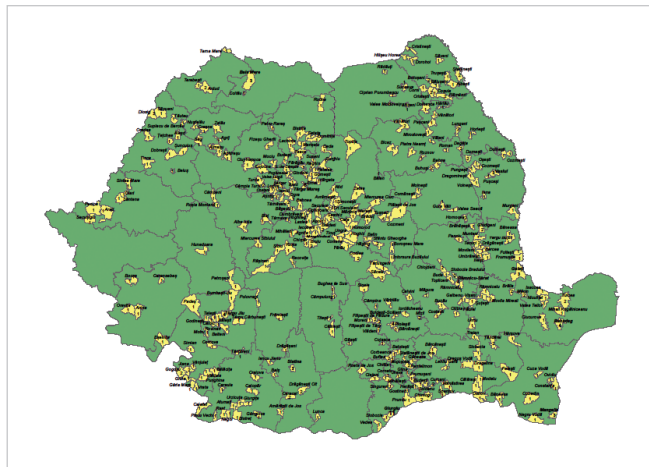
6 Sursa: http://www.romadecade.org/cms/upload/file/9294_file2_report_un_an_de_presedentie-deceniul-en.pdf

7 Sursa: <http://www.anr.gov.ro/docs/MO6bis.pdf>

mediatori sanitari care vor ocupa și funcția de monitor județean.⁸

Sintetizând atribuțiile legale ale mediatorilor sanitari, rolul lor principal este de a facilita comunicarea între comunitate și cadrele sanitare, contribuind la creșterea eficacității intervențiilor de sănătate publică.

Localitățile și numărul mediatorilor sanitari activi 2015

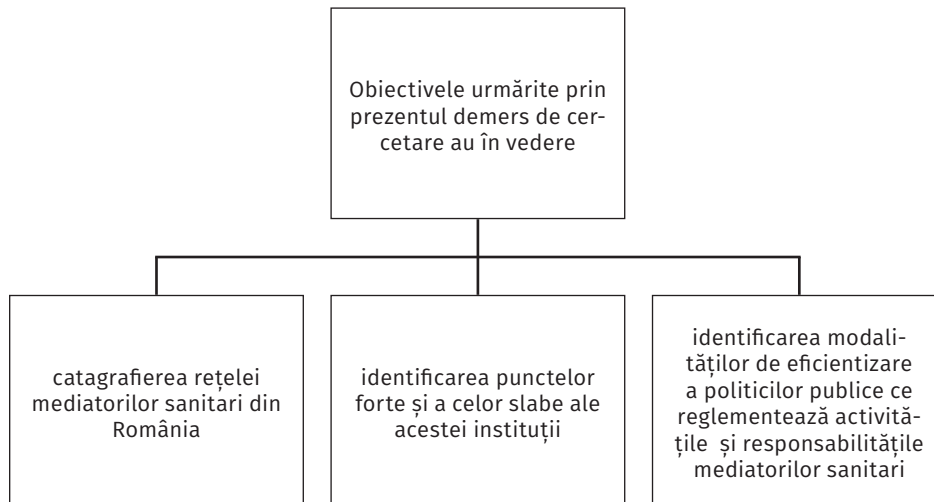


8 Sursa: <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/mediere-sanitara/>

PREZENTAREA ANCHETEI

● Mediatorii sanitari reprezintă o sursă importantă de informații pentru proiectul SocioRoMap, având acces și interacționând direct cu comunitățile de romi. Obiectivele principale ale acestei componente sunt catagrafierea rețelei

lei mediatorilor sanitari din România, identificarea punctelor forte și a celor slabe ale acestei instituții, precum și a modalităților de eficientizare a politicilor publice ce reglementează activitățile și responsabilitățile acestora.



Numărul mediatorilor sanitari participanți în anchetă



Demersul anchetei de cercetare

- Cercetarea a fost derulată în intervalul decembrie 2014 – decembrie 2015.

Au fost preconizate și derulate următoarele etape ale cercetării: documentare bibliografică, identificarea mediatorilor sanitari activi, elaborarea instrumentului de cercetare (chestionarul) și a ghidului de completare a

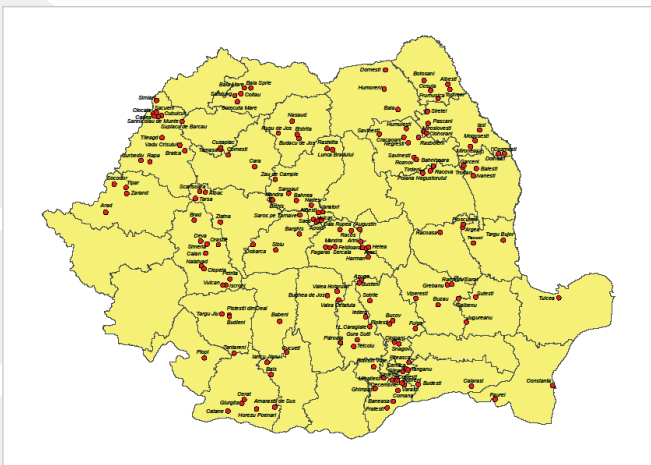
chestionarului, contactarea mediatorilor sanitari, colectarea datelor prin chestionar, realizarea bazei de date, analiza și interpretarea datelor.

Au fost identificate următoarele aspecte de urmărit în dezvoltarea instrumentului de cercetare:

- distanța până la diferite tipuri de servicii medicale (primare, de specialitate, de urgență);
- disponibilitatea și accesibilitatea serviciilor medicale;
- acoperirea cu asigurare medicală;
- înscrierea romilor pe lista unui medic de familie;
- utilizarea serviciilor medicale (inclusiv preventive);
- calitatea de beneficiari a populației de etnie romă de programe naționale de sănătate;
- responsabilități ale mediatorilor sanitari – conform fișei postului, respectiv exercitate efectiv, relații de colaborare între profesioniștii diferiți implicați în creșterea incluziunii sociale a etnicilor romi.

Unul dintre rezultatele așteptate și anticipate, ca urmare a analizei datelor, a vizat posibilitatea obținerii de informații privind localitățile în care sunt necesari mediatorii sanitari și argumentarea nevoii identificate.

Localități în care a fost menționată nevoia unui mediator sanitar

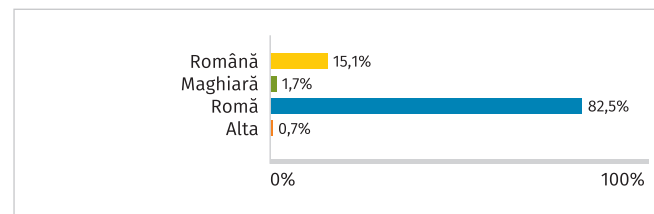


Baza de date cuprinzând mediatorii sanitari activi în anul 2015 conține 410 mediatori activi în 333 localități, dintre care 42 lucrează în proiectele SASTIPEN-ului. Apreciem această bază de date ca fiind actuală și reală la momentul realizării anchetei.

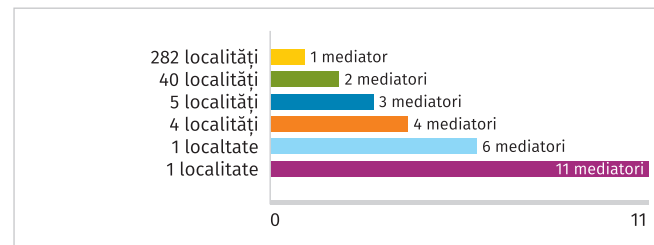
Din totalul respondenților, 217 lucrează din anul 2001, ceea ce înseamnă că au parcurs și perioada de debut a profesiei, dar și perioada de descentralizare și transfer spre autoritățile locale a mediatorilor sanitari. Din punctul de vedere al etniei, 240 dintre respondenți se declară

romi (81,9%), 15% români și 5% maghiari. Dintre aceștia 31,1% nu vorbesc limba romani, iar 22,9% declară că nu este necesar deoarece „membrii comunității nu vorbesc limba”. Cei mai mulți dintre respondenți au absolvit liceul (42%) sau prima treaptă de liceu (18,8%). Dintre respondenți 38 au doar studii gimnaziale.

Etnia mediatorilor sanitari



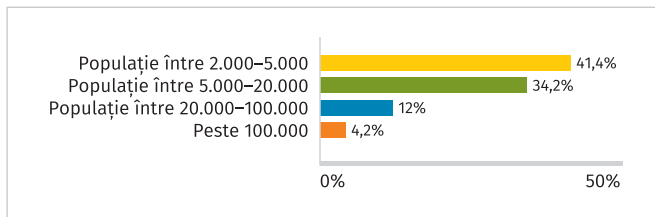
Câți mediatorii sanitari activi există în localitate?



Distribuția mediatorilor sanitari în funcție de mărimea unităților administrativ-teritoriale arată o concentrare a mediatorilor sanitari în localitățile cu o populație medie,

majoritatea mediatorilor sanitari concentrându-se în localități cu o populație între 2000 și 20000 de persoane. În schimb, dacă verificăm pe categorii de localități, atunci orașele cu populație între 20000 și peste 100000 au o acoperire mai bună (Aproximativ jumătate dintre aceste tipuri de unități administrative au mediator sanitar).

Prezența mediatorilor sanitari în funcție de mărimea UAT



Probleme reperate la nivelul comunităților de romi

- Lipsa asigurării medicale nu este percepută de mediatorii sanitari respondenți ca fiind o problemă. În puținele cazuri de absență a asigurării medicale, principalele motive indicate de către mediatorii sanitari sunt migrarea

în străinătate, munca la negru și lipsa actelor de identitate.

Problemele de sănătate cu care se confruntă persoanele de etnie romă, în opinia mediatorilor sanitari, diferă în funcție de grupa de vârstă. Dacă în cazul copiilor sunt mai frecvente îmbolnăvirile prin viruși, răceli, gripe, anemii, astm și bronșită cronică, în rândul populației adulte sunt menționate afecțiunile cronice – hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, astmul și bronșita cronică. Femeile romă suferă de anemii mai frecvent decât bărbații de etnie romă, în timp ce tuberculoza este mai frecventă în rândul bărbaților.

Tuberculoza are incidența cea mai ridicată în rândul morbidității romilor. Pe locul secund se situează hepatita de tip A și B. Reamintim faptul că sinergiile cu celelalte componente SocioRoMap întăresc această observație. Precaritatea materială este o realitate a celor mai multe comunități; tuberculoza este o boală asociată sărăciei, iar hepatita A igienei precare.

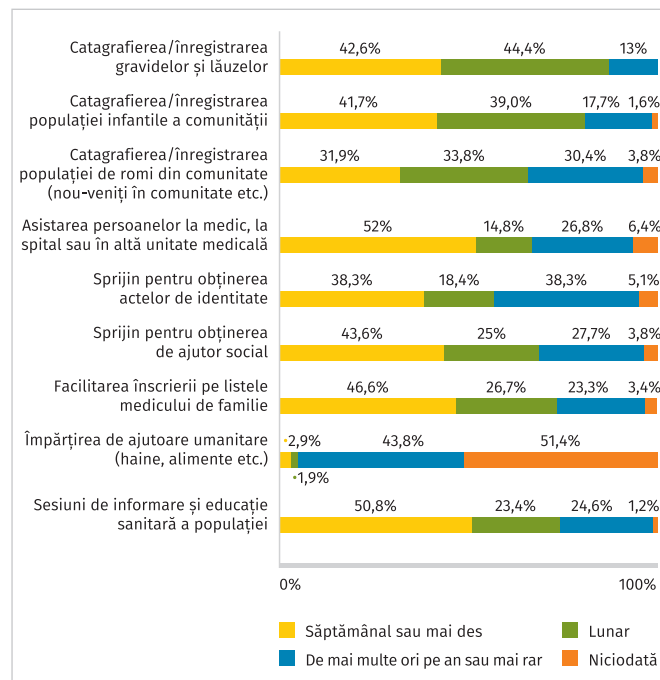
Ancheta a permis și inventarierea problemelor cu care se confruntă comunitățile de romi, așa cum sunt ele percepute de mediatorii sanitari respondenți. Nivelul de educație scăzut al membrilor comunităților, lipsa de preocupare pentru propria stare de sănătate a romilor, lipsa laptelui praf și a asigurărilor de sănătate sunt cel mai frecvent menționate.

Responsabilități și nevoi ale mediatorilor sanitari

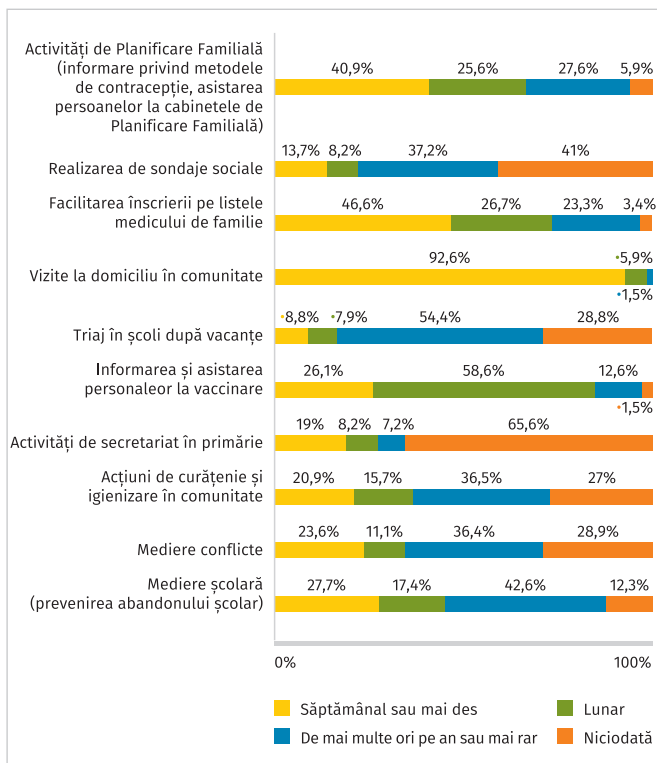
● Monitorizarea stării de sănătate a pacienților din comunitate, transmiterea informațiilor recomandate de medic pacienților și desfășurarea activităților de planing familial sunt cele mai frecvente motive pentru care mediatorii sanitari se deplasează în comunitate. Aceste atribuții fac parte din categoria responsabilităților ce incumbă mediatorilor sanitari în acord cu legislația în vigoare.

Din 2008, prin OUG nr.162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale, mediatorii sanitari își desfășoară activitatea sub egida primăriilor, dar activitatea lor continuă să fie coordonată de către Direcțiile de Sănătate Publică. Acest transfer a creat premisele ca mediatorii sanitari să fie solicitați în realizarea și a altor atribuții decât cele care le revin în acord cu fișa postului. Am încercat să vedem încărcătura cu extra-sarcini a mediatorilor sanitari. Unii mediatorii sanitari declară că sunt solicitați în activități de secretariat, realizare de sondaje sociale, împărțirea de ajutoare umanitare, mediere școlară, mediere de conflicte etc.

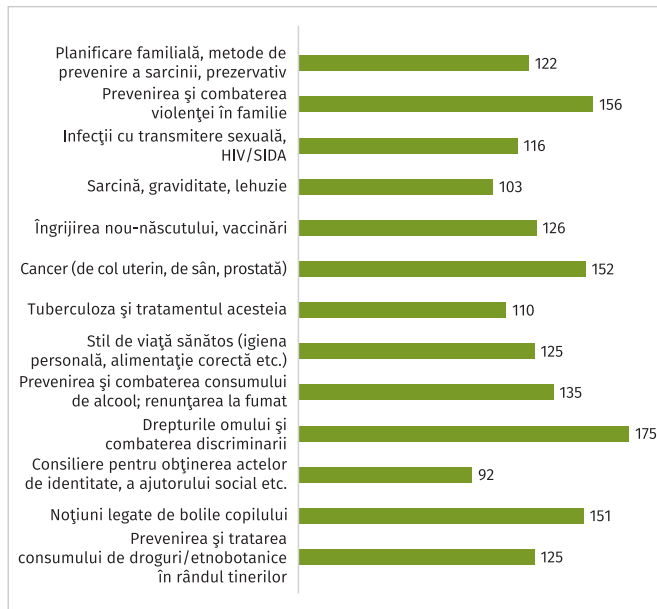
În ultimul an, cât de des ați realizat următoarele activități? (I)



În ultimul an, cât de des ați realizat următoarele activități? (II)



Există o mare disponibilitate de a urma cursuri de dezvoltare și pregătire profesională. Domeniile în care este percepută nevoia de calificare suplimentară sunt:



Remarcăm faptul că mediatorii sanitari sunt preocupați de creșterea informațiilor privind domeniile conexe atribuțiilor lor (promovarea unui stil de viață sănătos, cunoștințe privind bolile copilului, sarcină și lăuzie, îngrijirea nou-născutului, planificare familială), dar și o recunoaș-

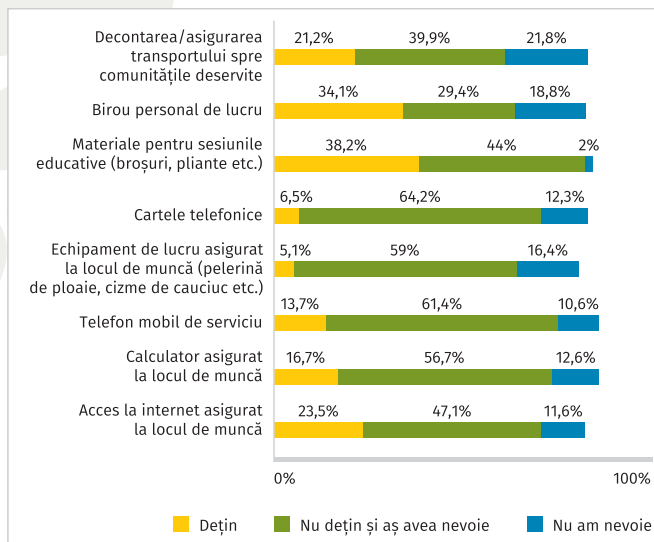
tere a conturării unor noi nevoi de acțiune proactivă preventivă (prevenirea consumului de droguri, drepturile omului, combaterea discriminării, cunoașterea și prevenirea HIV/SIDA) sau/și realități ale patologiei comunităților de romi (programe privind prevenirea cancerului de col uterin, prevenirea și tratarea tuberculozei, prevenirea și combaterea violenței domestice).

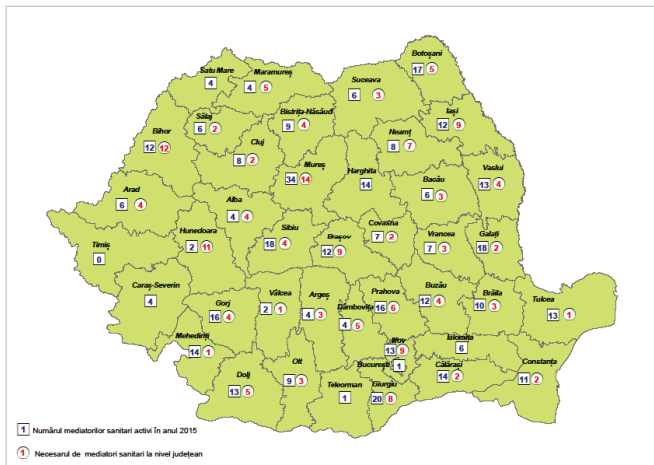
În ceea ce privește condițiile de muncă ale mediatorilor sanitari, 98% dintre mediatorii sanitari au o fișă a postului (inclusiv cei care lucrează pe proiecte). În ceea ce privește facilitățile deținute, mediatorii sanitari bene-

ficiază cu precădere de materiale pentru sesiunile informative, birou de lucru personal și decontarea transportului public. Cei mai mulți declară că au nevoie de telefon mobil de serviciu, cartele telefonice, echipament de lucru (pelerine de ploaie, cizme de cauciuc), calculator.

Facilități și dotări

● Cei mai mulți mediatorii se declară satisfăcuți și foarte satisfăcuți de munca lor (85%). Mediatorii care profesau înainte de anul 2008 se declară satisfăcuți de munca lor în mai mare măsură decât cei intrați în sistemul de mediere sanitară după 2008. Cele mai importante surse de satisfacție sunt sentimentul că pot sprijini comunitatea, rezolvarea problemelor pentru care sunt solicitați, încrederea și aprecierea primite de la membrii comunității. Întrebarea privind cele mai importante surse de satisfacție a fost deschisă și doar 197 de mediatorii au răspuns, și la această întrebare înregistrându-se un număr mare de non-răspunsuri (96, reprezentând 32,8% dintre respondenți). 253 dintre respondenți declară că nu și-ar schimba locul de muncă, cele mai invocate motive fiind în fapt și surse de satisfacție a muncii (specificul profesiei, proximitatea locului de muncă față de casă, relațiile cu alți profesioniști, dar și libertatea de a-și organiza munca singuri).





Teleorman. În județul Bihor, deși există un număr de 12 mediatori sanitari activi, se consideră de către mediatorii sanitari respondenți că sunt necesari încă 12 mediatori sanitari. În Hunedoara sunt doar 2 mediatori activi, iar aceștia consideră că este nevoie de încă 10, pentru a deservi comunitățile de romi din județ. În județul Timiș nu există mediatori sanitari. Oare chiar nu este necesar la nivelul acestui județ de mediatori sanitari? Fără a continua în acest raport analiza cartografică realizată, considerăm că este un punct de plecare extrem de util decidenților responsabili cu plasarea resurselor umane la nivelul comunităților de romi, atunci când se pledează pentru creșterea incluziunii sociale, ca finalitate a strategiei de angajare a mediatorilor sanitari/mediatorilor școlari/asistenților sociali. (Vezi harta alăturată.)

În ierhia schimbărilor care ar contribui la îmbunătățirea activității mediatorilor sanitari se situează, în opinia respondenților, existența unui sindicat/asociații al/a acestei profesii, revenirea mediatorilor sanitari în subordinea direcțiilor de sănătate publică, sprijinul din partea liderilor informali comunitari.

Deși cei mai mulți mediatori activi sunt în județul Mureș (34), cel mai mare necesar perceput de mediatori sanitari este în același județ (14). Dintre mediatorii activi la nivelul acestui județ, doar 20 au răspuns la chestionar (o rată mică a răspunsurilor comparativ cu alte județe). Nu a fost menționată nevoia de mediatori sanitari în județele Caraș-Severin, Harghita, Satu-Mare, Ialomița și

Sugestii și propuneri

- Cele mai importante rezultate ale anchetei, ce pot constitui puncte de reper în recomandările de politici publice:
 - A fost realizată o bază de date actualizată a mediatorilor activi la momentul 2015, incluzând datele lor de contact. Baza conține 410 mediatori activi, dintre care

42 lucrează în diverse proiecte ale SASTIPEN-ului, în calitate de mediatori sanitari. Dintre aceștia, 293 au răspuns la chestionare.

- Au fost identificate localitățile/comunitățile în care ar fi nevoie de mediatori sanitari.
- Ancheta a permis și identificarea a 9 mediatori activi ce nu figurau în baza de date a Ministerului Sănătății, respectiv în localitățile: Valea Moldovei (Suceava), Corcova (Mehedinți), Bărcănești (Ialomița), Întorsura Buzăului și Topliceni (Buzău), Drăgălina (Călărași), Ti-cuș și Săcele (Brașov) și Săcuieni (Bihor).

Datele obținute pot constitui repere în construcția strategiilor locale destinate incluziunii sociale a romilor, ce vizează sănătatea.

Este utilă existența unui sistem de actualizare periodică a bazei de date despre populația de referință – mediatorii sanitari.

Dificultatea raportării la o bază de date actuală privind mediatorii sanitari activi a fost o provocare pentru acest demers de cercetare aferent acestei componente.

Barierile în existența unui sistem de monitorizare eficient rezidă pe de o parte în modificările legislative din 2008, care plasează activitatea mediatorilor sanitari în responsabilitatea primăriilor, dar coordonarea activității lor este în atribuțiile DJSP. Mai mult, despre unele modificări, mediatorii uneori nu sunt informați. De exemplu, au fost identificate cazuri de monitori județeni care nu știau că au aceste atribuții. Instituția responsa-

bilă cu actualizarea bazei de date apreciem că ar trebui să fie Biroul Județean pentru Romi. Această bază de date ar trebui actualizată la finele fiecărui an. Instituții partenere în acest demers de actualizare ar trebui să fie primăriile. La acest nivel sunt cel mai ușor de sesizat noile intrări în sistem sau ieșirile pe parcursul unui an.

Centralizarea datelor de la nivel județean ar trebui să se realizeze la nivelul Ministerului Sănătății.

Merită mai atent investigată nevoia de formare a mediatorilor sanitari, distribuția sarcinilor lor, dificultățile întâmpinate în exercitarea profesiei, dar și teama de a răspunde la unele întrebări altfel decât în sens dezirabil (de exemplu, au fost întâlnite situații în care numărul de romi pe mediator sanitar era în mod real mai mare de 700, dar mediatorul a declarat 700 (fără a dori rectificarea, deoarece „așa spune legea”). Sinergiile cu celelalte componente au contribuit la identificarea unor astfel de situații.

Demersul calitativ ar permite și identificarea situațiilor în care un program național de sănătate este utilizat în scopul creșterii accesibilității spre serviciile de îngrijire medicală aferentă. De exemplu, programele naționale de tuberculoză, boli cardiovasculare, diabet sunt destinate celor care suferă de aceste afecțiuni cronice, chiar dacă nu au calitatea de asigurați în sistemul de sănătate. Completarea acestor date și corelarea lor cu studiile de caz realizate în prezentul proiect aduc argumente privind relevanța nevoii de alți mediatori sanitari în localitățile menționate de mediatorii participanți la demersul cantitativ al cercetării realizate prin proiectul SocioRoMap.



SocioRoMap

ANCHETĂ DE CERCETARE
MEDIATORI SANITARI

Autori studii:

Adina REBELEANU, TOMA Stefánia

ISPMN • Aprilie, 2017

Pregătire tipar: **IDEA PLUS**, Cluj-Napoca

Tipar: **IDEA DESIGN & PRINT**, Cluj-Napoca

Parteneri:



FUNDAȚIA
PENTRU O SOCIETATE DESCHISĂ



CCRIT
CENTRUL DE CERCETARE
A RELAȚIILOR INTERETNICE

www.norwaygrants-povertyalleviation.org

www.eeagrants.org

www.ispmn.gov.ro