

DEPARTAMENTUL PENTRU STUDII PARLAMENTARE ȘI POLITICI UE
DIRECȚIA STUDII ȘI DOCUMENTARE LEGISLATIVĂ

ORGANIZAREA SERVICIILOR MEDICALE DE URGENȚĂ

studiu documentar

iulie 2022

Lucrările elaborate în cadrul Direcției studii și documentare legislativă au caracter documentar și nu reprezintă punctul de vedere al Camerei Deputaților.

Documentele legislative oficiale au fost consultate în limba de origine, iar traducerea informațiilor relevante selectate nu reprezintă o traducere oficială, fiind furnizată ca un mijloc de înțelegere a unui document original, scris în altă limbă.

Baza de date cuprinzând totalitatea studiilor elaborate de Direcția studii și documentare legislativă poate fi accesată prin intermediul paginii de Intranet a Camerei Deputaților la adresa: <http://www.cdep.ro/infoparl/dip.studii?par1=2021>

Documentare și sinteză: Virgilia Ioan, Andra Andronic
Consilier parlamentar - Direcția studii și documentare legislativă
Palatul Parlamentului, str. Izvor nr.2-4, sect.5, București
Tel: 021.316.03.65; 021.414.13.50/ 51, Interior 1350/1349, camera 5070
E-mail: doc@cdep.ro

CUPRINS

INTRODUCERE	4
ALBANIA	5
AUSTRIA	10
BELGIA.....	12
CIPRU	16
CROAȚIA.....	18
DANEMARCA.....	19
ELVEȚIA	22
ESTONIA	24
FINLANDA.....	26
FRANȚA	31
GRECIA	38
MAREA BRITANIE	40
GERMANIA.....	43
LETONIA	52
LUXEMBURG	54
MACEDONIA DE NORD.....	60
MUNTENEGRU	62
NORVEGIA	63
POLONIA.....	66
PORTUGALIA	69
ROMÂNIA	75
SLOVACIA.....	82
SLOVENIA.....	87
SPANIA.....	92
SUEDIA.....	103
ȚĂRILE DE JOS	105
UNGARIA	110

INTRODUCERE

Potrivit Societății Europene pentru Medicină de Urgență ([EUSEM](#)), *medicina de urgență este o specialitate bazată pe cunoștințele și abilitățile necesare pentru prevenirea, diagnosticarea și gestionarea aspectelor urgente și de urgență ale bolilor și rănilor care afectează pacienții din toate grupele de vârstă cu un spectru complet de tulburări fizice și comportamentale nediferențiate. Este o specialitate în care timpul este critic. Practica medicinei de urgență cuprinde triajul pre-spitalicesc și intraspitalicesc, resuscitarea, evaluarea inițială și gestionarea cazurilor nediferențiate urgente și de urgență până la externare sau transferul în îngrijirea unui alt medic sau profesionist din domeniul sănătății. Include, de asemenea, implicarea în dezvoltarea sistemelor medicale de urgență prespitalicești și intraspitalicești.*

Mai precis, serviciile medicale de urgență în afara spitalului (O-H-EMS), cunoscute și sub denumirea de EMS pre-spital, se referă de obicei la furnizarea de îngrijiri medicale la locul evenimentului medical advers. Aceste sisteme complexe includ diferite servicii, de la posturi de asistență medicală sau puncte de urgență frecventate de personalul medical, la un *call-center* (centru de dispecerat) care este capabil să răspundă la apeluri de urgență, să ofere sfaturi medicale apelantului și, dacă este necesar, să trimită un echipaj mobil de îngrijire medicală. Acesta din urmă include un vehicul care este capabil să transporte personal medical (mașină, motocicletă, barcă etc.) și echipamente sau, alternativ, un vehicul care poate transporta în mod adecvat pacientul la o unitate de asistență medicală (denumită în mod obișnuit „ambulanță”: mașină, elicopter, avion, barca etc.). Ambulanța este mijlocul de transport cel mai frecvent utilizat, iar coordonarea și organizarea întregului transport este de obicei efectuată de unul sau mai multe centre de dispecerat (DC), care pot primi apeluri de la un trecător, un pacient, o instituție medicală sau alt serviciu de urgență (poliție sau pompieri) și oferă indicații ambulanțelor pentru a ajunge la locul situației de urgență. În general, toți actorii și toate serviciile implicate în furnizarea de îngrijiri medicale de urgență într-un cadru extra-spital sunt incluși în această definiție.

Serviciile medicale de urgență în spital (IN-H-EMS) se referă la toate acele structuri din instituții medicale și spitale care au capacitatea de a furniza îngrijiri de urgență neîntrerupte, 24 de ore pe zi și 7 zile pe săptămână. Prin definiție, instituția medicală trebuie să dispună de personal și paturi necesare pentru a admite pacienții care au nevoie de îngrijiri medicale mai mult de 24 de ore. Toate unitățile, departamentele, secțiile care oferă îngrijire continuă sunt considerate parte a unui serviciu medical intraspitalicesc.¹

Materialul documentar prezintă organizarea serviciilor de asistență medicală de urgență prespitalicească și spitalicească (servicii de ambulanță/transport medical, servicii de resuscitare și descarcerare, secțiile de urgență ale spitalelor), coordonarea în vederea

¹ Sisteme de servicii medicale de urgență în Uniunea Europeană, Raport coordonat de WHO Regional Office for Europe, https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0016/114406/E92038.pdf

furnizării celui mai bun răspuns medical, precum și finanțarea și evaluarea calității acestor servicii.

Informațiile prezentate în material au fost sintetizate în principal din răspunsurile transmise de statele membre UE și non-UE în cadrul Centrului de Cercetare și Documentare Parlamentară ([ECPRD](#)), la solicitarea transmisă de Camera Deputaților la data de 18 mai 2022, în care sunt adresate următoarele întrebări:

1. Cum sunt organizate în țara dvs. serviciile de asistență medicală de urgență, la nivel pre-spital și la nivel de spital?
2. Cum colaborează serviciile de urgență pre-spital cu cele de la nivel de spital?
3. Cum sunt finanțate aceste servicii?
4. Cum sunt evaluate serviciile de asistență medicală de urgență?
5. Care sunt competențele personalului acestor servicii?

Pe lângă informațiile obținute în rețeaua ECPRD, au fost consultate și citate și alte surse oficiale de documentare, precum: portalurile legislative naționale, paginile web ale autorităților din domeniul sănătății, rapoarte și analize ale unor organizații internaționale.

ALBANIA

Organizare

[Legea nr.147/2014 cu privire la serviciul medical de urgență](#), lege-cadru privind asistența medicală de urgență, stabilește următoarele²:

Articolul 5 - Organizarea serviciului medical de urgență

1. *Serviciul medical de urgență este parte integrantă a sistemului de îngrijire a sănătății, oferit 24 de ore din 24, la toate nivelurile de acordare a asistenței medicale.*
2. *Serviciul medical de urgență este organizat și asigurat la următoarele niveluri:*
 - a. *primar;*
 - b. *spital;*
 - c. *spital universitar;*
 - d. *spital universitar de traumatologie.*
3. *La toate nivelurile serviciului medical de urgență se asigură standarde aprobate prin ordin al ministrului sănătății. Acestea definesc infrastructura fizică, medicamentele și*

² The Emergency Medical System in Albania, 2019,
<https://journal.astes.org.al/index.php/AJTES/article/view/26/33> ;
https://unece.org/fileadmin/DAM/trans/main/wp1/events/2017_July_UNDA/S5_1_Berxhiku.pdf

echipamentele medicale, precum și resursele umane necesare pentru furnizarea acestui serviciu.

4. Serviciul medical de urgență din structurile sanitare private vor aplica standardele de sănătate definite în prezenta lege și în statut în implementarea acestora. Înființarea serviciului de urgență în structuri private se face conform legislației albaneze în vigoare privind autorizarea.

5. Toate serviciile medicale de urgență din structurile private raportează periodic la Centrul Național de Urgență Medicală, în baza cerințelor Registrului Național de Urgență Medicală.

6. Serviciile medicale de urgență din structurile private, în cazurile de urgență civilă, cooperează cu ministerul sănătății pentru implementarea Planului Național de Urgență Sanitară și acționează în baza planurilor de urgență sanitară proprii, aprobate de ministerul sănătății. (...)

Articolul 14 - Serviciul de urgență al spitalului

1. Serviciul de urgență spitalicesc este format din rețeaua de servicii de urgență din spitalele regionale și universitare, precum și din rețeaua de servicii de urgență 24 de ore din 24 din spitalele municipale.

2. Spitalul regional și spitalul universitar organizează serviciul spitalicesc de urgență, conform determinărilor făcute prin ordin al ministrului sănătății.

3. Serviciul de urgență spitalicesc asigură o examinare medicală amănunțită a tuturor persoanelor care apar în situație de urgență, conform protocoalelor relevante, stabilizarea deplină a acestora în posibilitățile și capacitățile instituției, precum și transferul la spitalul de resort sau în serviciul de urgență al spitalului universitar.

4. Serviciul de urgență spitalicesc implementează protocolul-tip de urgență medicală, aprobat de ministrul sănătății. Acest protocol definește nevoile de servicii de urgență spitalicească în funcție de:

- a. populația pe care o acoperă;*
- b. factori demografici;*
- c. numărul de pacienți asistați pe zi;*
- d. distanța dintre servicii.*

5. Serviciul de urgență spitalicesc dintr-o instituție spitalicească trebuie să se ocupe de toate cazurile medicale și chirurgicale trimise de unitatea de coordonare a urgențelor sau auto-referite. Cazurile de autosesizare, după acordarea asistenței medicale, se raportează la unitatea de coordonare a urgențelor.

6. Serviciul de urgență al spitalului trebuie să aibă cel mai bun acces posibil la serviciul de radiologie și sălile de operație. Standardele infrastructurii de construcție,

echipamentele medicale și lista medicamentelor necesare se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății. (...)

Articolul 16 - Spitalul universitar de traumatologie

- 1. Spitalul Universitar de Traumatologie este instituția din subordinea ministerului sănătății care asigură servicii medicale de urgență la cel mai înalt nivel.*
- 2. Spitalul Universitar de Traumatologie asigură servicii chirurgicale și nechirurgicale definite prin hotărâre a Consiliului de Miniștri.*
- 3. Spitalul Universitar de Traumatologie are la dispoziție cel puțin o sală de operație complet echipată cu personal disponibil 24 de ore din 24.*
- 4. Ministrul sănătății aprobă protocoalele de coordonare pentru admiterea și transferul pacienților.*
- 5. Spitalul Universitar de Traumatologie are heliport.*
- 6. Spitalul Universitar de Traumatologie trebuie să elaboreze, să testeze și să revizuiască periodic planul de pregătire și răspuns la dezastre și managementul accidentelor în masă, în conformitate cu platforma ministerului sănătății de pregătire și răspuns la situații de urgență.*

Colaborarea serviciilor de urgență de la nivel pre-spital și spital

Articolul 12 - Serviciul medical de urgență în asistența primară

- 1. Serviciul medical de urgență în asistența primară este organizat în centre de sănătate.*
- 2. Ministrul sănătății aprobă harta de distribuție, standardele infrastructurii de construcție, echipamentele medicale și resursele umane ale serviciului de urgență în asistența primară.*
- 3. Autoritățile administrației publice locale, în cooperare cu structurile locale de sănătate, sunt responsabile de desfășurarea activității serviciului de urgență în asistența primară pentru zona pe care o acoperă.*
- 4. Activitatea de bază a serviciului medical de urgență în asistența primară este legată de:*
 - a) răspuns prompt la apeluri;*
 - b) acordarea primului ajutor;*
 - c) tratamentul pacienților la fața locului.*

Finanțarea

Articolul 24 - Finanțare de la bugetul de stat

- 1. Serviciul medical de urgență se finanțează de la bugetul de stat și din alte surse în conformitate cu legislația în vigoare.*
- 2. Bugetul serviciului medical de urgență reprezintă un program special din bugetul aprobat pentru ministerul sănătății.*

Evaluarea serviciilor de asistență medicală de urgență

Articolul 23 - Furnizorii de prim-ajutor

- 1. Furnizorul de prim ajutor este o persoană fizică, voluntară sau nu, care este atestată de Centrul Național de Urgență Medicală în acest scop.*
- 2. Modul de acordare a primului ajutor furnizorilor de prim-ajutor se aprobă prin ordin al ministrului sănătății.*

Articolul 15 - Timpul de evaluare a pacientului

La sosirea la serviciul de urgență al spitalului, pacientului i se acordă un grad de prioritate în termen de 15 minute, care reprezintă timpul maxim de așteptare care urmează să fie apreciat de medicul curant, pe baza unor protocoale prestabilite, aprobate de ministrul sănătății.

- 2. În intervalul tranziției de la serviciul de urgență spitalicesc, de la înregistrarea la evaluarea și tratamentul pacientului, spitalul garantează siguranța angajaților săi în timpul desfășurării activității lor.*

Competențele personalului din serviciile de acordare a asistenței medicale de urgență

Articolul 17 - Profesioniști și angajați ai serviciului medical de urgență

Profesioniștii și personalul serviciilor de urgență sunt medici, asistente, psihologi și paramedici, care sunt instruiți în toate situațiile de urgență care pun viața în pericol și folosesc echipamentele disponibile, conform standardelor aprobate de ministrul sănătății.

Articolul 18 - Personalul sanitar din serviciul de urgență al spitalului

- 1. Serviciul de urgență al spitalului trebuie să aibă angajați cu normă întreagă.*
- 2. Prezența a doi medici, șase asistente și trei persoane din personalul de sprijin al ambulanței trebuie asigurată 24 de ore, 7 zile pe săptămână.*

Articolul 19 – Medicul în serviciul medical de urgență

1. Medicul serviciului medical de urgență este „Medic Specialist în Urgențe”, iar în lipsa acestuia va fi prezent un medic generalist, care a absolvit un program de specializare sau pregătire în camera de urgență medicală sau chirurgicală, medicină internă, cardiologie, anestezie-resuscitare, pneumologie.

2. Medicul din serviciul medical de urgență are următoarele obligații:

- a. să primească, să evalueze și să trateze orice pacient care se prezintă pentru îngrijiri medicale în serviciul de urgență, în funcție de gradul de prioritate și de importanța problemei pe care o prezintă;
- b. să respecte protocoalele de evaluare și tratament pentru pacienții de urgență;
- c. să respecte cu rigurozitate regulamentul instituției respective, aprobat de ministrul sănătății.

Articolul 20 – Asistentul din serviciul medical de urgență

1. Asistentul medical din serviciul medical de urgență este persoana calificată ca asistent medical și care a absolvit un program de calificare în urgență medicală.

2. Principalele atribuții ale asistentului medical din serviciul de urgență sunt:

- a. să îngrijească pacienții care se prezintă în secția de urgență, în funcție de sector (primar, primire triaj, evaluare-tratament, observație), la toate nivelurile managementului acestora și să lucreze în echipă;
- b. să respecte cu strictețe protocoalele serviciului de urgență aprobate de ministrul sănătății;
- c. să îndeplinească toate dispozițiile trasate de către șeful serviciului, asistentul-șef și personalul medical;
- d. să participe la activități de ridicare a nivelului tehnico-profesional, în vederea creșterii calității îngrijirii pacientului.

Articolul 21 - Personalul de sprijin din serviciul medical de urgență

1. Din personalul de sprijin fac parte infirmierul calificat și șoferul serviciului medical de urgență.

2. Personalul de sprijin are următoarele atribuții:

- a. asigură întreținerea generală a vehiculelor și a echipamentelor acestora;
- b. respectă protocoalele de urgență medicală;
- c. respectă cu rigurozitate regulamentul instituției respective aprobat de ministrul sănătății.

AUSTRIA

În general, există o diferențiere între serviciile de salvare, serviciile medicale de urgență și serviciile de ambulanță. Serviciile austriece de îngrijire de urgență sunt organizate destul de eterogen în toată țara, deoarece organizarea acestora intră în competența celor nouă landuri și a municipalităților. Asistența medicală de urgență este reglementată de legislația de la nivel de land.

Cea mai importantă organizație este [Crucea Roșie Austriacă](#). Cu o importanță diferită la nivel local, există și alte organizații, cum ar fi *Samariter Bund*, *Malteser Bund*, *Green Cross* etc. Organizația este gestionată și condusă de centre de control, în unele landuri deja accesibile digital. Misiuni speciale, cum ar fi salvarea aeriană, sunt asigurate în principal de furnizori privați, care încheie contracte cu organisme publice. Alte servicii de urgență cu sarcini speciale, cum ar fi salvarea montană sau acvatică, sunt organizații independente.

Conform [Legii nr.1/1957](#) privind spitalele și sanatoriile, o îngrijire de urgență imediată de către un specialist în anestezie și terapie intensivă, chirurgie, medicină internă sau chirurgie traumatică trebuie să fie asigurată în orice spital, în orice moment, inclusiv noaptea, în weekenduri și de sărbători. În general, spitalele sunt finanțate de Ministerul Sănătății, landuri și casele de asigurări sociale.

Viena este unul dintre cele nouă landuri ale Austriei (are și statut de municipiu). Potrivit Legii vieneze privind salvarea și transportul pacienților ([WRKG](#)), municipalitatea orașului este obligată să asigure serviciul de salvare pe raza orașului. Pentru a îndeplini această sarcină, poate utiliza serviciul public de salvare, dar și alte servicii de salvare autorizate. În Viena există ambele variante: propriul serviciu de salvare (Departamentul municipal pentru salvare profesională) și alte opt servicii de salvare autorizate, precum Crucea Roșie.

În funcție de land, unele servicii medicale de urgență prespitalicești și spitalicești sau serviciile de transport sunt organizate separat, altele asigură ambele servicii. Transportul interspital este organizat de centrele de control sau chiar de spitale, în mediul rural.

În landul Viena, pe baza cooperării dintre serviciile de urgență și principalele spitale din capitală, toți medicii din serviciile prespitalicești sunt asigurați de spitale. În plus, personalul echipajelor de urgență este obligat să urmeze o formare în spital, în conformitate cu modulele specifice de formare.

În funcție de land, finanțarea de bază este asigurată de guvernul de land și municipalități. Costurile pentru serviciile de urgență deținute de municipalitate sunt finanțate fie de către municipalitate, fie din contribuțiile cetățenilor în sumă fixă, prin contract. Instituțiile de asigurări sociale suportă doar costurile pentru transporturile atestate de un medic ca fiind necesare din punct de vedere medical. Transportul cu ambulanța la medic sau la spital

este definit legal ca un serviciu inclus tratamentului medical. Prin urmare, dacă este necesar un tratament medical (de exemplu, în caz de urgență), costurile transportului sunt suportate integral de instituțiile de asigurări sociale. Costurile pentru serviciile medicale de urgență sunt finanțate de landuri.

În Viena, managementul serviciului profesional de salvare este finanțat din bugetul orașului. Cheltuielile sunt parțial acoperite prin rambursarea taxelor de la casele de asigurări de sănătate. În cazul în care casele de asigurări de sănătate refuză să plătească taxa pe motiv de lipsă de necesitate medicală, autoritatea locală va percepe taxa persoanei transportate; sumele sunt stabilite de consiliul municipal, prin ordonanță. Organizațiile private de salvare sunt finanțate, în special, prin intermediul fondurilor de asigurări de sănătate.

Evaluarea calității se face la nivel de land. În Viena, autoritatea de supraveghere este reprezentată de Administrația orașului Viena. Potrivit legii vieneze, serviciile de salvare și de ambulanță trebuie să fie verificate periodic de către persoane sau instituții adecvate, pentru a stabili dacă sunt respectate prevederile legii.

Pregătirea pentru profesia de paramedic pentru îngrijirea prespitalicească este definită în [Legea privind statutul profesiei de paramedic](#). Există aici o diferență între activitatea profesională și activitatea de voluntariat în cadrul organizațiilor de salvare.

Domeniul de activitate al paramedicului include:

- acordarea de îngrijiri medicale, în mod independent și responsabil, bolnavilor, răniților și a altor persoane care au nevoie de îngrijiri medicale, înainte și în timpul transportului, inclusiv montarea/întreruperea perfuziilor conform prescripției medicului și prelevarea de sânge pentru stabilirea unui diagnostic de urgență;
- preluarea și predarea pacientului echipajului care asigură transportul;
- asistență în situații acute care apar, inclusiv administrarea de oxigen (...).

În Austria, atât medicii, cât și paramedicii fac parte din serviciile de îngrijire medicală de urgență. Toți medicii autorizați care au absolvit specializarea în medicină de urgență (cel puțin 60 de ore și cel puțin un curs de perfecționare la fiecare doi ani) pot oferi îngrijiri de urgență în cadrul unui serviciu organizat de asistență medicală de urgență.

Cadrul legal al activităților și formării profesionale a medicilor de urgență îl reprezintă secțiunile 40, 40a și 40b din [Legea federală privind exercitarea profesiei de medic](#), precum și [Ordonanța privind medicii de urgență](#), emisă de Asociația Federală a Medicilor. Cerințele de formare în medicina de urgență presupun, pe lângă formarea standard, cel puțin 33 de luni de practică medicală în domenii precum resuscitare, anestezie, chirurgie traumatologică și medicină internă.

BELGIA

Un [Raport](#) recent, din 2021, al administrației federale belgiene (*Santé Publique-SPF*) abordează organizarea serviciilor medicale de urgență în Belgia; un alt [Raport](#), din 2016, elaborat de Centrul federal de expertiză în domeniul sănătății (KCE), prezintă organizarea și finanțarea serviciilor medicale de urgență, luând în considerare și aspectele care vor trebui reformate.

Temeiul legal privind organizarea și funcționarea serviciilor medicale de urgență este [Legea privind acordarea asistenței medicale de urgență](#), din 1964. Potrivit decretelor de aplicare a acestei legi, asistența medicală de urgență se acordă persoanelor care se află la domiciliu, pe drumul public sau într-un loc public și a căror stare necesită îngrijire medicală imediată din cauza unui accident sau a unei boli.

Organizarea și conducerea centrelor de urgență intră în competența Ministerului de Interne, respectiv *Service Public Fédéral – Intérieur* ([SPF-I](#)). Centrul de urgență al Regiunii Bruxelles-Capitală este o excepție în acest sens și este administrat de Serviciul de Pompieri și Asistență Medicală de Urgență al Regiunii Bruxelles-Capitală. Serviciul Public Federal de Sănătate Publică, Siguranța Lanțului Alimentar și Mediu ([SPF-SPSCAE](#)) își asumă responsabilitatea din momentul în care un operator trimite o ambulanță către solicitant. Prin urmare, SPF-SPSCAE este autoritatea responsabilă cu organizarea, întreținerea și finanțarea diferitelor mijloace care sunt mobilizate pentru acordarea de asistență medicală de urgență.³

La nivel pre-spital

Prin numărul de urgență 112, o persoană care solicită îngrijiri medicale de urgență este redirecționată către unul dintre cele 10 centre de urgență existente. [Centrele de urgență 112](#) sunt conduse de 482 de operatori. Un operator de la centrul de urgență va răspunde la apel și va analiza solicitarea de ajutor. Folosind [Manualul de reglementare medicală](#), care constă în protocoale stabilite, centrul de urgență clasifică cererea de ajutor într-un nivel de gravitate. Este apoi trimisă cea mai potrivită resursă: o ambulanță, o echipă de intervenție paramedicală (PIT) sau un grup mobil de urgență (MUG/SMUR). Funcționarea centrelor de apeluri de urgență 112 este finanțată de stat, potrivit [Decretului Regal privind centrele 112 și agenții 112](#).

Operatorii sunt asistați de un director medical, un director medical adjunct și asistenți medicali coordonatori. Directorul medical este responsabil cu supravegherea calității medicale a îngrijirilor de urgență, trebuie să dețină o diplomă în medicina de urgență și ține legătura cu comitetul provincial pentru servicii medicale de urgență. Directorul medical adjunct deține titlul profesional special de asistent medical de urgență. Sub

³ <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/aide-medicale-et-psychosociale-urgente/organisation>

coordonarea directorului medical, acesta îndeplinește atribuții la centrul de urgență ca autoritate medicală și acționează ca o legătură între diferiții parteneri ai centrului 112. Asistenții coordonatori sprijină și instruiesc operatorii, oferindu-le, printre altele, o pregătire medicală adecvată. Asistentul deține un titlu profesional special de asistent medical de urgență. În plus, trebuie să aibă o pregătire specifică în managementul crizelor și planificarea de urgență.

În Belgia, un număr de 106 organizații (departamente de pompieri, organizații autorizate, spitale, asociații de cruce roșie, centre sociale, aeroporturi etc.) au încheiat un acord privind - [Serviciile de ambulanță pentru asistență medicală de urgență](#). Prin acest acord, serviciile se angajează să fie disponibile la orele convenite. Doar serviciile care au încheiat un astfel de acord pot fi solicitate de un centru de urgență. În baza acordului, unul sau mai multe schimburi de gardă sunt conduse de doi paramedici, care pot ajunge la un pacient la cererea centrului de urgență. În Belgia, la 1 ianuarie 2021, existau 417 angajați de gardă atât pentru ambulanțe (393), cât și în echipele de intervenție paramedicală (24).

[Echipa de Intervenție Paramedicală \(PIT\)](#) intervine în cazuri mai grave, între ambulanță și SMUR. Echipa este formată din cel puțin un paramedic și un asistent medical calificat în terapie intensivă și asistență medicală de urgență. Un PIT poate fi expediat pentru intervenții în care îngrijirea poate fi încredințată unei asistente medicale. În plus, poate fi trimis în unele cazuri când nu este disponibil niciun MUG/SMUR. Funcția PIT este în prezent un proiect-pilot, a cărui valoare adăugată este în curs de evaluare. În prezent, în cadrul proiectului-pilot nu sunt demarate servicii noi, dar mai multe spitale au luat inițiativa de a moderniza serviciul de ambulanță existent la o funcție PIT. Pe lângă echipamentul de bază, ambulanța PIT trebuie să conțină toate echipamentele necesare respectării Manualului federal de Ordine Permanente, acesta din urmă fiind adaptat în funcție de specificul fiecărui amplasament. Acest echipament permite îngrijiri adaptate și specifice. În plus, pe lângă stația radio care permite comunicarea cu centrul de urgență, dacă este necesar prin sistemul de telecomunicații [ASTRID](#), echipa PIT are și un telefon mobil care le permite să solicite un medic, după caz. Unele ambulanțe au și dispozitive medicale dotate cu sistem de telemedicină, care permit transmiterea examinărilor, prin internet, către spitalul de bază sau către medicul de referință, făcând posibilă asistența la tratament.

[Grupul Mobil de Urgență \(MUG/SMUR\)](#) ([Decretul Regal din 10 august 1998](#)) reprezintă o echipă medicală mobilă care oferă suport avansat de salvare a vieții în timpul unei intervenții, în contextul unei situații de urgență. Echipa este formată din cel puțin un medic de urgență și un asistent medical calificat în terapie intensivă și asistență medicală de urgență. Stația MUG/SMUR este situată în apropierea unui spital. Echipa MUG/SMUR este întotdeauna însoțită de o ambulanță la locul de intervenție și poate fi expediată la

solicitarea operatorului de la centrele de urgență 112 sau la solicitarea echipajelor de ambulanță la fața locului, dacă acestea consideră că este necesară prezența unui medic.

La 1 ianuarie 2021, în Belgia funcționau 84 de stații MUG/SMUR, dintre care 44 în Regiunea Flamandă, 33 în Regiunea Valonă și 8 în Regiunea Bruxelles-Capitală. Două dintre aceste 84 de stații MUG/SMUR sunt dotate cu elicoptere medicale (Liège și Bruges), care sunt în prezent evaluate ca proiect-pilot. Raportul la 100.000 de rezidenți este în Regiunea Valonă -0,91, Regiunea Flamandă - 0,66 și Bruxelles-Capitală - 0,65. Prezența mai mare în Regiunea Valonă poate fi explicată prin existența zonelor mai puțin populate, care necesită o prezență mai mare a stațiilor MUG/SMUR pentru a asigura îngrijirea de urgență. Scopul este realizarea unui acces egal la asistență de urgență în diferitele regiuni ale țării. Astfel, numărul de MUG/SMUR este determinat de criteriile de programare bazate pe densitatea populației și populația fiecărei provincii, printre altele.

La nivel de spital

Ambulanța transportă pacientul către cel mai apropiat spital care are un serviciu de urgență specializat, indicat de centrul de urgență 112. "Cel mai apropiat spital" se calculează în funcție de timpul de intervenție și nu în funcție de numărul de kilometri.

În Belgia, în cadrul spitalelor, există două tipuri de servicii de urgență:

- Un serviciu de urgență specializat: în acest caz trebuie să existe, permanent, un medic de urgență și cel puțin două asistente, dintre care cel puțin una trebuie să fie calificată în terapie intensivă și asistență medicală de urgență. Acest serviciu trebuie să poată stabiliza și restabili funcțiile vitale ale pacientului.
- Secția de prim-ajutor de urgență: fiecare spital clinic care nu dispune de o secție specializată în urgență trebuie să aibă o secție de prim-ajutor de urgență. În cadrul acesteia, funcționează o asistentă și un medic de gardă pentru întregul spital.

Finanțare

În 2018, a fost reformat modul în care sunt alocate granturile pentru serviciile de ambulanță. Înainte de 2018, serviciile de ambulanță primeau o taxă fixă pentru fiecare tură de serviciu pe care o operau. După reviziunea cadrului de funcționare, indemnizația pentru un serviciu de ambulanță constă din 2 (sau 3) părți:

- Prima de activare: indemnizație pentru transporturile efectuate. Aceasta este calculată pe baza numărului de transporturi efectuate și a numărului total de kilometri parcurși în ultimul an.
- Bonus de gardă: indemnizație pentru operarea rotației de gardă. Serviciile de ambulanță sunt remunerate pe bază de sistem de puncte, în funcție de numărul de ture de serviciu pe care le desfășoară, de programul acestora (zi, noapte, duminică și de sărbătorile legale) etc.

- Posibilă primă de compensare: a fost prevăzută o primă de compensare pentru perioada 2019-2020-2021. Pentru orice serviciu de ambulanță care a primit o subvenție medie pe călătorie mai mică în anii 2019-2020-2021 comparativ cu 2017, acea diferență a fost ajustată la nivelul din 2017. În 2021, acest tip de primă de compensare a fost plătită pentru ultima dată.

Funcționarea Grupului de Urgență Medicală (MUG/SMUR) este finanțată, pe de o parte, prin Bugetul de Resurse Financiare ([FRB](#)) pentru finanțarea spitalelor. Funcționarea MUG/SMUR este finanțată în acest caz în mod forfetar, fiind acordată o sumă unică pentru fiecare acreditare. Acest lucru înseamnă că nu se ține cont de costurile reale și că nicio contribuție pentru MUG/SMUR nu poate fi imputată pacientului. Pe de altă parte, funcționarea MUG/SMUR este finanțată prin perceperea unor coduri de taxe specifice de la pacient și de la casa de asigurări de sănătate.

Finanțarea secțiilor de urgență ale spitalelor urmează aceleași reguli ca și finanțarea pentru spitale în general. Acest mod de calculare a finanțării a fost criticat în [Raportul din 2016](#) privind organizarea și finanțarea serviciilor de urgență, elaborat de Centrul federal de expertiză în domeniul sănătății (KCE): disparitate în volumul de muncă, suprafinanțarea anumitor servicii, distribuție geografică care ar putea fi îmbunătățită etc.

Evaluare

În cadrul furnizării de servicii medicale de urgență se iau inițiative pentru a garanta în orice moment calitatea intervențiilor de urgență. În ceea ce privește evaluarea, există două organisme consultative în cadrul asistenței de urgență:

- Comisia Provincială de Asistență Medicală de Urgență ([PCDGH/COAMU](#)) promovează colaborarea între servicii și persoanele care lucrează în asistența medicală de urgență. De asemenea, are printre atribuții instruirea paramedicilor. Comisiile provinciale sunt compuse din mai mulți reprezentanți ai sectorului și sunt conduse de inspectorul federal de sănătate.
- Consiliul Național pentru Asistență Medicală de Urgență ([NRDGH/CNSMU](#)) este un organism care oferă consiliere Ministerului Federal al Sănătății Publice cu privire la organizarea și funcționarea asistenței de urgență. Recomandările acestui organism se referă la funcționarea serviciilor și la formarea profesională a persoanelor implicate în asistența medicală de urgență. Consiliul trebuie să evalueze calitatea practicii pe baza unor criterii solide din punct de vedere științific. Mai mult, NDRGH/CNSMU are un rol important în conturarea standardelor de acreditare pentru serviciile de ambulanță și a criteriilor aplicabile proiectării acestor servicii.

În ceea ce privește monitorizarea activității și a calității:

[Inspectorul federal de sănătate](#) acționează ca reprezentant local al Serviciului Public Federal de Sănătate Publică pentru asistență medicală de urgență. Acesta se află în contact direct cu guvernatorul provinciei, primarul, profesioniștii din domeniul sănătății și cetățenii. Inspectorul federal este asistat de un expert manager în situații de accidente și crize (ICM), un manager psihosocial (PSM) și o echipă de intervenție 112. Această echipă este formată dintr-un director medical, un director medical adjunct și asistent coordonator.

[AMBUREG \(Decretul Regal din 14.12.2018\)](#) este un serviciu de înregistrare obligatorie a datelor referitoare la intervențiile tuturor ambulanțelor recunoscute din Belgia. Această evidență cuprinde diverse date referitoare la fiecare intervenție pentru care a fost trimisă o echipă de ambulanță dintr-un serviciu de ambulanță autorizat. Scopul AMBUREG este de a îmbunătăți funcționarea asistenței medicale de urgență și de a contribui la managementul sistemului de sănătate.

În literatura științifică referitoare la medicina de urgență sunt stabiliți numeroși indicatori pentru măsurarea calității asistenței de urgență. NRDGH/CNSMU a stabilit un Acord de Servicii ([SLA](#)) între guvernul federal și serviciile de ambulanță, prin care indicatorii de performanță și cerințele de calitate sunt stabilite de comun acord. Întrucât în anumite condiții este necesar un răspuns rapid, s-a convenit în SLA că un interval de timp de 15 minute între un apel la 112 și sosirea unei echipe de ambulanță la fața locului ar trebui să fie garantat, în medie, în 90% dintre cazuri. Introducerea sistemului AMBUREG permite monitorizarea activității ambulanței și a timpilor de răspuns, ceea ce face posibil să se verifice dacă SLA este respectat în Belgia.

În eventualitatea unei urgențe colective sau pentru desfășurarea evenimentelor cu risc ridicat, FPS a încheiat un parteneriat strategic cu un operator federal a cărui calitate este recunoscută: [Crucea Roșie Belgiană](#); acesta oferă suport logistic, o serie de servicii de ambulanță și echipe de intervenție psihosocială. Crucea Roșie pune în funcțiune și ambulanțe de sprijin atunci când serviciile 100/112 sunt supraîncărcate.

CIPRU

Serviciile de îngrijire de urgență la nivel pre-spitalicesc sunt furnizate de personalul Serviciului de Ambulanță din Cipru, care este pregătit corespunzător pentru această sarcină. Serviciul de Ambulanță organizează periodic programe de instruire în asistența medicală prespitalicească de urgență pentru personalul medical și nemedical, în baza standardelor internaționale. În prezent, peste insula funcționează 24 de stații de ambulanță, având ca scop cel mai rapid răspuns la orice urgență.

Serviciile de asistență medicală de urgență la nivelul spitalului sunt asigurate de Secțiile de Accidente și Urgență, care funcționează în incinta spitalelor de stat din marile orașe, precum și în zonele montane. În ultimele luni, Secțiile de Accidente și Urgențe ale spitalelor private care au aderat la Sistemul General de Sănătate oferă și servicii de urgență.

Atunci când un pacient aflat în urgență trebuie transferat la un spital de către o ambulanță, acesta va fi predat de către echipajul ambulanței unui medic sau unei asistente din cadrul Secției de Accidente și Urgențe. De asemenea, echipajul ambulanței completează și predă un document-tip, în care se descrie starea de sănătate a pacientului și serviciile oferite până la acel moment.

Asistenta de triaj face un triaj rapid (în maximum 60 de secunde) folosind algoritmul de triaj ESI. Dacă pacientul este considerat caz de categoriile 1 sau 2 (extrem de urgent/foarte urgent), va fi direcționat pentru a primi îngrijiri medicale de urgență. Dacă este considerat caz de categoriile 3, 4 sau 5 (nu este urgent), va trebui să aștepte în zona de așteptare dacă sălile de examinare nu sunt disponibile la momentul respectiv.

Serviciile de urgență, atât la nivel pre-spitalicesc, cât și la nivel spitalicesc, sunt finanțate din bugetul anual al [Organizației de Stat pentru Servicii de Sănătate](#), care este autoritatea care asigură monitorizarea funcționării spitalelor de stat, inclusiv evaluarea serviciilor de îngrijire de urgență.

Funcționarea spitalelor private este asigurată de Comisarul Spitalelor Private, care este sprijinit în sarcina sa de un Comitet Consultativ al Spitalelor Private format din 8 membri. Cei 8 membri ai Comitetului sunt numiți de Ministrul Sănătății după cum urmează:

- un ofițer medical al Departamentului de Servicii Medicale și Sănătate Publică în calitate de Președinte al Comitetului,
- un arhitect sau inginer civil al Departamentului de Lucrări Publice,
- un inginer electrician al Serviciului Electromecanic,
- un inspector de sănătate al Departamentului de Servicii Medicale și Servicii de Sănătate Publică,
- un reprezentant al asociației medicilor,
- un reprezentant al asociației asistenților medicali,
- un reprezentant al asociației spitalelor private și
- un reprezentant al Direcției Inspecția Muncii din cadrul Ministerului Muncii și Securității Sociale.

La nivel prespitalicesc, conform capitolului A al manualului serviciului de ambulanță, asistentul medical de echipaj de ambulanță este persoana care după studii universitare a urmat un program postuniversitar în asistența medicală prespitalicească de urgență/traumatologie și deține un certificat de pregătire eliberat de o organizație educațională autorizată. Salvatorul din echipajul de ambulanță este persoana care a

absolvit un program de cel puțin 1300 de ore de educație teoretică și practică, organizate de o instituție autorizată.

La nivelul spitalului, medicii de orice specialitate pot activa în Secțiile de Accidente și Urgență ale spitalelor, dacă dețin certificatele ALS (Advanced Life Support) și Advanced Trauma Life Support (ATLS). Deținerea certificatelor menționate este o cerință a Organizației de Stat a Serviciilor de Sănătate.

Personalul din cadrul Secțiilor de Accidente și Urgențe este permanent instruit în folosirea echipamentelor și metodelor noi folosite în asistența medicală de urgență..

CROAȚIA

[Legea privind sănătatea](#) prevede în art.5 că serviciul de sănătate publică trebuie să fie organizat astfel încât asistența medicală de urgență să fie întotdeauna acordată și disponibilă populației Republicii Croația.

Serviciul Medical de Urgență este organizat ca un sistem colaborativ și unic de [Institutul Croat de Medicină de Urgență](#), iar înființarea unui astfel de sistem de medicină de urgență asigură eficiență și calitate în acordarea îngrijirilor medicale de urgență pentru toate persoanele de pe teritoriul Republicii Croația.

Organizarea internărilor spitalicești de urgență unificate (OHBP) asigură îngrijirea pacienților de urgență la niveluri superioare de asistență medicală; funcționează ca o unitate de urgență care combină toate specialitățile medicale, cu excepția pediatriei de urgență, psihiatriei de urgență și ginecologiei de urgență, dar include chirurgie pediatrică (traumatologie), ORL și oftalmologie.⁴

Stabilirea internărilor de urgență în spitale a creat un punct unic de intrare pentru toți pacienții aflați în urgență, care este disponibil pentru furnizarea de asistență medicală de urgență spitalicească 24 de ore pe zi, sub formă de examinare, diagnostic și tratament. OHBP constă dintr-un spațiu pentru primirea pacienților și un spațiu pentru examinări, diagnosticare și tratament.

Institutul Croat de Medicină de Urgență (HZHM) este o instituție de sănătate publică sub autoritatea căruia se desfășoară activitățile de medicină de urgență și telemedicină pe teritoriul Republicii Croația.

⁴ <https://www.bolnicasb.hr/odjel/centar-za-hitnu-medicinu/#1527379036933-4058c3fa-751480b0-3ccfd327-0bd79c29-b036d508-67c0>

Specializarea în medicina de urgență are o durată de cinci ani, iar programul este pe deplin armonizat cu programul european de specializare în medicină de urgență.

Specializarea se poate efectua în instituțiile sanitare autorizate în conformitate cu [Ordonanța privind pregătirea în specializarea medicină de urgență](#). Institutul Croat de Medicină de Urgență a adoptat [Programe de formare în medicina de urgență](#) (*Narodne novine* nr. 80/16) pentru medici, asistenți, tehnicieni, dispeceri și șoferi de ambulanță.

DANEMARCA

Din 2007, Danemarca a fost împărțită în cinci regiuni, fiecare responsabilă pentru serviciile de sănătate, inclusiv serviciile prespitalicești. Fiecare regiune își poate contracta propriii furnizori de servicii de ambulanță. Serviciile medicale de urgență daneze, în general, includ ambulanțe, vehicule de răspuns rapid, unități mobile de îngrijire de urgență și servicii medicale de urgență cu elicopter. Toate apelurile către numărul național de urgență 112 sunt preluate de poliție sau de pompierii din Copenhaga și, din 2011, sunt transmise unui Centru de coordonare medicală de urgență atunci când apelul se referă la probleme medicale. La Centrul de Coordonare Medicală de Urgență, personalul medical evaluează situația ghidat de [Indexul Danez pentru Asistență de Urgență](#) și determină nivelul de urgență al situației, în timp ce personalul tehnic trimite vehiculele medicale de urgență corespunzătoare. În Danemarca, toate serviciile de sănătate, inclusiv serviciile medicale de urgență, sunt finanțate din fonduri publice și gratuite. Pe lângă apelurile de urgență, alte servicii medicale sunt disponibile non-stop pentru probleme de sănătate mai puțin urgente. Personalul prespitalicesc a folosit din 2015 o fișă medicală electronică prespitalicească la nivel național. Utilizarea acestei fișe medicale prespitalicești, combinată cu registrele extinse din Danemarca, care pot fi conectate prin numărul unic de înregistrare civilă, oferă posibilități noi și unice de a face cercetări prespitalicești de înaltă calitate, cu urmărire completă a pacientului.⁵

Serviciile de asistență medicală de urgență joacă un rol crucial în modernizarea structurii spitalicești daneze – astfel, 40 de secții de urgență au fost comasate în 21 de mari unități, cu asistență permanentă de înaltă calitate.

Asistența de urgență este asigurată de paramedici, însoțitori de ambulanță, asistente și medici la fața locului, în ambulanțe sau în elicoptere special echipate. Tratatamentul continuă la una dintre cele 21 de secții de urgență înființate în spitale, în care sunt prezenți permanent specialiști, pentru a se asigura că toți pacienții primesc tratament adecvat în

⁵ Sistemul danez de asistență medicală de urgență,
<https://sitrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-019-0676-5>

caz de rănire sau îmbolnăvire bruscă. În plus, au fost înființate o serie de clinici de urgență mai mici pentru pacienții care nu au nevoie de tratament în spital.

Serviciile prespitalicești daneze cuprind o serie de funcții de urgență interdisciplinare, denumite colectiv EMS. Aceste funcții includ:

- centre de dispecerat medical de urgență (112);
- centre de dispecerat și control pentru ambulanțe și Servicii medicale de urgență heliport ([HEMS](#));
- unități mobile de îngrijiri critice (MCCU);
- centre de apeluri medicale pentru trimitere și admitere în secțiile de urgență, internare în spitale și servicii de consiliere medicală pentru toți cetățenii;
- servicii de îngrijire primară în afara orelor de program, inclusiv vizite la domiciliu efectuate de medici;
- unități de îngrijire psihiatrică prespitalicească.

Serviciile medicale de urgență ([EMS](#)) din Danemarca s-au schimbat substanțial în ultimele două decenii. În mod tradițional, EMS s-a concentrat pe transportul sigur și confortabil la cel mai apropiat spital. În prezent, EMS oferă îngrijire prespitalicească înalt specializată și este din ce în ce mai integrat cu alte servicii de îngrijire medicală. Centrul de dispecerat medical de urgență este „gardianul” pentru îngrijirea de urgență, oferind cetățenilor instrucțiuni pentru a începe îngrijirea, cum ar fi RCP (resuscitare cardio-pulmonară) asistată prin telefon, până la sosirea profesioniștilor din domeniul sănătății. Este, de asemenea, un centru clinic important, care identifică, prioritizează și expediază resursele potrivite. Acesta asigură o coordonare eficientă și o cooperare fără întrerupere între centrul de dispecerat, serviciile de ambulanță și secțiile de urgență.

În multe situații de urgență, timpul este de o importanță critică. Acest fapt a declanșat un efort la nivel național pentru a încuraja și educa cetățenii să facă față situațiilor de urgență. Pentru un cetățean care suferă un stop cardiac, de exemplu, șansele de supraviețuire vor depinde adesea de acțiunile celor din jur înainte de sosirea personalului medical. Progresele tehnologice și nivelul ridicat de calificare a personalului de urgență permit ca tratamentul specializat să înceapă la locul unei urgențe și să continue în timpul transportului. Toate ambulanțele din Danemarca folosesc înregistrări prespitalicești într-o bază de date centrală, care asigură o comunicare fără întrerupere și transmiterea în timp real a datelor despre pacient între ambulanță și spitalul primitor.

După cum s-a menționat mai sus, coordonarea dintre serviciile prespitalicești și serviciile de urgență spitalicească este esențială în sistemul danez de urgență. În ultimii ani, a existat un efort concentrat pentru a îmbunătăți continuu coerența serviciilor de urgență. Răspunsul pre-spitalicesc a fost extins și modernizat, inclusiv consolidarea tratamentelor medicale, vizitele medicale și îmbunătățirea comunicării și organizării. Schimbările majore la nivel național în asistența prespitalicească includ introducerea vizitelor medicale pentru apelurile 112, introducerea unui ghid național pentru apelurile 112

([Indexul danez pentru îngrijirea de urgență 2022](#)), un sistem național de elicoptere medicale de urgență și un sistem național digital pentru serviciile medicale prespitalicești. Astfel, zona prespitalicească funcționează pe baza mai multor proceduri naționale comune. În domenii mai specializate, regiunile s-au organizat diferit în ceea ce privește competențele și resursele. Aceasta se referă, de exemplu, la înființarea de vehicule specializate de urgență, cum ar fi [sociolance](#) (cu asistenți sociali), [babylance](#) (echipă de transport neonatal) și serviciul de urgență psihiatrică (cu un psihiatru de gardă). Există, de asemenea, utilizarea variată a personalului pre-spitalicesc, cum ar fi medicii de urgență pre-spital și paramedicii de ambulanță.

Recent s-a pus accentul pe dezvoltarea cooperării între serviciul medical de urgență și alte servicii de sănătate. În 2014, Regiunea Capitalei a înființat o nouă structură cu o reorganizare a serviciului medical de urgență prin [apelul de urgență 1813](#).

Serviciile de asistență medicală de urgență sunt finanțate de la bugetul de stat.

Evaluarea serviciilor de îngrijire de urgență este obligatorie și structurată. O mare parte din această evaluare este gestionată de [RKKP](#) (programul regional de dezvoltare a calității clinice), care gestionează baze de date autorizate privind calitatea clinică. Consiliile regionale, autoritățile locale, persoanele private și instituțiile care administrează unități medicale sunt obligate să raporteze informații în bazele de date aprobate de [Autoritatea daneză pentru date în sănătate](#), în mod continuu. Printre bazele de date clinice de calitate relevante pentru serviciile de îngrijire de urgență sunt: registrul danez stimulator cardiac și ICD, registrul danez stop cardiac, baza de date a contactelor spitalelor de urgență etc.

Potrivit [Regulamentului](#) privind serviciile de ambulanță, o [ambulanță](#) trebuie să aibă în echipaj cel puțin două persoane care au urmat formare ca însoțitor de ambulanță sau echivalentă.⁶ Atunci când o ambulanță este utilizată pentru transferul unui pacient de la un spital la altul, una dintre persoanele care se ocupă de ambulanță poate fi înlocuită de un medic sau asistent medical specializat. Personalul de la ambulanță are ca misiuni:

- inițierea tratamentului cu echipament de ambulanță,
- salvarea de bază în caz de accident și să aibă cunoștințe despre metodele de descarcerare;
- stăpânirea tehnicilor de manipulare a pacientului;
- evaluarea diferitelor tipuri de accidente și boli pentru a oferi feedback corect pentru o asistență adecvată;
- cooperarea cu ceilalți participanți la serviciile prespitalicești, spitalicești, de poliție și de urgență.

⁶ <https://www.regionh.dk/english/Healthcare-Services/Emergency-Medical-Services/Copenhagen-Emergency-medical-services/Pages/Ambulances.aspx>

Un medic sau asistent medical cu abilități speciale care face parte din echipajul ambulanței trebuie să fie capabil să utilizeze echipamentul din ambulanță în legătură cu tratamentul pacientului specific și trebuie să aibă cunoștințe temeinice despre intervențiile de salvare obținute prin intervenții medicale de urgență prespitalicești. Ambulanțele care nu fac parte din serviciile de urgență prespitalicești ale regiunii trebuie, atunci când îndeplinesc sarcini care pot implica necesitatea unei spitalizări de urgență, să fie familiarizate cu liniile directe ale regiunii înainte de începerea intervenției și să fi convenit asupra detaliilor cooperării cu organizația prespitalicească a regiunii.

Pregătirea ca însoțitor de ambulanță cu competență specială (paramedic) presupune cursuri de formare ca însoțitor de ambulanță și experiență în această calificare de cel puțin 3 ani. Formarea durează cel puțin cinci săptămâni și include pregătire teoretică și practică într-o instituție de formare, pregătire practică în spital, pregătire pentru competențe și simulare și formare practică într-un serviciu medical de urgență sau supraveghere medicală similară. Formarea trebuie să permită persoanei în cauză să ofere îngrijire prespitalicească avansată, inclusiv administrarea anumitor medicamente intravenoase. În plus, instruirea trebuie să permită persoanei în cauză să asiste medicul de pe ambulanță sau un vehicul similar și să efectueze monitorizare și tratament în legătură cu transportul anumitor pacienți către secții de specialitate, în conformitate cu recomandarea prescrisă de medic. Formarea va include, pe lângă cea pentru însoțitorii de ambulanță, pregătire în anatomie și fiziologie, igienă, simptomatologie, patologie, inclusiv boli infecțioase, tehnici de observare, farmacologie și manipularea medicamentelor, managementul pacientului, transmiterea EKG cu 12 derivații la spital, monitorizare și defibrilare. Însoțitorii de ambulanță cu competență specială (paramedici) vor urma cursuri de formare continuă timp de o săptămână o dată pe an.

ELVEȚIA

În Elveția, asistența medicală, inclusiv în spitale, precum și medicina de urgență și serviciile de salvare intră în responsabilitatea directă a celor 26 de cantoane, care au legi și ordonanțe proprii. Deși sunt în vigoare 26 de reglementări regionale diferite privind serviciile medicale de urgență, există totuși un palier de cooperare și coordonare la nivel politic și profesional în ceea ce privește serviciile medicale de urgență.

Serviciile de salvare acoperă toate măsurile de intervenție necesare pentru a asigura îngrijirea pacienților aflați în situații de urgență, inclusiv asistența de urgență de către nespecialiști, apelurile de urgență, îngrijirea de către serviciile profesionale de salvare, transportul și internarea într-un spital adecvat.

Fiecare canton are unul sau mai multe centre medicale de urgență, unde apelurile de urgență sunt primite prin numărul 144. Aceste centre medicale de urgență funcționează în conformitate cu un mandat de serviciu specificat de canton. În funcție de canton, centrele medicale de urgență sunt administrate de un spital, o autoritate cantonală, un oraș sau un furnizor privat de servicii. Personalul de specialitate (medici de urgență specializați sau paramedici) primește apelurile medicale de urgență, consiliază în probleme medicale de urgență și decide asupra măsurilor de intervenție necesare, de exemplu trimiterea unui medic de urgență la locația respectivă. Dacă este necesar transportul, centrul alertează un serviciu de salvare corespunzător (ambulanță, elicopter sau avion).

Din 2016, în Elveția funcționează aproximativ 100 de servicii de salvare. În medie, jumătate din numărul serviciilor de salvare sunt operate de un spital, restul de cantoane și comune, companii private sau asociații.

În timpul transportului la spital, pacientul primește îngrijiri medicale și este apoi tratat în secția de urgență a spitalului.

Mulți pacienți pot veni și singuri la secția de urgență a unui spital. Acolo, cazurile sunt evaluate și, dacă este necesar, tratate imediat. Pentru a eficientiza triajul cazurilor și a decongestiona serviciile de urgență, diverse spitale au organizat cabinete de medici de familie sau secții de urgență în centrul orașului (cabinete [walk-in](#)).

Măsurile de intervenție medicală de urgență la fața locului și în spital fac parte din beneficiile asigurării obligatorii de sănătate. Aceste măsuri sunt finanțate de asiguratori, de cantoane și de pacienți (care plătesc prime de asigurări de sănătate și coplăți mici). Operațiunile de salvare și costurile de transport sunt finanțate parțial din donații (salvare aeriană) și de către casele de asigurări de sănătate, cantoane și pacienți, deși contribuția financiară a pacienților este mai mare aici față de măsurile de intervenție medicală.

Sub aspectul evaluării serviciilor medicale de urgență, cantoanele sunt responsabile, conform legislației cantonale, cu evaluarea și revizuirea contractelor de servicii cu spitalele și serviciile de urgență.

Medicii de urgență și paramedicii sunt angajați pentru a răspunde apelurilor de urgență la numărul 144. În timpul operațiunilor de salvare, paramedicii acordă primul ajutor, uneori împreună cu medicii de urgență. Ei sunt adesea sprijiniți de paramedici și asistenți de transport. Paramedicii urmează trei ani de pregătire la un colegiu profesional. Paramedicii de transport, care se ocupă de obicei de transporturile programate ale pacienților, sunt instruiți timp de doi ani la un colegiu profesional.

[Societatea Elvețiană de Medicină de Urgență și Salvare](#) organizează cursuri de patru zile pentru certificatul de competență în medicina de urgență preclinică/medic de urgență. Pentru medicii de urgență care lucrează în secțiile de urgență dintr-un spital, Societatea Elvețiană de Medicină de Urgență și Salvare organizează cursuri de formare

interdisciplinară aprofundată în medicina de urgență, de 18 luni, care se completează cu certificatul de competență în medicina clinică de urgență.

ESTONIA

Pentru tratament de urgență, o persoană se poate adresa medicului de familie, secțiilor de urgență ale spitalelor sau poate apela o ambulanță la numărul de apel 112. Serviciile de ambulanță sunt definite ca servicii de sănătate ambulatorii pentru diagnosticul inițial și tratamentul bolilor care pun viața în pericol, leziunilor și intoxicațiilor și, dacă este necesar, transportul persoanei care necesită îngrijiri la spital. Toate serviciile de ambulanță sunt finanțate de la bugetul de stat, iar responsabilitatea pentru dotarea și monitorizarea serviciilor de ambulanță intră în responsabilitatea Fondului Estonian de Asigurări de Sănătate ([EHIF](#)).

Cadrul de reglementare pentru serviciile de ambulanță este stabilit în art.5-6 și art.16-19 din [Legea privind organizarea serviciilor de sănătate](#).

Organizația care furnizează servicii de ambulanță trebuie să dețină o licență [Health Board](#) și poate fi o companie, un proprietar unic, o fundație sau o agenție a guvernului de stat sau local.

O persoană juridică care furnizează servicii de ambulanță nu poate avea alt domeniu de activitate în afara celui de furnizarea de asistență medicală de urgență, predare și cercetare științifică în domeniul asistenței medicale, transportul pacienților aferent prestării de servicii medicale cu un autovehicul medical sau ambulanță. Un proprietar unic poate oferi numai asistență medicală de urgență sub denumirea comercială înscrisă în registrul comerțului. Spitalele sunt exceptate de la această regulă.

Din punct de vedere administrativ, centrele de apeluri funcționează ierarhic în subordinea [Consiliului Estonian de Salvare](#), care este o instituție guvernamentală aflată în subordinea Ministerului de Interne. Una dintre sarcinile centrelor de apeluri este să prioritizeze apelurile primite în conformitate cu liniile directe specificate de [Uniunea pentru Urgențe Medicale](#) din Estonia. Un dispecer răspunde la apel și evaluează, în funcție de starea pacientului, timpul în care un echipaj de ambulanță trebuie trimis la pacient.

Guvernul stabilește procedura de cooperare în asistența de urgență între personalul medical de urgență, spitale, Consiliul estonian de salvare și autoritățile de poliție, potrivit [Procedurii de cooperare](#) a serviciilor de ambulanță, spitalelor, poliției și Consiliului de Sănătate ; Ministerul Afacerilor Sociale stabilește numărul de echipaje de ambulanță finanțate. Transferul unei persoane la un spital și schimbul de informații între ambulanță și spital sunt prevăzute în art.9-10 ale Procedurii de cooperare.

Echipajul de pe ambulanță evaluează situația, diagnostichează, asigură tratament la fața locului și transportă pacientul la secția de urgență a spitalului. În secția de urgență, triajul este asigurat de un specialist medical de urgență.

Consiliul de Sănătate organizează prestarea serviciilor de ambulanță: aprobă numărul și repartizarea echipelor de ambulanță pe zonele de serviciu. Pentru a finanța serviciile de ambulanță, furnizorul de servicii de ambulanță care a câștigat o licitație publică trebuie să încheie un acord în acest sens cu [Fondul Estonian de Asigurări de Sănătate](#).

Monitorizarea calității serviciilor și furnizorilor de asistență medicală de urgență intră în competența [Consiliului de sănătate](#).

În prezent, există 10 organizații de îngrijire medicală de urgență care asigură servicii de ambulanță în Estonia. Asistența medicală de urgență este asigurată de echipaje de ambulanță formate din trei membri. În funcție de șeful echipajului, echipajele de ambulanță pot fi echipe de medici sau echipe de asistenți medicali. Dacă este necesar, echipele primesc asistență suplimentară la fața locului din partea echipelor de reanimare (echipe de trei membri, înalt calificate, conduse de un medic), care transportă și pacienți grav bolnavi de la un spital la altul. În prezent, în țară există în total 102 brigăzi de ambulanță formate din trei membri, dintre care 82 sunt brigăzi de asistenți medicali, 14 sunt brigăzi de medici și 6 sunt brigăzi mobile de resuscitare, conform [Regulamentului](#) privind competențele și componența echipajelor de ambulanță.

Conform art.3 din Regulament, șeful echipajului medical este un medic licențiat certificat în medicină de urgență - medic anestezist sau medic care a urmat cel puțin 40 de ore de formare continuă în medicina de urgență, pe baza unui program aprobat de Consiliul de Sănătate și care deține un certificat corespunzător. Șeful echipajului de asistenți medicali trebuie să fie asistent medical de urgență - asistent de terapie intensivă sau asistent cu cel puțin doi ani de experiență ca asistent medical, inclusiv cel puțin un an de experiență ca membru al unui echipaj de ambulanță și care a urmat cel puțin 240 de ore de formare continuă.

Al doilea membru al echipajului de ambulanță poate fi asistent medical - un tehnician medical de urgență sau un student care a absolvit disciplinele obligatorii din anul IV de învățământ medical, anul II de moașă și anul II de îngrijire specializată, sub supravegherea și responsabilitatea șefului unui echipaj de ambulanță, care a urmat cel puțin 60 de ore de formare continuă în medicina de urgență, pe baza unui program aprobat de Consiliul de Sănătate.

Al treilea membru al echipajului de ambulanță poate fi titularul dreptului de a conduce un vehicul de urgență - un tehnician de ambulanță care are cel puțin studii medii și care a urmat cel puțin 400 de ore de formare continuă sau un tehnician medical de urgență.

Competențele membrilor echipajelor de ambulanță trebuie să îndeplinească cerințele prevăzute în anexa 1 la [Regulamentul](#) privind competențele și componența echipajelor de ambulanță.

FINLANDA

Descriere generală

În Finlanda, municipalitățile reprezintă autoritățile responsabile de organizarea asistenței medicale generale pentru cetățenii din zona lor de competență administrativă. În 2022, numărul municipalităților se ridică la 309. În plus, în Finlanda funcționează douăzeci de districte spitalicești delimitate în scopul de a furniza asistență medicală specializată, inclusiv în ceea ce privește serviciile medicale de urgență prespitalicești și serviciile de urgență spitalicești. Fiecare municipalitate aparține/ este arondată unuia dintre aceste districte spitalicești. Fiecare district deține un spital central și alte spitale.

Cinci dintre spitalele din Finlanda dețin și statutul de spitale universitare, oferind asistență medicală de înaltă specializare. Unele dintre serviciile de asistență medicală specializată sunt organizate în funcție de zonele de acoperire ale spitalelor universitare pentru asistență medicală de înaltă specialitate. Toate districtele spitalicești aparțin unei zone de asistență medicală de înaltă specialitate a unuia dintre spitalele universitare.

Organizarea serviciilor publice de sănătate, de asistență socială și de salvare urmează a intra într-un proces de reformă. Responsabilitatea pentru organizarea acestor servicii va fi transferată dinspre municipalități și autoritățile municipale comune către județe, respectiv serviciile responsabile cu bunăstarea ("wellbeing services counties"), începând cu anul 2023. Obiectivul principal al reformei este acela de a îmbunătăți disponibilitatea și calitatea serviciilor publice de bază pe întreg teritoriul țării.

În cadrul reformei, în Finlanda vor fi înființate 21 de unități administrative autonome care vor răspunde de organizarea serviciilor de wellbeing/ bunăstare⁷. În competențele acestor servicii de bunăstare județene va reveni organizarea asistenței medicale primare și specializate, a serviciilor de salvare, precum și a serviciilor sociale. Obligația de a furniza asistență medicală de urgență prespitalicească va fi, de asemenea, transferată de la nivelul districtelor spitalicești către județe de la 1 ianuarie 2023. În urma acestei reforme, spitalele districtuale vor fi desființate. Potrivit informațiilor furnizate de către [Ministerul de Interne](#), reforma va asigura realizarea unei legături strânse între serviciile de salvare și serviciile de sănătate și sociale, generând sinergie între serviciile medicale de urgență prespitalicești. Pentru public, reforma serviciilor de salvare va oferi servicii

⁷ <https://vaalit.fi/sv/valfardsomraden>

îmbunătățite și mai echitabile. Astfel, pe lângă operațiunile de salvare, departamentele de salvare pot îndeplini și sarcini de prim răspuns și de asistență medicală de urgență, dacă acest lucru a fost convenit cu autoritățile sanitare.

Sectorul public va rămâne organizatorul și furnizorul principal de servicii. Actorii din sectorul privat și sectorul terțiar vor completa serviciile publice de sănătate și serviciile sociale. Vor fi create cinci zone de colaborare, în vederea asigurării de servicii specializate în sănătate și asistență socială.

În acest context, Ministerul de Interne va îndruma și va conduce organizarea serviciilor de salvare din județe și din orașul Helsinki. Județele și Ministerul de Interne vor stabili anual cele mai bune modalități de a oferi îndrumare și orientare în ceea ce privește organizarea serviciilor de salvare. În plus, în cadrul Ministerului de Interne va fi înființat un consiliu consultativ pentru serviciile de salvare. Ministerele responsabile pentru îndrumarea și conducerea serviciilor județene și județele / factorii de decizie vor participa la funcționarea și activitatea acestui consiliu. Agențiile administrative regionale de stat vor supraveghea și evalua serviciile de salvare, precum și nivelul standardelor, care trebuie să corespundă nevoilor naționale, regionale și locale. Mai multe informații cu privire la reorganizarea serviciilor de salvare în Finlanda pot fi găsite [aici](#).

Transferul responsabilității pentru serviciile de salvare, de sănătate și sociale către județe se va realiza printr-o colaborare strânsă între Ministerul de Interne, Ministerul Afacerilor Sociale și al Sănătății și Ministerul Finanțelor.

Organizarea serviciilor

Ministerul Afacerilor Sociale și al Sănătății este responsabil pentru elaborarea legislației privind serviciile medicale de urgență prespitalicești și serviciile spitalicești de urgență, precum și pentru conducerea și supravegherea generală a activităților. Dispozițiile generale sunt prevăzute în [Legea asistenței medicale \(1326/2010\)](#).

Serviciile de urgență prespitalicești

Districtelor spitalicești le revine în competență furnizarea serviciilor medicale de urgență prespitalicești aferente zonei lor. Districtele spitalicești pot furniza ele însele aceste servicii, împreună cu serviciile de salvare sau cu un alt district spitalicesc sau pot externaliza serviciile către un alt furnizor de servicii. Dispoziții detaliate privind sarcinile serviciilor medicale de urgență prespitalicești sunt prevăzute în [Decretul Ministerului Afacerilor Sociale și Sănătății privind serviciile medicale de urgență prespitalicești \(585/2017\)](#).

Districtul spitalicesc decide cu privire la standardul serviciilor medicale de urgență prespitalicești. Conținutul serviciilor medicale de urgență este definit în conformitate cu decizia districtului, asigurându-se furnizarea serviciilor în mod eficient, adecvat și corect

dimensionat. Planificarea și furnizarea de servicii medicale de urgență trebuie să aibă loc în cooperare cu unitățile de asistență medicală care furnizează servicii de îngrijire medicală urgente și de urgență, asigurându-se astfel că serviciile se adaugă la un sistem regional eficient.

Serviciile medicale de urgență prespitalicești finlandeze constau în unități de prim-ajutor, ambulanțe de nivel de bază, ambulanțe de nivel avansat, supervizori ai serviciilor medicale de urgență, 6 unități de servicii medicale de urgență dotate cu elicoptere și organizate la nivel național, mai multe unități regionale cu personal medical la sol și cinci centre regionale de servicii medicale de urgență.

În conformitate cu Legea privind asistența medicală, districtul spitalicesc decide modalitatea de utilizare a unităților de primă intervenție din zona sa. În practică, districtele spitalicești au încheiat acorduri cu unitățile de primă intervenție, în principal cu departamentele regionale de salvare. În unele zone, Crucea Roșie sau Garda de Frontieră Finlandeză au, de asemenea, un rol în furnizarea de servicii de primă intervenție pentru districtele spitalicești.

Serviciile de urgență spitalicești

Conform Legii privind asistența medicală, municipalitățile și districtele spitalicești au obligația de a asigura un serviciu de urgență 24 de ore din 24 pentru cazurile urgente. Dispoziții detaliate sunt prevăzute în [Decretul guvernamental privind elementele de bază ale asistenței medicale de urgență și condițiile speciale pentru asistența medicală de urgență \(583/2017\)](#).

În conformitate cu Decretul guvernamental, 13 dintre marile unități spitalicești furnizează servicii specializate extinse. Cinci dintre aceste unități sunt spitale universitare care oferă asistență medicală de înaltă specializare. Fiecare dintre cele 13 unități oferă servicii 24 de ore din 24 în cel puțin zece domenii de specialitate și în servicii sociale. Alte spitale centrale oferă servicii 24 de ore din 24 cu o selecție mai restrânsă de asistență medicală primară și asistență medicală specializată, oferind, de asemenea, servicii sociale 24 de ore din 24. Acestea oferă servicii medicale 24 de ore din 24 în domeniile de specialitate cele mai solicitate.

Fiecare dintre cele cinci zone de acoperire, în care sunt situate spitalele universitare, trebuie să convină asupra unei diviziuni detaliate a sarcinilor între spitalele lor centrale, ținând cont de disponibilitatea serviciilor, de distanțele dintre unitățile de servicii care desfășoară activități pe parcursul a 24 de ore, precum și de implementarea drepturilor lingvistice ale populației.

Finanțarea serviciilor

În Finlanda, asistența medicală este finanțată în principal din fonduri publice. Municipaliitățile sunt responsabile pentru furnizarea de servicii de sănătate și totodată și de finanțarea acestora. În conformitate cu Constituția finlandeză, municipalitățile sunt unități autonome, având dreptul de a percepe taxe. De asemenea, statul finanțează municipalitățile prin furnizarea ajutoarelor de stat în diferite scopuri, în conformitate cu sistemul de transferuri al guvernului central. Există, de asemenea, taxe aplicabile pacienților, care acoperă o mică parte din costuri. Cu toate acestea, există limite legale pentru taxele aplicabile pacienților, care nu pot fi depășite.

Serviciile medicale de urgență aeriană sunt finanțate de stat.

În cadrul reformei serviciilor de asistență socială, medicală și de salvare, responsabilitatea pentru furnizarea de servicii va fi transferată către serviciile de bunăstare județene. Finanțarea serviciilor de bunăstare județene se bazează în mare parte pe finanțarea de stat și parțial pe taxele percepute de la pacienți și clienți. În prima fază a reformei, serviciile de bunăstare nu au dreptul de a percepe taxe.

Evaluarea serviciilor

Nu există un sistem de evaluare specific serviciilor medicale de urgență.

[Institutul finlandez pentru sănătate și bunăstare \(THL\)](#) reprezintă o agenție de experți independenți aparținând Ministerului Afacerilor Sociale și Sănătății, care studiază, monitorizează și dezvoltă măsuri pentru a promova bunăstarea și sănătatea populației din Finlanda. Acesta colectează și produce informații bazate pe cercetări și date provenind din registre.

THL a evaluat anual organizarea serviciilor de sănătate finlandeze în numele Ministerului Afacerilor Sociale și Sănătății. Odată cu reforma serviciilor sociale și de sănătate, care intră în vigoare în 2023, evaluarea devine statutară. THL va examina, de exemplu, starea de bunăstare și de sănătate a populației pe grupuri de populație, evoluția reală și estimată a serviciilor sociale și a nevoilor de asistență medicală în viitor, precum și disponibilitatea, calitatea, eficacitatea și egalitatea acestor servicii.

Competențele personalului medical

Serviciile de urgență prespitalicești

Decretul Ministerului Afacerilor Sociale și al Sănătății privind serviciile medicale de urgență prespitalicești (585/2017) stabilește dispoziții privind personalul serviciilor de urgență prespitalicești pentru diferite tipuri de unități. Acest document reglementează cerințele minime în ce privește competența personalului.

Într-o unitate de prim ajutor cel puțin doi dintre membrii personalului trebuie să aibă pregătire adecvată pentru activitățile specifice acestui tip de unitate medicală. Într-o ambulanță de nivel de bază, unul dintre membrii personalului trebuie să aibă cel puțin diploma de asistent medical de urgență, iar altul trebuie să dețină o diplomă de asistent medical sau de pompier /paramedic sau o altă diplomă corespunzătoare. Într-o ambulanță de nivel avansat, unul dintre membrii echipei trebuie să fie un paramedic sau un asistent medical calificat. Aceștia își pot desfășura activitatea împreună cu un tehnician medical de urgență.

Supraveghetorii serviciilor medicale de urgență trebuie să aibă competența unor paramedici de nivel avansat, cu experiență și competențe adecvate pentru operațiunile de comandă și control.

Decretul guvernamental nu definește criteriile pentru personalul serviciului medical de urgență aeriană. Elicopterele sunt dotate cu un medic specializat în îngrijirea prespitalicească sau de îngrijire critică, împreună cu un paramedic sau un pompier și un pilot de elicopter. Excepție face unitatea HEMS care operează în zona Laponiei, care are în dotare doi paramedici avansați și doi piloți.

Serviciile de urgență spitalicești

În conformitate cu Decretul guvernamental privind elementele de bază ale îngrijirii de urgență și condițiile speciale pentru îngrijirea de urgență (583/2017), serviciile de urgență ale spitalelor trebuie să dispună de un personal pluridisciplinar, cu o pregătire și o experiență de lucru suficiente și cu o cunoaștere a condițiilor zonale și a gamei de servicii de asistență socială și medicală. În conformitate cu secțiunea 7 a Decretului, un medic licențiat aflat în serviciul unei municipalități sau asociații de municipalități trebuie să fie disponibil în cadrul departamentului de urgență pentru a putea lua decizii în baza calității sale oficiale.

Decretul guvernamental stabilește, de asemenea, dispoziții detaliate cu privire la anumite domenii de specialitate și la personalul acestora (medicină internă și cardiologie, neurologie, operații chirurgicale, nașteri și pediatrie, psihiatrie și stomatologie).

FRANȚA

În Franța, activitatea de medicină de urgență presupune îngrijirea pacienților primiți în structurile de urgență generală sau pediatrică, a celor preluați de structura mobilă de urgență și resuscitare (SMUR) și gestionarea apelurilor primite la serviciul de asistență medicală de urgență (SAMU).

Serviciul de asistență medicală de urgență ([SAMU](#)) este un *call-center* care răspunde 24 de ore pe zi la solicitările populației; intervine pentru acordarea de îngrijire medicală prespitalicească, în special înainte ca pacientul să fie preluat de o instituție sanitară. Regulamentul medical al SAMU are ca obiectiv oferirea unui răspuns medical adaptat nevoilor pacientului și facilitează orientarea pacienților către serviciul medical corect, în funcție de gravitatea cazului. Organizația franceză de medicină de urgență prespitalicească are particularitatea de a presupune prezența unui medic la toate nivelurile de gestionare a urgențelor, de la apelul din dispecerat până la intervenția la fața locului.

Acest serviciu este oferit de medicii de urgență din spitale și de medici privați. Pentru a-și îndeplini misiunile, aceștia pot apela la:

- structurile mobile de urgență și resuscitare (SMUR);
- serviciile departamentale de pompieri și de salvare;
- transportatori medicali privați;
- medici și paramedici privați (participarea mijloacelor private, sub responsabilitatea SAMU, este stabilită prin convenții).

Structurile mobile de urgență și reanimare ([SMUR](#)) asigură continuu asistență medicală pacienților a căror stare necesită de urgență îngrijiri medicale sau reanimare și, dacă este cazul, după aceasta, transportarea pacientului cu SAMU la o unitate sanitară. Echipele sunt formate dintr-un medic specializat în medicina de urgență, o asistentă medicală și un șofer de ambulanță. Vehiculele SMUR sunt dotate cu echipament complet de resuscitare. Echipele SMUR intervin exclusiv pe baza reglementărilor SAMU pentru a asigura îngrijirea, diagnosticarea, tratamentul și transportul pacienților în caz de urgență medicală. ([art.R6123-15](#) din Codul sănătății publice).

Potrivit art.R6311-1 din Codul Sănătății publice, *misiunea serviciilor de asistență medicală de urgență este de a răspunde prin mijloace exclusiv medicale la situațiile de urgență. Atunci când o situație de urgență necesită implementarea în comun a mijloacelor medicale și a mijloacelor de salvare, serviciile de asistență medicală de urgență își îmbină*

mijloacele cu cele puse în aplicare de către serviciile de pompieri și salvare. Atribuțiile acestor servicii sunt:

- asigurarea asistenței medicale permanente;
- identificarea și declanșarea, cât mai repede posibil, a celui mai potrivit răspuns la apeluri;
- asigurarea disponibilității mijloacelor publice sau private de spitalizare adaptate stării pacientului, ținând cont de respectarea liberei alegeri, și pregătirea primirii pacientului;
- organizarea, după caz, a transportului către o unitate publică sau privată sau către un loc de îngrijire din cadrul sectorului ambulatoriu care figurează pe lista întocmită de directorul general al agenției regionale de sănătate prin apelarea la un serviciu public sau la un serviciu privat de transport medical;
- asigurarea admiterii pacientului.

Serviciile de asistență medicală de urgență participă la implementarea planurilor Orsec adoptate în temeiul articolelor [L741-1 la L741-5](#) din Codul de securitate internă. În acest sens, agenția regională de sănătate poate încredința un rol de coordonare interdepartamentală sau regională unuia sau mai multor servicii de asistență medicală de urgență (SAMU).

Pe lângă misiunile lor legate direct de acordarea asistenței medicale de urgență, SAMU participă la misiunile de educație pentru sănătate, prevenire și cercetare. Astfel, contribuie la instruirea și formarea continuă a profesiiilor medicale și paramedicale și a profesioniștilor din transportul medical; participă, de asemenea, la instruirea personalului de prim-ajutor, conform modalităților stabilite prin [decretele nr. 91-834 din 30 august 1991](#) privind pregătirea primului ajutor, [nr. 92-514 din 12 iunie 1992](#) privind monitorizarea acordării primului ajutor și [nr. 92-1195 din 5 noiembrie 1992](#) privind pregătirea instructorilor de prim-ajutor.

Pentru a răspunde cât mai rapid cererilor de asistență medicală urgentă, centrele de recepție și expediere a apelurilor au un singur număr de apel, 15. Dotările acestor centre permit, cu respectarea secretului medical, transferul reciproc al apelurilor și, acolo unde este posibil, conferința telefonică cu centrele de primire a apelurilor telefonice de la serviciile de pompieri și salvări prevăzute cu numărul de apel 18, precum și cu cele ale serviciilor de poliție și jandarmerie.

Centrele de recepție a numerelor de apel 15 și 18 se informează reciproc cu privire la operațiunile în desfășurare cât mai curând posibil. Aceștia redirecționează către centrul competent orice apel care nu se încadrează direct în domeniul lor de acțiune.

Atunci când centrele de recepție și dispecerat apeluri primesc o cerere de ajutor medical de urgență corespunzătoare unei situații de urgență, care necesită intervenția

concomitentă a mijloacelor medicale și a mijloacelor de salvare, transmit imediat informația către serviciile de pompieri și salvare, care apelează apoi la mijloacele corespunzătoare, în conformitate cu misiunile lor. Pentru a-și îndeplini misiunile, serviciile de asistență medicală de urgență dispun de mijloace în ceea ce privește echipamentele și personalul medical și nemedical responsabil cu primirea și gestionarea apelurilor, adaptate la nevoile populației pe care o deservesc. În funcție de organizarea unității sanitare în care sunt situate, acestea constituie un serviciu sau un centru de activitate.

Datorită în special numărului de apel unic, centrele de recepție și gestionare a apelurilor fac posibilă garantarea accesului imediat al populației la îngrijiri de urgență în orice moment și participarea medicilor din cabinetele private la dispozitivul de asistență medicală de urgență. Implicarea acestora, ca și a celorlalți participanți, în sistemul de asistență medicală de urgență se stabilește prin acord.

Participarea medicilor de practică privată la reglementarea din cadrul serviciului de asistență medicală de urgență poate fi organizată de directorul general al agenției regionale de sănătate în afara perioadelor de permanență a îngrijirilor prevăzute de lege , dacă nevoile populației o impun. În fiecare departament, acordul se încheie între:

- unitatea sanitară din localitatea în care se află serviciul de asistență medicală de urgență;
- organisme profesionale departamentale care reprezintă practicienii care au solicitat acest lucru;
- asociațiile de medici al căror scop este să răspundă la urgențe și care au solicitat acest lucru;
- unități sanitare private și voluntari;
- autoritățile locale și alte persoane juridice care asigură finanțare pentru funcționarea centrului de primire și gestionare a apelurilor medicale.

Acordul – care se aprobă de directorul general al agenției regionale de sănătate, după consultarea consiliului departamental al ordinului medicilor – stabilește în special:

1. Planul de finanțare detaliat pentru centrul de recepție și de gestionare a apelurilor medicale;
2. Resursele furnizate de fiecare dintre părțile contractante;
3. Termenii și condițiile în care se organizează în comun primirea și gestionarea apelurilor;
4. Procedurile de administrare a centrului de primire și gestionare a apelurilor medicale;
5. Durata, modalitățile de denunțare, de revizuire și de reînnoire a acordului.

Serviciile de urgență spitalicești sunt responsabile cu primirea și acordarea asistenței medicale bolnavilor și răniților care se prezintă sau sunt aduși de SMUR, ambulanțe

private, pompieri etc. În unele spitale exista urgențe de specialitate (obstetrică și ginecologie, psihiatrie, cardiologie etc.), către care pacienții pot merge direct sau pot fi direcționați.

O [reformă majoră a finanțării serviciilor de urgență](#), adoptată în 2020 și aplicată din acel an, a introdus o metodă mixtă de finanțare a veniturilor instituțiilor de sănătate pentru serviciile spitalicești de urgență și pentru serviciile mobile de urgență și resuscitare (SMUR), care combină veniturile legate de activitate (45%), finanțarea contribuabililor (53%) și luarea în considerare a calității îngrijirii (2%).

Se acordă o indemnizație fixă de risc plătită de drept de la 1 iulie 2019, întregului personal nemedical (asistenți medicali, îngrijitori, brancardieri, agenți administrativi etc.) angajați în serviciile de urgență (generale și pediatrie) și în SMUR, în cuantum de 100 EUR net lunar (acest bonus reprezintă 55 milioane EUR anual la nivel național).

O prioritate absolută guvernului francez este de a oferi un răspuns alternativ la urgențe, pentru a evita aglomerarea acestor servicii, prin viabilitatea unei oferte structurate de îngrijire fără programare în cabinetul privat și, în special, accesul la o consultație 24/24 de ore, astfel cum a fost conturat în strategia de sănătate [Ma santé 2022](#), care urmărește tocmai reorganizarea întregului sistem de sănătate. În prezent, deși consultațiile neprogramate reprezintă aproximativ 12% din activitatea totală a medicilor generalişti privați (în cabinete din oraș, sau în case și centre de sănătate), sunt mulți pacienți care nu pot accesa cu ușurință un consult rapid în apropiere. Dacă lipsa medicilor cântărește în mod evident în această dificultate, înființarea unei organizații dedicate poate optimiza accesul la aceste consultații și este esențial ca această ofertă să fie mai fezabilă. Astfel, înființarea unui centru medical de gardă (*maison médicale de garde*) în apropierea celor mai importante servicii de urgență contribuie la permanența îngrijirilor prin constituirea unor structuri de gardă pentru medicii privați, capabile să răspundă nevoilor pacienților în timpul orelor în care cabinetele medicale private sunt închise. Asociațiile regionale de sănătate vor trebui să asigure funcționarea unui astfel de centru în imediata vecinătate a unui serviciu de urgență important, adică acela care însumează peste 50.000 de vizite pe an.

O altă măsură a strategiei de sănătate prevede ca persoanele care sună la SAMU să poată, în funcție de situație, să comute pe un apel video. Într-adevăr, contribuția apelului video va îmbunătăți considerabil calificarea apelurilor și va face astfel posibilă direcționarea mai precisă a pacienților către oferta de îngrijire adaptată stării lor, dacă este cazul către îngrijiri alternative în camera de urgență. Ca urmare, utilizarea apelului video va limita numărul de vizite de urgență. Această posibilitate va fi folosită atunci când: a) medicul de urgențe discută cu un profesionist care se află alături de pacient (asistent medical etc.) și b) medicul de urgențe discută direct cu pacientul. Soluțiile tehnice, securizate, sunt deja pregătite: utilizarea unui portal web care să permită medicilor de

urgente să declanșeze de la distanță camera telefonului mobil al apelanților, cu acordul acestora.

Un nou domeniu de activitate în serviciile de urgențe va fi deschis pentru asistenții medicali de practică avansată în camera de urgență. Pentru aceasta vor fi instruiți să asigure în primă linie și sub supraveghere medicală: transferul pacienților în afara unității și coordonarea cu medicii curanți; stabilirea unui prim diagnostic inițial de asistență medicală pe baza unor arbori de decizie, pentru tipuri de situații care au fost definite în prealabil cu echipa medicală; prescrierea de proceduri imagistice sau prelevări biologice; efectuarea de proceduri tehnice în mod independent, cum ar fi sutura. Acești profesioniști vor activa în cadrul spitalului, sub un statut care va recunoaște specificul responsabilităților care le sunt încredințate.⁸

Codul sănătății publice reglementează în art.D6311-19 - art.D6311-12 organizarea și funcționarea centrelor de formare a personalului serviciilor medicale de urgență. Misiunile unui astfel de centru sunt:

- de a contribui, în domeniul gestionării urgențelor medicale în situații de sănătate normale și excepționale, la formarea inițială și continuă a tuturor cadrelor medicale, personalului nemedical din instituțiile sanitare și structurile medico-sociale și, în general, a oricărei persoane susceptibilă de a se confrunta, în caz de urgență, cu o problemă de sănătate în cadrul activității sale profesionale. Ca atare, poate asigura instruire pentru certificatul de pregătire pentru prim-ajutor de urgență și îngrijire de nivelul 1 și nivelul 2;
- de a contribui la formarea pentru atestarea de specialitate în acțiuni de urgență și îngrijire în fața unei situații excepționale de sănătate, în special în cadrul planului alb;
- de a participa la cercetări în pedagogie aplicată, promovarea educației pentru sănătate și prevenirea riscurilor.

Centrul de formare în asistența medicală de urgență este înființat într-o instituție de sănătate - în cadrul unității spitalicești care include serviciul de asistență medicală de urgență; este plasat sub responsabilitatea unui medic (profesor universitar, conferențiar universitar sau practician în spital) care își dedică o parte din activitatea sa funcționării centrului; în acest din urmă caz, practicianul trebuie să dețină o diplomă universitară în pedagogie.

Acest medic poate să fie medicul responsabil al serviciului medical de urgență sau un medic de spital specializat în medicina de urgență, desemnat în condițiile prevăzute de lege și care lucrează în cadrul serviciului medical de urgență.

⁸ Pactul de măsuri pentru serviciile de urgență, 2019, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/urgences_dp_septembre_2019.pdf

Acesta este secondat de un asistent medical, titular al unei diplome de cadru sanitar sau al unei diplome de validare a unei formări superioare în pedagogie sau în inginerie de formare, responsabil cu resursele umane.

Un centru de formare în asistența de urgență trebuie să dispună de resursele necesare pentru a-și îndeplini misiunile. Aceste resurse includ profesori permanenți, experți, precum și personal administrativ și logistic; de asemenea, sunt incluse și mijloacele logistice și premisele care permit realizarea secvențelor de predare teoretice și practice și, în special, simulări ale unor situații medicale normale sau excepționale.

Potrivit [art.D6124-1 – art.D6124-11](#) din Codul de sănătate publică, medicii dintr-o structură de medicină de urgență dețin diplomă de studii complementare de specialitate în medicina de urgență sau sunt practicieni din spital, de medicină de urgență generală. Într-o structură de medicină de urgență își pot îndeplini atribuțiile și medicii care dețin o diplomă care atestă pregătirea universitară în medicina de urgență sau medicii care dovedesc o experiență profesională echivalentă cu cel puțin trei ani într-o secție sau structură de medicină de urgență. În cadrul acestei structuri își pot exercita funcțiile și alți medici, cu condiția să efectueze, în mod corelativ, pregătire universitară în medicina de urgență. Această ultimă condiție nu este necesară personalului didactic și spitalicesc care participă la predarea medicinei de urgență.

Personalul structurii de medicină de urgență este stabilit astfel încât această structură să-și poată îndeplini misiunile, în funcție de numărul de apeluri transmise la SAMU, de numărul de ieșiri ale SMUR și de numărul de pacienți care se prezintă la structura de urgență. Personalul include un număr suficient de medici pentru ca cel puțin unul dintre aceștia să asigure permanența.

Structura de medicină de urgență este, în unitățile sanitare publice și private, de interes colectiv, plasată sub responsabilitatea unui medic de spital, de medicină de urgență generală, sau a unui medic cu experiență profesională echivalentă cu cel puțin doi ani în această disciplină și titular al unei diplome de studii complementare (de specialitate în medicina de urgență).

Un medic care deține o diplomă de studii de specialitate sau o calificare obișnuită, care are o experiență profesională echivalentă de cel puțin patru ani într-o structură de medicină de urgență poate fi numit, după caz, responsabil sau coordonator al unei structuri de medicină de urgență.

Într-o unitate sanitară privată, structura de medicină de urgență este coordonată de un medic cu experiență profesională de cel puțin doi ani în această specializare și deține o diplomă în studii complementare (de specialitate) în medicină de urgență.

Autorizația de desfășurare a activității serviciilor de urgență poate fi eliberată unei unități sanitare numai dacă dispune de personalul, șoferul/pilotul, precum și de echipamentele necesare folosirii mijloacelor de teren, transportului aerian sau maritim.

Personalul medical și mijloacele de transport pot fi puse la dispoziția unității autorizate în temeiul acordurilor dintre această unitate și organisme publice și private. Firmele private de transport medical, asociațiile de protecție civilă autorizate sau serviciile departamentale de pompieri și salvare pot pune la dispoziție unele dintre mijloacele lor, prin acord cu această unitate sanitară.

Prin ordin al ministrului sănătății sunt stabilite natura și caracteristicile mijloacelor de transport, precum și condițiile de utilizare a acestora.

Echipa mobilă de intervenție a structurii de urgență și resuscitare include cel puțin un medic, o asistentă și un șofer/pilot. Medicul coordonator al structurii de asistență medicală de urgență adaptează, dacă este necesar, ținând cont de indicațiile date de medicul de la fața locului, componența echipei de intervenție.

Șoferul de ambulanță lucrează în sectorul privat sau în cadrul administrației publice spitalicești (șofer de ambulanță, ambulanțier SMUR) și transportă persoanele rănite sau bolnave într-un vehicul special adaptat. În calitate de transportator specializat și auxiliar medical, șoferul de ambulanță este în serviciul pacientului: îl ajută să ajungă la mașină, dacă este necesar, transportându-l pe o targă; poate monitoriza starea pacientului folosind echipamente de asistență medicală, dacă este necesar. La sosire, aceștia trebuie să fie capabili să transmită informații despre starea pacientului către personalul medical. În afară de a conduce, acesta are obligația să păstreze diferite documente administrative (spital, asigurări sociale etc.), să întocmească dosare, să colecteze chitanțe și să cunoască bine principalele rute de parcurs, chiar dacă vehiculul este echipat cu GPS. În vehicul, sunt prezenți întotdeauna doi șoferi de ambulanță: unul dintre aceștia trebuie să dețină o diplomă de stat pentru ambulanță (DEA), iar celălalt este adesea un șofer de ambulanță auxiliar. Pregătirea pentru diploma de stat de șofer de ambulanță este asigurată de centrele autorizate de Ministerul Sănătății. Formarea se face în cadrul institutelor de formare a șoferilor de ambulanță ale spitalelor universitare, [AFTRAL](#), ale [Ordinului de Malta](#) și ale Crucii Roșii.

Pentru a putea lucra în cadrul SMUR (Serviciul Mobil de Urgență și Reanimare), șoferii de ambulanță trebuie să urmeze un curs suplimentar de pregătire pentru adaptare ca șofer de ambulanță SMUR ([FAE](#)), precum și un curs de siguranță rutieră și de conducere în situații de urgență, într-un centru de pregătire autorizat. Pregătirea complementară a ambulanțierului SMUR cuprinde 4 module: radiotelefonie; igienă, decontaminare și dezinfecție; situație de urgență; participare la îngrijirea pacientului în cadrul unei echipe medicale.

GRECIA

Organizarea serviciilor

În Grecia, serviciile de asistență medicală de urgență (EKAB) sunt organizate în conformitate cu Legea nr.1579/1985 și Decretul prezidențial nr.348/1996, cu modificările și completările ulterioare.

Serviciile de urgență prespitalicești

Potrivit articolului 2 din cadrul Decretul prezidențial nr.348/1996, Departamentul Serviciilor de Sănătate este responsabil de furnizarea de instrucțiuni și indicații prin radio către echipajele unităților mobile speciale, ambulante și alte mijloace de urgență care se ocupă de cazuri specifice. De asemenea, are responsabilitatea organizării telecomunicațiilor cu centrele de asistență medicală ale unităților mobile speciale și, în plus, a monitorizării și evaluării activității unităților mobile speciale. În plus, la nivel serviciilor prespitalicești, Departamentului îi revine responsabilitatea pregătirii programului de gardă al personalului medical aferent și cooperării cu Direcția de servicii de asistență medicală pentru o coordonare și o acțiune cât mai bună a serviciilor de medicină de urgență prespitalicească furnizate în fiecare caz. De asemenea, este inclusă responsabilitatea pentru dotarea cu personal medical a Centrului de coordonare, precum și a mijloacelor specializate de intervenție imediată și transfer.

Serviciile de urgență spitalicești

În temeiul articolului 2 din Decretul prezidențial nr. 348/1996, Departamentul de servicii de sănătate este responsabil pentru cooperarea continuă între spitale și serviciile de asistență medicală de urgență care includ unitățile de asistență medicală primară și unitățile de gardă.

Sucursalele serviciilor de urgență

Serviciilor de asistență medicală de urgență sunt ramificate în cel mai bun mod posibil pentru a acoperi toate regiunile teritoriului Greciei, după cum urmează:

SERVICIUL CENTRAL 1: ATENA

SURSALA 2: SALONIC

SUCURSALA 3: PATRAS

SUCURSALA 4: HERAKLION

SUCURSALA 5: LARISSA

SUCURSALA 6: KAVALA

SUCURSALA 7: IOANNINA

SUCURSALA 8: LAMIA

SUCURSALA 9: ALEXANDROUPOLIS

SUCURSALA 10: TRIPOLI

SUCURSALA 11: KOZANI

SUCURSALA 12: MYTILENE

Colaborarea serviciilor de urgență prespitalicești și spitalicești

În conformitate cu Decretul prezidențial nr.348/1996, articolul 5, alin.4, serviciile de asistență medicală de urgență cooperează cu serviciile de sănătate (spitale, centre de sănătate, clinici) și sunt responsabile pentru coordonarea unităților mobile de asistență medicală și pentru gestionarea urgențelor în general.

Fiecare sucursală a serviciilor de asistență medicală de urgență este responsabilă în privința îndrumării unităților spitalicești de gardă și a unităților de asistență medicală de urgență aferente regiunii. Transportul urgențelor de la o regiune la alta se face după consultarea serviciilor competente ale celor două sucursale implicate - la nevoie, Serviciul central competent intervine pentru coordonarea activității.

Finanțarea serviciilor de urgență

În conformitate cu Legea nr.1579/1985, capitolul C, articolul 7, alin. 12, serviciile medicale de urgență sunt finanțate de la bugetul Ministerului Sănătății.

Evaluarea serviciilor de urgență

În conformitate cu articolul 2 din Decretul prezidențial nr.348/1996, Departamentul de Servicii Medicale monitorizează, înregistrează și evaluează toate serviciile de medicină de urgență prespitalicească furnizate de EKAB.

În conformitate cu articolul 10, personalul serviciilor de asistență medicală de urgență este obligat să participe la programe de instruire și educație legate de domeniul medicinei de urgență prespitalicești și al asistenței medicale. La finalul fiecărui program educațional, are loc o evaluare a cursanților.

Competențele personalului serviciilor de urgență

În conformitate cu prevederile articolului 5, aliniatul 5d din cadrul Decretului prezidențial nr. 348/1996, personalul medical are responsabilitatea organizării, dezvoltării și implementării programelor de asistență medicală de urgență prespitalicească.

MAREA BRITANIE

Serviciile de ambulanță sunt organizate prin intermediul a zece trusturi de ambulanță aparținând NHS (Serviciului Național de Sănătate), după cum urmează:

[North East Ambulance Service NHS Foundation Trust](#)

[Yorkshire Ambulance Service NHS Trust](#)

[North West Ambulance Service NHS Trust](#)

[West Midlands Ambulance Service University NHS Foundation Trust](#)

[East Midlands Ambulance Service NHS Trust](#)

[South Western Ambulance Service NHS Foundation Trust](#)

[South Central Ambulance Service NHS Foundation Trust](#)

[South East Coast Ambulance Service NHS Foundation Trust](#)

[London Ambulance Service NHS Trust](#)

[East of England Ambulance Service NHS Trust](#)

[Asociația directorilor executivi de ambulanță \(AACE\)](#) reprezintă organizația centrală care sprijină, coordonează și pune în aplicare politica convenită la nivel național în acest domeniu. De asemenea, aceasta oferă publicului larg și altor părți interesate o resursă centrală de informații despre serviciile de ambulanță NHS.

Organizarea serviciilor

[Serviciile de asistență medicală urgentă și de urgență \(UEC\)](#) au un rol esențial în menținerea sănătății populației. NHS răspunde la mai mult de 110 milioane de apeluri sau vizite urgente în fiecare an, astfel încât este esențial ca sistemul să funcționeze eficient. Atât serviciile de îngrijire urgentă, cât și cele de urgență joacă un rol specific în sprijinirea pacienților pentru a primi îngrijirea potrivită, de către persoana potrivită, cât mai repede posibil. Pentru a contribui la reducerea presiunii asupra [departamentelor A&E \(Accident și Urgență\)](#) și pentru a se asigura că pacienții primesc îngrijirea corectă, trebuie înțeleasă diferența dintre îngrijirea urgentă și cea de urgență.

Astfel, serviciile de îngrijire urgentă presupun acordarea unei consultații telefonice prin intermediul Serviciului de evaluare clinică NHS111, oferirea de sfaturi farmaceutice, efectuarea de programări la medicul de familie în afara orelor de program și/sau trimiterea către un [centru de tratament urgent \(UTC\)](#); obiectul acestor servicii îl reprezintă tratarea

unei boli sau accidentări care necesită o atenție urgentă, dar care nu reprezintă o situație care pune viața în pericol.

Serviciile de îngrijire de urgență se adresează exclusiv acelor situații (boli, accidentări) care pun viața pacientului în pericol, acesta necesitând tratament imediat și intensiv. Serviciile care trebuie accesate în caz de urgență includ ambulanța (prin 999) și departamentele de urgență.

Nu toate spitalele NHS dețin departamente A&E (Accident și Urgență), dar majoritatea trusturilor NHS din Anglia vor opera unele servicii de urgență. Echipajul ambulanței furnizează detaliile relevante în cadrul recepției și predă pacientul grav bolnav personalului clinic. În cazul în care pacientul este grav bolnav, echipajul ambulanței va alerta personalul clinic în avans. Departamentele A&E funcționează 24 de ore din 24, 365 de zile pe an. Personalul din cadrul A&E include medici de medicină de urgență, asistente medicale, radiologi, personal de recepție, portari și asistenți medicali. Personalul medical este foarte bine pregătit în toate aspectele medicinei de urgență.

După cum am precizat mai sus, există și centre de tratament urgent în întreaga țară, care oferă un serviciu convenabil și accesibil la nivel local în privința diagnosticării și stabilirii tratamentului pentru multe dintre cele mai frecvente motive pentru care oamenii se îndreaptă spre A&E. Astfel, se produce o degrevare a departamentelor dedicate îngrijirii de urgență. Informații suplimentare cu privire la Principiile și Standardele de funcționare a centrelor de tratament urgent, pot fi consultate [aici](#).

[Directoratul național de îngrijiri elective și de urgență \(EEC\)](#) oferă îndrumări și sprijin la nivel național pentru a impulsiona îmbunătățirea continuă a serviciilor de îngrijiri elective, urgente și de urgență în cadrul NHS. Direcția EEC lucrează în parteneriat cu alte organizații NHS, cu liderii de sistem, cu personalul din prima linie, cu pacienții și cu părțile interesate, cum ar fi colegiile regale, pentru a proiecta, dezvolta și pune în aplicare cele mai bune modele de practici de îngrijire astfel încât pacienții să fie consultați de persoana potrivită, în locul potrivit, cât mai repede posibil.

Programul de asistență medicală urgentă și de urgență (UEC) al Direcției naționale cuprinde următoarele direcții de lucru:

- [îngrijire integrată a urgențelor](#);
- [centrele de tratament urgent](#);
- [ambulanța](#);
- [spitalele](#);
- [revizuirea clinică a standardelor NHS](#);
- [reducerea timpului de așteptare](#).

Menționăm că serviciile de asistență medicală urgente și de urgență cuprind serviciile de îngrijire integrată a urgențelor, centrele de tratament urgent și serviciul de ambulanță.

[Colegiul Regal de Medicină de Urgență](#) sprijină, de asemenea, această activitate prin stabilirea și monitorizarea standardelor de îngrijire în departamentele de urgență, precum și prin oferirea de îndrumare și consultanță de specialitate în materie de politici pentru organismele relevante în probleme legate de medicina de urgență.

Colaborarea serviciilor de urgență prespitalicești și spitalicești

Atât serviciile de urgență prespitalicești, cât și cele spitalicești din Anglia funcționează în cadrul NHS. [Contractul standard al NHS](#) (2020/2021) oferă îndrumări în acest sens și prevede că toate transferurile de pacienți între ambulanțe și A&E trebuie să aibă loc în termen de 15 minute, fără ca vreunul să dureze mai mult de 30 de minute.

Finanțarea serviciilor

Finanțarea serviciilor de sănătate provine de la bugetul Departamentului de Sănătate și Asistență Socială (DHSC). Veniturile și bugetele de capital ale NHS sunt anunțate în planurile de cheltuieli ale Departamentului de Sănătate și Asistență Socială, publicate ca parte a fiecărei [Analize a cheltuielilor](#) (și modificate prin anunțuri bugetare).

NHS este responsabil pentru alocarea resurselor comisarilor locali ai serviciilor de sănătate, respectiv [grupurilor de comisionare clinică \(CCG\)](#) și autorităților locale. Menționăm că grupurile de comisionare clinică au fost înființate prin intermediul [Legii privind sănătatea și asistența socială \(2012\)](#). CCG-urile reprezintă grupuri de cabinete de medicină generală (GP) care se reunesc în fiecare zonă pentru a comanda cele mai bune servicii pentru pacienții și populația lor. CCG-urile achiziționează servicii pentru comunitatea lor locală de la orice furnizor de servicii care respectă standardele și costurile NHS - acestea pot fi spitale NHS, întreprinderi sociale, organizații de voluntariat sau furnizori din sectorul privat. CCG-urile achiziționează o gamă largă de servicii, inclusiv servicii de sănătate mintală, îngrijire urgentă și de urgență, servicii spitalicești elective și îngrijire comunitară. CCG-urile sunt responsabile pentru aproximativ 60% din bugetul NHS.

Evaluarea serviciilor

Comisia pentru calitatea îngrijirii (Care Quality Commission - CQC) este responsabilă cu înregistrarea, inspecția și monitorizarea furnizorilor de servicii medicale. CQC este responsabilă pentru înregistrarea, inspecția și monitorizarea furnizorilor de servicii de sănătate și de asistență socială pentru adulți, inclusiv a furnizorilor independenți, în temeiul [Legii privind sănătatea și asistența socială \(2008\)](#).

Toți furnizorii de servicii de sănătate și asistență socială pentru adulți care desfășoară „activități reglementate” trebuie să se înregistreze în cadrul CQC și să

demonstreze că îndeplinesc standardele fundamentale. CQC inspectează și monitorizează serviciile pe care le înregistrează. În urma unei inspecții, serviciile primesc un rating pe o scară de patru puncte: remarcabil; bun; necesită îmbunătățiri; inadecvat. Nu există un interval stabilit pentru inspecții, astfel încât inspecțiile sunt efectuate cu o frecvență variabilă, în conformitate cu aprecierea de risc a CQC. Serviciile de înaltă performanță – adică cele care dețin rating remarcabil– se pot aștepta la inspecții la un interval de cinci ani, în timp ce serviciile evaluate ca fiind inadecvate sunt, în mod normal, inspectate în termen de 12 luni de la ultimul raport.

În vederea informării suplimentare cu privire la Comisia pentru calitatea îngrijirii, consultați următorul [link](#).

Competențele personalului medical

În cadrul serviciilor de urgență prespitalicești, paramedicii sunt înregistrați în cadrul [Consiliului profesiiilor din sănătate și îngrijire](#). Site-ul web al Consiliului profesiiilor din sănătate și îngrijire conține standardele de competență necesare pentru cei care sunt înregistrați în cadrul organismului și practică meseria de paramedic. Personalul ia parte în mod regulat la exerciții/ simulări a unor situații, site-ul [Serviciului de Ambulanță din Londra](#) conținând informații relevante în acest sens.

Personalul aferent serviciilor de urgență din cadrul spitalelor este instruit în toate aspectele medicinei de urgență. Departamentele și personalul acestora sunt monitorizate de CQC și de Colegiul Regal de Medicină de Urgență.

GERMANIA

Atât organizarea, cât și finanțarea asistenței medicale de urgență intră în competența landurilor, în conformitate cu articolul 104a alineatul (1) din [Legea fundamentală](#).

Potrivit [declarației](#) Societății Germane de Urgențe Interdisciplinare și Medicină Acută, există o urgență medicală atunci când pacientul prezintă modificări fizice sau psihologice ale stării de sănătate pentru care pacientul însuși sau o terță persoană consideră că sunt necesare îngrijiri și asistență medicală imediate.

Asistența medicală de urgență poate fi descrisă ca fiind îngrijirea medicală și asistența medicală imediate acordate persoanelor aflate în situații de urgență, a căror viață este în pericol, precum și pacienților care au nevoie de un tratament considerat în mod subiectiv ca fiind urgent (conform [Raportului](#) Asociației medicilor din sistemul de asigurări de sănătate). În Germania, asistența medicală de urgență se desfășoară în principiu pe trei niveluri; în cazul unei urgențe subiective, pacienții pot contacta, la propria alegere, fie un

medic generalist, fie departamentul de urgență al spitalului, fie serviciul de salvare/ambulanță (*Rettungsdienst*).

Atribuțiile serviciilor de salvare includ asistența de urgență și transportul pacienților.⁹ Asistența de urgență se referă la îngrijirea pacienților aflați în situații de urgență, adică a persoanelor a căror viață este în pericol sau a căror sănătate riscă să fie afectată grav. Sarcina serviciului de salvare în contextul salvării de urgență este de a iniția măsuri pentru a salva viața pacienților aflați în situații de urgență sau pentru a evita deteriorarea sănătății acestora, de a-i face apti pentru transport și de a-i transporta într-o unitate adecvată sub îngrijire profesională.

Pe de altă parte, transportul de pacienți se referă la îngrijirea persoanelor care nu sunt în pericol de moarte sau de afectare gravă a sănătății, dar care necesită totuși îngrijire profesională pe durata transportului către o unitate adecvată. În contextul transportului de pacienți, serviciul de salvare are sarcina de a acorda prim-ajutor pacienților, dacă este necesar, și de a-i transporta sub îngrijire profesională.

În Germania, serviciul de salvare poate fi contactat prin apelarea numărului 112. Centrele regionale de control coordonează apoi desfășurarea măsurilor necesare pentru serviciile de salvare.

Organizarea serviciilor de salvare este responsabilitatea municipalităților. Temeiul juridic îl reprezintă legile de la nivel de land privind serviciile de salvare. Finanțarea serviciilor de salvare este, de asemenea, reglementată detaliat în aceste legi. Responsabilitatea pentru finanțarea serviciului de salvare revine în principal landurilor, care suportă cheltuielile de dotare și întreținere.¹⁰ În schimb, fondul legal de asigurări de sănătate este obligat, în conformitate cu legislația federală în vigoare, să acopere costurile de transport ale asiguraților ([art.60](#) din Codul Social).

La nivel de land, serviciul de salvare intră sub autoritatea Ministerului de Interne. Legea privind serviciile de salvare este concretizată printr-un plan de servicii de salvare; de exemplu, în landurile Baden-Württemberg și Renania-Palatinat, planurile serviciilor de salvare sunt elaborate de Ministerul de Interne, în urma consultării cu un comitet format din reprezentanți ai parlamentului de land, autorităților locale, instituțiilor medicale, organizațiilor de drepturi ale pacienților, casei de asigurări de sănătate etc.¹¹

⁹ *Arhitectura serviciilor medicale de urgență în Germania*, Notfall Rettungsmed 2021, Published online: 23 April 2019 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019, <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10049-019-0597-x.pdf>

¹⁰ Finanțarea transportului de urgență rutier și aerian al pacienților, <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/2018/rettungsdienste>

¹¹ Asistența medicală de urgență în Baden-Württemberg și Rheinland-Pfalz, Proiectul TRISAN, https://www.trisan.org/fileadmin/user_upload/Rettungsdienste-VD_formatiert.pdf

În cazul unei urgențe majore cu victime în masă (MANV), gestionarea medicală a măsurilor la fața locului este asigurată de un medic șef specialist în urgență. Competența acestuia este de a evalua situația din punct de vedere medical, de a coordona măsurile medicale și de a stabili prioritățile intervenției medicale. Medicul șef de urgență îndeplinește aceste sarcini în strânsă cooperare cu șeful organizațional al serviciilor de salvare, care este responsabil de organizarea serviciului de salvare.

În Germania, organizarea serviciului medical de gardă/de permanență intră în responsabilitatea Asociațiilor medicilor de asigurări de sănătate (medici contractuali). [Articolul 75](#) din Codul asigurărilor sociale V prevede că asistența sănătății publice trebuie să fie asigurată și în afara programului de lucru al cabinetului medicului de familie. În plus față de serviciile de salvare, așa-numiții medici contractuali ([Vertragsärzte](#)) oferă asistență ambulatorie pentru urgențe acute, care nu pun viața pacientului în pericol. În cazul în care îngrijirea de urgență are loc în afara orelor obișnuite de program, este vorba de așa-numitul serviciu de gardă al medicilor contractuali (*ärztlicher Bereitschaftsdienst*), pe timp de noapte, în weekend-uri și de sărbători legale. Serviciul medical de gardă servește astfel la îngrijirea acelor pacienți care și-ar fi vizitat medicul de familie sau specialistul în orele obișnuite de deschidere a cabinetului. Numărul standardizat la nivel național pentru serviciul de gardă al medicilor de gardă (116117), care este destinat să fie primul punct de contact pentru pacienții din ambulatoriu cu urgențe și pentru trimiterea acestora la un medic specialist, este permanent disponibil pacienților.

Există două tipuri de servicii de gardă. În cadrul așa-numitului serviciu de permanență, medicul oferă ore de consultație în propriul cabinet sau într-un cabinet al serviciului de urgență, de obicei conectat la un spital. Pe de altă parte, în cadrul serviciului de ambulanță, medicul face vizite la domiciliul pacienților care nu se pot deplasa singuri la centrul de permanență din motive medicale. În principiu, toți medicii contractuali sunt obligați să participe la serviciul medical de gardă.

Asociațiile medicilor contractuali ([Kassenärztliche Vereinigungen](#)) sunt responsabile cu asigurarea furnizării de asistență medicală la nivel național de către medicii acreditați și cu furnizarea de servicii de gardă. Cele 17 asociații de la nivel de land emit regulamente privind serviciile de gardă specifice fiecărui land, care definesc organizarea serviciilor de gardă în landul respectiv. Costurile tratamentelor sunt acoperite de asigurările de sănătate. Costurile de logistică pentru serviciul medical de gardă, respectiv costurile de organizare, implementare tehnică, instalare și funcționare a centrelor de control și a centrelor de servicii, sunt finanțate de către medicii din practica privată, pe baza unei taxe de funcționare.

Până de curând, serviciul medical de gardă se desfășura în cabinetul sau la reședința medicului de gardă; în prezent, funcționează centrelor de servicii de gardă (BDZ). Pentru pacienți, un BDZ este un punct constant de contact la un număr de telefon uniform la

nivel național, 116 117. Odată cu introducerea codului serviciului de gardă în Cartea a V-a a Codului asigurărilor sociale se folosește termenul de serviciu de urgență. Termenul serviciu de urgență (medical) este folosit în cea mai mare parte de către asociațiile medicale de land, conform [legilor de reglementare a profesiilor din sănătate](#).

Scopul principal al introducerii centrelor de servicii de gardă/practicilor de urgență a fost frecvența redusă a serviciilor medicale din mediul rural. Odată cu reforma, fiecare medic din Baden-Württemberg, de exemplu, trebuie să presteze maximum șapte gărzi de urgență (în weekend și în sărbătorile legale) pe an. De obicei, centrele de servicii de gardă sunt situate în spital sau în imediata apropiere a acestuia, ceea ce oferă următoarele avantaje: este mai ușor pentru pacienți să găsească centrul de servicii de gardă; pacienții pot fi îndrumați la spital mai rapid dacă este necesar; pot fi utilizate în comun a spațiile și infrastructura tehnică, precum radiografii, laborator sau ecografii; este posibilă cooperarea în timpul nopții. În Baden-Württemberg, de exemplu, pacienții care ajung la cabinetul de urgență după orele 22 sunt de obicei tratați de medicii spitalului.

Landul Rheinland-Pfalz este împărțit în 39 de zone de servicii de gardă și are 48 de centre dedicate, dintre care 39 acoperă în întregime orele în care cabinetul medicului de familie este închis, iar nouă au program redus; 45 de centre de servicii de gardă sunt situate în apropierea unui / într-un spital. Din 2014, toate centrele de servicii de gardă sunt susținute de Asociația Medicilor de Asigurări de Sănătate Statutare. În plus, patru spitale oferă servicii de gardă ambulatoriu de către personalul spitalului. Distanța medie dintre locul de reședință și cel mai apropiat centru de servicii de gardă este de 8,4 kilometri. În unele zone rurale (de exemplu, în Eifel sau în Westerwald) distanțele sunt mai mari. Sunt acolo în medie între zece și 14 kilometri, dar pot ajunge până la 30 de kilometri.

Landul Baden-Württemberg este împărțit în 66 de zone de servicii de urgență și are peste 100 de cabinete de urgență. Programul de funcționare este în general seara, între 18 și 22 și la sfârșit de săptămână și pe parcursul sărbătorilor legale (în cooperare cu spitalele). Marea majoritate a facilităților sunt susținute de Asociația Medicilor de Asigurări de Sănătate. Cu toate acestea, există și cabinete de urgență deschise din inițiativă locală; locațiile acestora sunt alese astfel încât pacientul să poată ajunge în maxim 30 de minute.

Departamentul de urgențe este locul de preluare a urgențelor medicale în cadrul spitalului. Pacienții pot apela la camera de gardă fie din proprie inițiativă, fie la recomandarea unui medic de familie, fie prin intermediul serviciului de ambulanță. Departamentele de urgență sunt împărțite în două forme de organizare - departamentul de urgență centralizat și cel descentralizat. În camera de urgență descentralizată, pacienții care se prezintă la urgență sunt trimiși la departamentul corespunzător al spitalului, în funcție de patologie, și sunt astfel tratați direct de specialiști. Camera centrală de urgență este separată structural de celelalte departamente. Aici lucrează medici de

diferite specialități, astfel încât pacienții cu mai multe răni sau boli diferite nu trebuie să fie transportați la diferite departamente.

Organizarea spitalelor și, prin urmare, și a departamentelor de urgență intră în competența landurilor. În ceea ce privește finanțarea spitalelor, dispozițiile-cadru din Germania sunt stabilite la nivel federal, în special în [Legea federală privind finanțarea spitalelor](#). Aceste reglementări sunt concretizate în legile privind spitalele de stat adoptate de landuri.

În cadrul spitalelor, de regulă, îngrijirea clinică de urgență este oferită non-stop. Pacienții pot accesa secțiile de urgență: din proprie inițiativă; după trimiterea de către un medic autorizat; prin transport cu serviciul de salvare. Trebuie subliniat încă o dată că medicii de urgență din Germania lucrează doar în cadrul preclinic. Secțiile de urgență ale spitalelor sunt conduse de medici care nu sunt medici de urgență. Se face o distincție între două forme organizaționale în secțiile de urgență:

- Camera de urgență descentralizată este o formă de organizare care era obișnuită / comună în trecut; în prezent, este mai rar întâlnită;
- Camera de urgență centralizată sau interdisciplinară este cea mai întâlnită formă organizațională în prezent. Camera de urgență este separată structural de celelalte secții. Acolo lucrează medici din diverse discipline. Dacă un pacient are mai multe leziuni sau boli diferite (multimorbiditate), nu mai este necesară transportarea acestuia de la o secție la alta. Organizarea camerei de urgență descentralizate diferă în funcție de unitatea medicală, dar de obicei permite efectuarea de examinări și acordarea de îngrijiri ambulatorii pacienților. Facilitățile mai mari au o cameră de urgență, care permite măsuri inițiale de tratament și stabilizarea cazurilor mai grave. Din punct de vedere structural, secția de urgență poate fi atașată unei secții de spital/unei specialități sau poate fi independentă.

Pacienții pot fi triați în camera de urgență. Folosind un sistem de triaj prestabilit, asistentele special instruite în acest scop pot atribui simptomelor un nivel de urgență, care la rândul său corespunde unei perioade de tratament. Nu există un sistem uniform de triaj la nivel federal sau de land. În plus, centrele de servicii de gardă/de permanență sau cabinetele de urgență, în care lucrează medici rezidenți, se află de obicei în apropierea sau într-un spital. Acest lucru face posibil ca pacienții care au contactat camera de urgență pentru un tratament neurgent, neplanificat să fie îndrumați acolo, ușurând astfel camera de urgență.

În ceea ce privește medicii din serviciile de urgență, există trei profiluri profesionale principale¹²:

1. Medici de urgență - sunt medici care au o calificare suplimentară, în specializarea medicină de urgență. Asociațiile profesionale de la nivel de land stabilesc reglementările privind formarea continuă. Există puține diferențe între landuri în ceea ce privește reglementările privind formarea continuă, deoarece asociațiile medicilor de la nivel de land urmează, în general, recomandările Asociației Federale a Medicilor: 1) doi ani de formare continuă (cu normă întreagă) într-un spital, din care 6 luni la terapie intensivă, anestezie sau în departamentul de urgență; 2) un curs de 80 de ore de măsuri de urgență; 3) 50 de misiuni ca medic de urgență. Medicul de urgență este activ doar în asistența prespitalicească; nu există medici de urgență care să lucreze în camera de urgență a spitalelor. În zonele rurale, medicii din cabinetele private pot lucra, de asemenea, ca medici de urgență.
2. Medici principali de urgență - preiau coordonarea medicală a măsurilor de salvare în cazul unui incident cu victime în masă (MANV) sunt denumiți medici de urgență principali; aceștia au sarcina specială de a evalua situația de la fața locului din punct de vedere medical, de a coordona și monitoriza măsurile medicale și de a stabili prioritățile intervenției medicale; îndeplinesc aceste sarcini în strânsă cooperare cu șeful organizațional al serviciilor de salvare (directorul medical), care este responsabil cu organizarea serviciului de salvare. De regulă, medicii de urgență principali nu sunt implicați în tratamentul propriu-zis al pacienților. Medicul șef de urgență este responsabil pentru întregul serviciu de salvare. În ceea ce privește formarea profesională, recomandările Asociației Federale a Medicilor prevăd 40 de ore de formare continuă. De regulă, această calificare este deschisă doar medicilor care lucrează deja ca medici de urgență și care au cel puțin cinci ani de experiență în domeniu. În plus, medicii de urgență principali trebuie să participe în mod regulat la seminarii de perfecționare. Medicii principali de urgență sunt nominalizați de către comisia regională de specialitate și, ulterior, sunt numiți ca medici principali de urgență de către autoritatea locală.
3. Director medical al serviciilor de salvare. În unele landuri, a fost introdusă funcția de director medical al serviciilor de salvare (ÄLRD). Directorii medicali sunt responsabili cu organizarea medicală a serviciului de salvare la nivelul unei regiuni. Acest domeniu de responsabilitate include, de exemplu, echipamentele medicale, instruirea și formarea personalului, controlul calității, conformitatea cu protocoalele medicale, precum și standardizarea și

¹² Asistența medicală de urgență în Germania, Franța și Elveția, TRISAN, mai 2018, https://www.trisan.org/fileadmin/PDFs_Dokumente/2018-05-Themenheft_Medizinische-Notfallversorgung_DE.pdf

optimizarea proceselor. Aceștia elaborează strategii pentru a crește eficiența, eficacitatea și calitatea serviciilor. Rolurile și sarcinile exacte ale ȂLRD pot varia foarte mult de la un land la altul. ȂLRD au o funcție pur administrativă; spre deosebire de medicii de urgență și de medicii principali de urgență, aceștia nu au o implicare directă în operațiuni. Pentru a lucra în calitate de ȂLRD, este necesară o formare specifică, ale cărei formă și conținut diferă de la un land la altul. Conform recomandărilor Asociației Federale a Medicilor, sunt necesare 40 de ore de formare suplimentară; alte condiții prealabile sunt calificarea ca medic principal de urgență, mai mulți ani de experiență în medicina de urgență preclinică și clinică, precum și o formare suplimentară într-un domeniu legat de medicina de urgență sau terapie intensivă.

Personalul non-medical implicat în serviciul de salvare include următoarele calificări: paramedic/asistent de urgență, paramedic/asistent de salvare, coordonator al serviciului de salvare și dispecer (centru de control). Principalele sarcini ale paramedicilor/asistenților de urgență și de salvare sunt: conducerea ambulanței ; măsuri de prim-ajutor înainte de sosirea medicului; asistarea medicului de urgență (în cazul în care a fost trimis un medic de urgență); îngrijirea pacientului în timpul transportului la spital. Pe teren, sarcinile respective depind de tipul de misiune (salvare de urgență sau transport de pacienți) și de componența echipei de misiune.

Paramedicul de urgență (NotSan) reprezintă cea mai înaltă calificare non-medicală în serviciile medicale de urgență. De regulă, paramedicii de urgență nu lucrează în transportul ambulanțier, dar reprezintă o parte obligatorie a echipei de salvare de urgență. Paramedicii de urgență nu conduc - de obicei - ambulanța (RTW); această sarcină revine paramedicilor sau asistenților de salvare, în timp ce paramedicii de urgență sunt însărcinați cu îngrijirea pacienților. Paramedicii de urgență sunt autorizați să efectueze măsuri medicale de prim-ajutor până la sosirea medicului de urgență. Paramedicii și asistenții de salvare au voie să efectueze astfel de măsuri medicale numai în caz de urgență.

Formarea paramedicilor de urgență este definită la nivel federal în Legea privind paramedicii de urgență ([NotSanG](#)). Formarea profesională durează trei ani (cu normă întreagă) sau cinci ani (cu normă parțială). Acesta cuprinde module teoretice și practice, care sunt predate la o școală profesională, și o parte practică, care se finalizează sub forma a 1960 de ore de pregătire practică la o stație de salvare și 920 de ore de pregătire practică într-un spital. Formarea se încheie cu un examen de stat.

Rolul paramedicului de salvare variază în funcție de tipul de operațiune: în cazul salvării de urgență, paramedicii conduc vehiculul și sprijină medicii de urgență și paramedicii; în cazul transportului cu ambulanța, paramedicii sunt, de obicei, profesioniștii cu cea mai înaltă calificare non-medicală. Aceștia sunt responsabili cu îngrijirea pacienților în timpul

transportului și sunt asistați de un paramedic care conduce vehiculul. Formarea profesională nu este reglementată la nivel federal, ci la nivelul de land. Cu toate acestea, formarea face obiectul unei armonizări la nivel național: 520 de ore, din care 160 de ore de cursuri teoretice, 160 de ore de pregătire practică într-un spital (terapie intensivă, anestezie sau urgențe în ambulatoriu), 160 de ore de pregătire practică într-o stație de salvare și apoi încă 40 de ore de cursuri teoretice la finalul formării (consolidarea celor învățate).

Asistenții de salvare sunt, de obicei, folosiți doar pentru transporturile cu ambulanța. Aceștia conduc vehiculul și îi sprijină pe paramedici. Formarea asistenților de salvare nu este reglementată în toate landurile. În Baden-Württemberg, de exemplu, formarea durează 320 de ore și include 160 de ore de instruire teoretică, 80 de ore de pregătire practică într-un spital și 80 de ore de pregătire practică într-o stație de salvare. În Rheinland-Pfalz, formarea durează 260 de ore și include 80 de ore de lecții teoretice, 80 de ore de pregătire practică într-un spital și 100 de ore de pregătire practică într-o stație de salvare.

Dispecerii din centrele de control sunt responsabili cu gestionarea operațiunilor. Aceștia au pregătire de paramedici de urgență, care este completată de o formare în cadrul brigăzilor de pompieri, deoarece, de obicei, centrele de control sunt centre integrate.

Coordonatorii serviciilor de salvare sunt paramedici de urgență care au sarcina de a prelua gestionarea organizațională a unui incident cu victime în masă (MANV). Aceștia îndeplinesc această sarcină în strânsă coordonare cu medicul principal de urgență, care este responsabil de managementul medical. Cerințele de calificare sunt cele prevăzute pentru paramedic de urgență; atribuțiile și tipul calificării variază în funcție de land.

Finanțarea spitalelor din Germania se bazează în principiu pe principiul finanțării duale. Conform acestuia, atât statele federale, cât și fondurile de asigurări de sănătate sunt responsabile cu finanțarea spitalelor. Costurile spitalicești sunt împărțite în costuri de investiții și costuri de funcționare. Costurile de investiții, cum ar fi măsurile structurale și echipamentele medicale, sunt suportate de statele federale. Costurile de funcționare sunt finanțate de fondurile de asigurări de sănătate. Acestea includ toate costurile unui spital care sunt legate de tratamentul medical și de îngrijire a pacienților acoperiți de o asigurare de sănătate obligatorie. Modul în care fondurile sunt distribuite în cadrul spitalului și, în special, în departamentele de urgență, este stabilit de spitalul respectiv.

Finanțarea serviciului de ambulanță variază de la un land la altul. În Baden-Württemberg, de exemplu, organizațiile de servicii de salvare (ca și furnizorii de servicii privați) percep taxe de utilizare. Pentru salvarea în caz de urgență, taxele de utilizare sunt convenite uniform de către furnizorii de servicii și suportatorii de costuri. În domeniul transportului

pacienților însă, tarifele sunt negociate individual de către organizațiile individuale de servicii de salvare (și prestatorii privați de servicii). Taxele de utilizare acoperă în special următoarele costuri: costurile de exploatare (costuri cu personalul, chirie pentru stațiile de salvare, costuri de desfășurare, costuri de instruire etc.); investiții în vehicule de salvare (inclusiv elicoptere); costurile centrelor de control (exploatare și investiții). Costurile centrelor de control sunt suportate în comun de organizațiile serviciilor de salvare pentru partea de "servicii de salvare" și de districtele rurale/urbane pentru brigăzile de pompieri. 90% din investițiile care nu sunt acoperite de taxele utilizatorilor (de exemplu, costurile de infrastructură pentru stațiile de salvare) sunt finanțate de stat, restul de 10% fiind suportate de organizațiile de servicii de salvare. Taxele de utilizare nu acoperă costurile intervențiilor medicale de urgență, care fac obiectul unor negocieri separate între conducerea spitalului, asociația medicilor contractuali și casele de asigurări de sănătate de la nivel de land.

Finanțarea serviciului de gardă/de permanență diferă semnificativ între landuri. În Rheinland-Pfalz, serviciul medical de gardă este finanțat, pe de o parte, din veniturile generate din serviciile medicale contractuale din serviciul de gardă. Acestea din urmă vor fi reținute de asociația medicilor de asigurări statutare de sănătate (contractuali) pentru funcționarea centrelor de gardă, în timp ce medicii vor primi o remunerație uniformă de 50 EUR/oră. În plus, o contribuție de acoperire a costurilor este percepută tuturor medicilor de specialitate. În prezent, contribuția este de aproximativ 240 EUR pe lună (3.240 EUR pe an) pentru un medic rezident cu normă întreagă. În cazul medicilor privați sau al medicilor de spital care participă voluntar la serviciul de urgență medicală, se va reține 10% din onorariul pe oră (50 EUR). În Baden-Württemberg, serviciul de gardă este finanțat, pe de o parte, printr-o contribuție uniformă la nivel de land, care este percepută de medicii contractuali. Alocarea este o combinație între o taxă lunară pe cap de locuitor, independentă de venituri, și o alocare procentuală bazată pe venituri. Ambele elemente (taxa pe cap de locuitor și contribuția) se aplică într-un raport de 50:50. Contribuția de garanție se decontează direct de asociația profesională, ca parte a retribuirii medicilor.

În plus, din serviciile prestate se reține o taxă pentru asigurarea infrastructurii în serviciul de urgență organizat. Valoarea acestei taxe structurale este de 5%. Spre deosebire de landul Rheinland-Pfalz, medicii de gardă din Baden-Württemberg sunt remunerați de la caz la caz și nu ca sumă forfetară. Asociația medicilor din domeniul asigurărilor de sănătate din acest land a introdus și o subvenție care garantează o plată minimă de 50 EUR pe oră. Există și alte granturi: de exemplu, medicii care lucrează în serviciul de urgență medicală în ajunul Crăciunului și ajunul Anului Nou primesc o subvenție suplimentară de 500 EUR pe 24 de ore, indiferent de celelalte venituri și servicii suplimentare. Pentru medicii de gardă care nu folosesc șofer și conduc singuri, se

plătește o indemnizație de transport forfetară de 150 EUR (în zilele lucrătoare) sau 300 EUR (în weekend) pe tură, indiferent de celelalte venituri.

Finanțarea departamentelor de urgență face obiectul facturării în funcție de caz și de tipul de tratament:

- tratamentele în ambulatoriu (fără înnoptare) sunt finanțate în funcție de scala de evaluare uniformă - un catalog de tarife pentru medicii din practica privată. În general, spitalele primesc aproximativ 30 EUR pe caz;
- tratamentul în regim de internare (cu cazare peste noapte) este finanțat în cadrul sistemului german de tarife forfetare pe caz. Acest lucru face posibilă clasificarea pacienților în funcție de patologie, în grupe de diagnostic ([DRG](#)), fiecareia dintre acestea fiindu-i atribuit un tarif forfetar.

LETONIA

În Letonia, asistența de urgență prespitalicească este asigurată de [Serviciul Medical de Stat de Urgență](#). Dacă o persoană are nevoie de îngrijiri medicale de urgență, dar nu apelează la Serviciul Medical de Urgență de Stat, aceasta poate contacta secția de urgență a spitalului.

În Letonia, există și săli de tratament medical de urgență, în care servicii de asistență medicală sunt oferite pacienților care au o leziune, o boală bruscă sau o agravare a bolii cronice, care necesită intervenția urgentă a medicilor, iar asistența necesară depășește competența medicilor de familie. În aceste locuri serviciile de îngrijire a sănătății sunt asigurate de cel puțin un medic și un asistent medical. Dacă nu există o cameră de urgență în apropierea locației pacientului, persoana poate contacta departamentul de urgență al spitalului pentru servicii corespunzătoare.

Potrivit [Regulamentului Cabinetului nr.1480/2009](#) privind serviciile medicale de urgență, scopul serviciului este implementarea unui politici de stat uniforme în domeniul asistenței medicale de urgență și dezastre. Una dintre funcțiile serviciului este de a organiza și acorda asistență medicală de urgență populației aflate în etapa prespitalicească. În vederea implementării obiectivelor, serviciul are următoarele sarcini: să planifice, să gestioneze, să coordoneze și să acorde asistență medicală de urgență populației în viața de zi cu zi, în situații medicale de urgență și dezastre; să planifice, să organizeze și să acorde asistență medicală de urgență la solicitarea unei instituții de tratament medical, dacă suma necesară asistenței medicale depășește resursele instituției de tratament medical; să organizeze transferul și plasarea persoanelor într-o instituție de tratament

medical în situații medicale de urgență, în care este posibilă acordarea asistenței medicale necesare.

Serviciul medical de urgență de stat este subordonat Ministerului Sănătății al Republicii Letonia și este finanțat de stat; este condus de un director, numit și eliberat din funcție de ministrul sănătății. Directorul stabilește structura organizatorică internă. Serviciul poate funcționa în unități structurale teritoriale în zona de spitalizare a unui spital regional multiprofil. Cel puțin o dată pe an, Serviciul prezintă ministrului sănătății un raport privind îndeplinirea funcțiilor administrative și utilizarea fondurilor bugetului de stat alocate Serviciului.

Serviciul Medical de Stat de Urgență dispune de Centrul de Management al Calității în Sănătate, conform [Regulamentului Cabinetului nr.60/2009](#) privind cerințele obligatorii pentru instituțiile de tratament medical și unitățile lor structurale.

Potrivit Secțiunii 17, pentru asigurarea managementului calității serviciilor medicale prestate se elaborează un sistem de management al calității, aprobat de conducerea instituției de tratament medical. Sistemul de management al calității include cel puțin următoarele măsuri: controlul regulat al calității serviciilor medicale furnizate; luarea în considerare a afirmațiilor și recomandărilor pacienților; analiza rezultatelor tratamentelor medicale; îmbunătățirea calității serviciilor medicale.

Asistența de urgență prespitalicească este îngrijirea acordată la fața locului unui pacient, de către o echipă medicală special instruită, până când acesta este transportat la spital. Este oferită într-o varietate de condiții și locuri, cum ar fi pe stradă, în locuință, în pădure, într-o ambulanță, ziua și noaptea, în condiții variate climatice. Asistența medicală de urgență pentru persoanele bolnave sau rănite, aflate în situații cu risc pentru sănătate și viață, este asigurată 24/7 în toată Letonia.

Zilnic, aproximativ 195 de echipe sunt de serviciu în peste 100 de locații; aproape 2.000 de medici de echipaj și peste 700 de șoferi de ambulanță sunt implicați în furnizarea de îngrijiri de urgență prespitalicești. Pentru a asigura o asistență de înaltă calitate și la timp, serviciul angajează diferite tipuri de echipaje, care pot diferi în ceea ce privește personalul - doi medici și un șofer de ambulanță, un medic și un șofer de ambulanță, sau o echipă de doi medici, unul dintre care conduce ambulanța.

LUXEMBURG

În Luxemburg, serviciile de îngrijire de urgență sunt reglementate prin [Legea privind spitalele și planificarea spitalelor](#), din 8 martie 2018 și [Regulamentul Marelui Ducat privind condițiile și standardele de funcționare ale secțiilor de urgență din spitale și secțiilor de urgență pediatrică din cadrul spitalelor](#), din 25 ianuarie 2019.

În Anexa 2 din legea sus-menționată sunt stabilite definițiile diferitelor servicii spitalicești, inclusiv serviciile de urgență, după cum urmează:

- Serviciul de urgențe este un serviciu cu scopul de a primi orice persoană aflată într-o situație de urgență care se prezintă spontan sau care este direcționată către acesta. Serviciul trebuie să asigure managementul diagnostic și terapeutic, asistența, monitorizarea și observarea pacientului, dacă este necesar până când acesta este îndrumat către secția corespunzătoare.
- Secția de Primiri Urgențe lucrează îndeaproape cu serviciile de urgență și căminele medicale și are acces la un serviciu de imagistică medicală, medicină internă generală, traumatologie, chirurgie, terapie intensivă și anestezie, psihiatrie, precum și la blocul tehnic operator, toate în aceeași locație. Criteriile și procedurile de transfer al pacienților în secția de terapie intensivă și anestezie sunt precizate și aduse la cunoștință personalului unității.

Organizarea transferării pacientului către o altă secție se realizează conform unor proceduri stabilite anterior, iar transferarea către o altă unitate face obiectul unui acord între unitățile în cauză.

Unitatea spitalicească în care funcționează o secție de urgență trebuie să includă cel puțin următoarele servicii și unități de îngrijire:

- a) Compartiment de imagistică medicală, cu cerința proximității directe de secția de urgență a cel puțin o cameră standard de radiografie și un tomograf;
- b) Secția de medicină internă generală;
- c) Secția de traumatologie;
- d) Secția de chirurgie generală;
- e) Secția de terapie intensivă și anestezie;
- f) Secția de psihiatrie;
- g) Bloc operator.

Secția de Primiri Urgențe trebuie să aibă legături funcționale organizate cu aceste servicii și unitățile de îngrijire pentru a asigura coordonarea și siguranța pacientului.

Fiecare spital cu secție de urgențe trebuie să se asigure că poate efectua în orice moment un examen radiologic convențional, o ecografie toraco-abdomino-pelvină și o scanare a creierului, precum și o scanare imagistică prin rezonanță magnetică nucleară.

Timpul necesar pentru obținerea unui examen imagistic depinde de gradul de urgență al stării pacientului.

Întârzierea maximă pentru o examinare la solicitarea medicului de urgență către radiolog este de o oră, cu excepția cazurilor de presupusă sau evidentă urgență, anunțate de medicul de urgență, pentru care întârzierea trebuie redusă la minimum.

Raportul scris al unei tomografii, ecografii sau RMN trebuie furnizat în cel mult o jumătate de oră de la efectuarea examinării, cu excepția cazului de urgență evidentă, când raportul scris este transmis imediat medicului de urgență.

Rezultatele examinărilor de laborator trebuie să fie disponibile și validate cel târziu la o oră de la sosirea probei în laborator, cu excepția cazului în care este tehnic imposibil.

Triajul

Cea mai recentă versiune a [Scalei canadiene de triaj și acuitate](#) (CTAS) este utilizată în fiecare departament de urgență pentru în aplicarea celor cinci niveluri de prioritate.

Toate asistentele care lucrează în structurile de primire și de redirecționare trebuie să fie instruite în aplicarea CTAS și să aibă experiență de cel puțin un an într-un departament de urgență.

Nivelurile de prioritate ale CTAS trebuie să fie cunoscute de personalul medical și de îngrijire care lucrează în departamentul de urgență.

Fluxul de pacienți

Fiecare secție de urgență are două circuite de gestionare a fluxului de pacienți, în funcție de starea pacientului (deplasabil/imobilizat la pat). Gestionarea paturilor de spital va fi efectuată conform protocoalelor stabilite în fiecare spital.

Fiecare spital trebuie să aibă un protocol în caz de supraaglomerare în secția de urgențe și disponibilitate de paturi pe baza unui protocol distinct. De asemenea, în fiecare secție de urgență trebuie să existe un protocol care să stabilească procedurile de transfer între spitale sau alte unități medicale.

Situații de dezastru

Personalul de urgență trebuie să fie familiarizat cu funcționarea „Planului Alb” al instituției lor, inclusiv în cazul unei amenințări chimice, radiologice sau nucleare, și trebuie să își cunoască rolul și atribuțiile atunci când acesta este activat. În fiecare unitate se desfășoară anual un exercițiu de aplicare a „Planului Alb”. La recepția serviciului de urgență al fiecărei unități se efectuează anual un exercițiu de primire a pacienților contaminați radioactiv sau chimic.

Fișa medicală și scrisoarea de externare

Toate datele medicale și de tratament ale pacienților internați în secția de urgență trebuie înregistrate într-un fișier computerizat, actualizat.

Dosarul medical include motivul admiterii, nivelul de prioritate pe Scala canadiană de triaj și acuitate, istoricul bolii, istoricul pacientului și alergiile, examenul clinic, rezultatele examinărilor paraclinice, ipotezele de diagnostic sau o concluzie, îngrijirea și tratamentul întreprinse în secția de urgență și tratamentul prescris la externare.

În aceeași zi se transmite medicului pacientului (sau medicului indicat de pacient) o scrisoare de externare, cuprinzând elementele fișei medicale; o copie a acestei scrisori va fi înmănată pacientului.

Standarde structurale

Serviciul de urgență este compus dintr-o parte administrativă și una tehnică, care formează un tot continuu și coerent din punct de vedere arhitectural și funcțional. Toate spațiile serviciului de urgență sunt accesibile persoanelor cu mobilitate redusă. Toate incintele secției de urgență trebuie să garanteze intimitatea pacienților. Designul arhitectural al secției de urgență trebuie să permită o gestionare eficientă a fluxului de pacienți, deplasabili și imobilizați la pat. Serviciul de urgență are o intrare clar identificată de acces 24 de ore din 24. Această intrare are două căi de acces separate, una pentru pietoni și cealaltă pentru ambulanțe.

Zona administrativă este formată din cel puțin:

- a. Un spațiu pentru primirea pacienților și efectuarea formalităților administrative, care să asigure confidențialitatea.
- b. O sală de așteptare pentru pacienți și însoțitorii acestora.
- c. Grupuri sanitare publice, separate pentru bărbați și femei, și cel puțin o unitate accesibilă persoanelor cu mobilitate redusă.
- d. O zonă cu masă de înfășat.
- e. Grupuri sanitare separate pentru personalul secției de urgență.
- f. Cabinete adaptate nevoilor medicilor.
- g. Un cabinet pentru medicul șef al secției.
- h. Spații de lucru adaptate personalului de asistență medicală.
- i. O sală de odihnă și masă pentru personal, care să permită accesul a cel puțin jumătate din personalul de gardă în serviciul de urgență.
- j. O cameră de odihnă (cu pat) pentru fiecare medic care lucrează de la miezul nopții până la ora 6 a.m., situată într-o zonă adiacentă secției de urgență.

Zona tehnică este compusă dintr-un set de spații și încăperi pentru îngrijirea pacienților. Fiecare spațiu sau cameră are o vocație definită, dar trebuie să fie versatil pentru primirea pacienților. Zona tehnică a secției de urgență trebuie să includă cel puțin:

- a. Cameră cu acces securizat, în care se află un stoc de medicamente și echipamentele medicale necesare.
- b. Minimum două săli pentru primirea și triajului pacienților.
- c. Săli multifuncționale de examinare și tratament, cu rezerve fixe de oxigen, aer și vacuum.
- d. O încăpăre dedicată, formată din două zone de absorbție a șocurilor, de cel puțin 25 m² fiecare, care să permită păstrarea, stabilizarea și restabilirea funcțiilor vitale, cu rezerve fixe de oxigen, aer și vacuum, cu excepția serviciului național de urgență pediatrică, care poate avea o singură zonă de absorbție a șocurilor.
- e. O sală de primire dedicată urgențelor pediatrice, cu rezerve fixe de oxigen, aer și vid.
- f. O cameră echipată pentru intervenții chirurgicale minore efectuate sub anestezie locală.
- g. O încăpăre dotată pentru ghipsare sau, în lipsă, un cărucior mobil dedicat ghipsării.
- h. Un spațiu aproape de intrare pentru triaj suplimentar dacă este necesar, cu oxigen fix și acces la vacuum.
- i. O cameră pentru cazarea unui pacient cu tulburare psihiatrică (cu excepția secției de psihiatrie a spitalului), cu ferestre securizate.
- j. O baie pentru asigurarea igienei pacientului, chiar imobilizat la pat.
- k. Spațiu de depozitare pentru lenjerie, echipament, îmbrăcăminte și un seif pentru depozitarea obiectelor de valoare ale pacienților. Aceste camere pot fi comune cu o altă secție.
- l. Fiecare pat este echipat cu aparate de monitorizare continuă a parametrilor vitali, conectat la un dispozitiv de monitorizare centralizat. Fiecare pat are o alimentare fixă cu oxigen, aer și vacuum și este echipat cu un sistem de apelare.
- m. Sălile de examinare, zonele de șoc și camera de examinare pediatrică de urgență trebuie să permită utilizarea echipamentelor mobile de imagistică medicală (raze X și ultrasunete).
- n. O zonă de așteptare pentru pacienții sosiți pe targă.
- o. O cameră pentru primirea însoțitorilor pacienților.

Colaborare

Serviciile de urgență prespitalicească sunt asigurate de Centrul Pompieri și Salvare al Marelui Ducat (CGDIS), reglementat prin [Legea din 27 martie 2018](#) privind organizarea securității civile și crearea unui Centru de Pompieri și Salvare al Marelui Ducat. CGDIS este responsabil cu planificarea, implementarea și organizarea *salvării persoanelor aflate în primejdie vitală, accidente, calamități, dezastre, catastrofe și incendii, transportul cu ambulanța expedită de centrul de salvare în situații de urgență către un serviciu de urgență al unui centru spitalicesc*.

Serviciul de Asistență Medicală de Urgență ([SAMU](#)) acordă îngrijiri medicale de specialitate unuia sau mai multor pacienți aflați în dificultăți vitale sau a căror stare necesită urgent expertiză medicală pentru îngrijiri de urgență sau resuscitare. Coordonarea organizatorică și conducerea serviciului se realizează de către Direcția medicală și de sănătate. Acoperirea teritorială a SAMU este definită de planul național de organizare a intervențiilor ținând cont de prevederile planului național de spitalizare. SAMU intervine doar în colaborare cu o ambulanță care asigură transportul pacienților, conform unei proceduri prestabilite.

CGDIS stabilește un cadru de referință de resurse și organizare pentru SAMU, respectiv un contract-tip de colaborare cu spitalele și un contract-tip de prestări de servicii cu medicii participanți la serviciu.

Finanțare

Conducerea și funcționarea unui spital sunt asigurate de același organ de conducere. Un spital poate să dețină mai multe locații, iar dintre acestea, o locație trebuie să aibă secție de urgență. Întrucât serviciile de urgență aparțin acestor spitale, acestea sunt finanțate din fonduri publice, din bugetul Ministerului Sănătății. Spitalele și serviciile lor de urgență sunt finanțate prin taxe medicale și facturare pentru servicii medicale. Aceste sume sunt rambursate pacienților de către Centrul de Securitate Socială.

Evaluare

Fiecare serviciu de urgență are obligația de a colecta și transmite informațiile solicitate de autoritatea competentă, în termenele și conform mijloacelor de comunicare pe care aceasta din urmă le definește. Raportările se referă la indicatorii activității, statistici pe grupe de vârstă, proceduri de gestionare a fluxului de pacienți, întârzieri etc.

Competențele personalului

- Organizarea și conducerea serviciului sunt asigurate de o echipă formată medic șef și un asistent medical șef.

- Asistentul șef conduce echipa de asistenți medicali și asigură conducerea administrativă a secției de urgență și legătura cu directorul medical și cu directorul administrativ și financiar.
- Medicul șef coordonează și planifică acțiunea medicală în cadrul secției de urgență și asigură legătura cu directorul medical al unității și, dacă este cazul, medicul coordonator. Acesta este responsabil de programul de gardă al medicilor care lucrează în departamentul de urgență.
- Serviciul medical de gardă funcționează 24 de ore pe zi, șapte zile pe săptămână și se desfășoară în cadrul serviciului de urgență.
- Cel puțin un medic cu specializare în medicină generală sau o specialitate medicală recunoscută în Luxemburg trebuie să fie prezent permanent în secția de urgență.

Pentru a lucra în serviciul de urgență, medicul trebuie să fie angajat în baza unui contract cu spitalul.

Medicii pot intra de gardă în serviciul de urgență în mod ad-hoc, cu acordul medicului șef și al directorului medical și în conformitate cu reglementările fiecărui spital.

Numărul de medici din fiecare serviciu de urgență trebuie să fie adecvat pentru a asigura o îngrijire de calitate și siguranță pacienților care se prezintă la urgență. Un medic nu poate gestiona mai mult de 48 de pacienți pe zi, pe o perioadă de trei luni.

Personalul de asistență medicală este alcătuit din asistenți-șefi, asistenți medicali și infirmieri.

Numărul de personal medical trebuie să fie adecvat pentru a oferi îngrijiri de calitate și pentru a asigura siguranța pacienților care se prezintă la serviciile de urgență.

Fiecare dintre următoarele funcții trebuie îndeplinită de cel puțin o asistentă:

- Triaajul și repartizarea pacienților
- Coordonarea și managementul fluxurilor de pacienți
- Managementul fluxului de pacienți deplasabili
- Gestionarea fluxului de pacienți imobilizați la pat
- Managementul șocului
- Gestionarea paturilor
- Externarea pacienților.

Începând din 2018, în cadrul echipelor de urgență a fost creat postul de asistent medical de legătură. Acesta trebuie să aibă competențe clinice și lingvistice și să cunoască cu precizie organizarea secției de urgență și protocoalele stabilite. Cele patru misiuni ale asistentului de legătură sunt:

1. să ofere informații pentru pacienți și familii; atât în interiorul, cât și în afara serviciului, garantează continuitatea informației între pacient și rudele acestuia. În special, intervine regulat în sala de așteptare pentru a informa familiile și pacienții care așteaptă și pentru a facilita contactul cu medicul.
2. să supravegheze fluxul de pacienți în cadrul departamentului; prin monitorizarea în timp real folosind instrumentul computerizat și un tablou de bord, optimizează și ghidează traseul pacientului în diferitele sectoare de îngrijire.
3. să gestioneze procedurile; se află în contact permanent cu echipa medicală și de asistență, garantează fluiditatea procesului prin mobilizarea corespunzătoare a personalului medical; acționează pentru a evita orice întrerupere a procesului
4. să raporteze feedback către personalul medical și conducere; poate mobiliza oricând personalul medical sau poate cere conducerii medicale să remedieze o defecțiune; întocmește zilnic rapoarte de activitate, partajate și analizate la nivel instituțional.

MACEDONIA DE NORD

Organizare

Articolul 53 al Legii privind ocrotirea sănătății precizează că activitatea de asistență medicală de urgență include furnizarea de proceduri diagnostice și terapeutice necesare pentru eliminarea unei amenințări directe asupra vieții și sănătății persoanei. Activitatea de asistență medicală de urgență se desfășoară la toate nivelurile de protecție a sănătății și se prestează în cea mai apropiată instituție sanitară care are organizat un serviciu de îngrijire medicală de urgență, în locația în care persoana are nevoie de îngrijiri medicale de urgență.

De asemenea, în conformitate cu [Decretul privind rețeaua de asistență medicală de urgență](#), la articolul 2 se prevede că rețeaua de asistență medicală la nivel primar este formată din echipe pentru acordarea de asistență medicală de urgență, după cum urmează:

- în cadrul instituțiilor de sănătate publică din zone cu până la 30.000 de locuitori, cel puțin 5 (cinci) echipe medicale de urgență;
- în cadrul instituțiilor de sănătate publică din zone cu peste 30.000 de locuitori, cel puțin o echipă suplimentară la fiecare 10.000 de locuitori în plus.

Cooperare

Instituțiile sanitare de nivel secundar, pe raza teritorială a spitalului, vor reglementa, prin acord, cooperarea reciprocă în furnizarea de asistență medicală de urgență și gărzi, furnizarea de servicii în conformitate cu repartizarea activităților de asistență medicală și utilizarea de capacități comune de diagnosticare și de altă natură, precum și alte forme de cooperare.

În cazul în care o anumită instituție medicală de nivel secundar nu poate asigura temporar suficient personal medical, se încheie un acord cu una dintre instituțiile medicale de nivel secundar pentru transferul temporar al prestării unei anumite activități, pentru pentru desfășurarea în comun a acelei activități.

Finanțare

Potrivit art. 25 al Legii asistenței medicale, fondurile pentru desfășurarea activității de sănătate în rețea se asigură din:

- 1) Bugetul Republicii Macedonia de Nord;
- 2) Fondul de asigurări de sănătate din Macedonia de Nord;
- 3) Contribuțiile asiguraților, în conformitate cu reglementările din domeniul asigurărilor obligatorii de sănătate;
- 4) Plata serviciilor de sănătate care sunt acoperite de pacienți din fonduri proprii, în condițiile stabilite de lege.

Evaluare

Potrivit Legii asistenței medicale (Partea X, art.233-245), instituția responsabilă pentru inspecția și evaluarea instituțiilor sanitare este Agenția pentru Calitatea și Acreditarea Instituțiilor Sanitare.

Competențe

Potrivit Regulamentului de organizare și a modului de desfășurare a activităților de asistență medicală de urgență, articolul 11 prevede că medicii echipelor medicale de urgență pentru pregătirea și primirea apelurilor trebuie să fi promovat examenul de pregătire teoretică cu răspunsuri corecte la cel puțin 80% din întrebările testului și să fi absolvit cu succes pregătirea practică de bază conform programei. Medicii trebuie să urmeze cursuri de dezvoltare profesională continuă, o dată la trei ani, pentru o perioadă de 30 de ore, din care 15 ore de pregătire teoretică și 15 ore de pregătire practică.

Asistenții medicali din echipele medicale de urgență pentru transportul medical, pregătirea și primirea apelurilor trebuie să fi promovat pregătirea teoretică cu cel puțin 70% răspunsuri corecte și să fi finalizat cu succes pregătirea practică, în conformitate cu programa. Aceștia trebuie să urmeze cursuri de perfecționare continuă, o dată la doi ani, 50 de ore, din care 15 ore de pregătire teoretică și 35 de ore de practică.

Formarea de bază și dezvoltarea profesională a medicilor, asistenților medicali și șoferilor se realizează cu ajutorul centrelor de formare desemnate de Ministerul Sănătății.

MUNTENEGRU

Legea privind asistența medicală de urgență (Monitorul Oficial al Republicii Muntenegru, nr. 049/08, 040/11 și 080/20) prevede în articolul 1 că *asistența medicală de urgență, ca domeniu special de îngrijire a sănătății, efectuată la nivel primar, este organizată cu scopul de a întreprinde o intervenție medicală necesară și urgentă, în cazul în care neasumarea acesteia ar pune în pericol viața și sănătatea cetățenilor sau să provoace un prejudiciu permanent și se efectuează în conformitate cu prevederile legii și reglementările privind îngrijirea sănătății și asigurările de sănătate.*

Asistența de urgență se acordă la fața locului, în timpul transportului primar de urgență, precum și în unitățile de urgență, permanent, sub autoritatea Institutului de Asistență în Urgență din subordinea [Ministerului Sănătății](#).

Fiecare unitate și subunitate de asistență în situații de urgență trebuie să dispună de numărul necesar de echipe, ambulanțe cu unitate de susținere a vieții și vehicule pentru transport urgent. Echipa din unitatea și subunitatea de asistență în situații de urgență va fi formată din: un medic, două asistente sau tehnicieni medicali, dintre care unul va conduce vehiculul de urgență.

Echipa de transport de urgență în unitatea de asistență în situații de urgență este formată din: doi asistenți medicali sau tehnicieni medicali, dintre care unul va conduce vehiculul de urgență.

Ministerul stabilește numărul necesar de echipe de asistență în situații de urgență, numărul de ambulanțe cu unitate de întreținere a vieții și vehiculele de transport de urgență în unitatea și subunitatea de asistență în situații de urgență, precum și condițiile privind caracteristicile tehnice ale vehiculelor, echipamentelor medicale și tehnice ale autovehiculelor și lista medicamentelor utilizate în ambulanțe cu unitate de susținere a vieții și vehicule de transport de urgență.

În toate cazurile în care nu este posibilă îngrijirea pacientului la fața locului sau în unitatea de asistență în regim de urgență, medicul din echipa de asistență urgentă, după

acordarea asistenței medicale necesare, trimite și transportă pacientul la cea mai apropiată unitate sanitară de nivel secundar sau terțiar.

Fondurile necesare pentru asistența de urgență se asigură din bugetul de stat, din Fondul Republican de Asigurări de Sănătate și din alte surse, potrivit legii.

Activitatea subunităților temporare de asistență de urgență, precum și a echipelor de asistență de urgență suplimentare se finanțează din fondurile autonome locale.

NORVEGIA

Furnizarea de servicii medicale de urgență prespitalicești în Norvegia este împărțită între municipalități (asistență medicală primară) și trusturile spitalicești (asistență medicală specializată).

Municipalitățile sunt responsabile pentru furnizarea și finanțarea asistenței medicale primare, inclusiv reabilitare, fizioterapie și asistență medicală, precum și servicii de urgență după orele de program. Autoritățile locale sunt, de asemenea, responsabile cu implementarea unei game largi de măsuri preventive și de sănătate publică, precum și cu asigurarea de paturi pentru îngrijirea de urgență a pacienților.

La nivel de îngrijire primară, serviciile de asistență primară de urgență, în majoritatea municipalităților, sunt furnizate de medicii generaliști (MG) în timpul programului de lucru și de medicii de gardă (în afara programului de funcționare a cabinetelor), la apel telefonic. Din 2015, medicii de familie care furnizează servicii de îngrijire primară de urgență trebuie să aibă o specializare în medicină generală sau alte calificări ori să aibă acces la un specialist de gardă.

Serviciile de gardă în municipalitățile mai mici sunt adesea organizate într-o secție de urgență a unuia dintre spitalele locale. În zonele foarte puțin populate, serviciile de urgență prespitalicești pot fi furnizate în cadrul unităților municipale de îngrijire medicală la domiciliu sau (de exemplu, în nordul Norvegiei) cu sprijinul telemedicinii. În cazul situațiilor de urgență care necesită implicarea unor servicii medicale specializate, centrele de urgență colaborează cu Centrele de comunicare medicală de urgență ([*Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral, AMKs*](#)), care pot fi apelate la numărul unic 113.

În zonele urbane există secții de îngrijire de urgență care funcționează permanent, organizate de către municipalități; din ianuarie 2016, toate municipalitățile trebuie să ofere paturi de îngrijire de urgență (funcționând, de asemenea, 24/7) pentru pacienții care pot fi tratați în siguranță la nivel local. În cadrul acestor secții activează de obicei medici și asistenți cu normă întreagă care oferă recomandări, evaluează situația și direcționează pacientul către alte tipuri de îngrijire atunci când este necesar.

Asistență medicală specializată

Autoritățile Regionale de Sănătate (RHA) sunt în subordinea Ministerului Sănătății și Serviciilor de Îngrijire ([MOHCS](#)) și sunt responsabile cu furnizarea de servicii medicale specializate, inclusiv asistență medicală somatică și mintală, îngrijire specială pentru persoanele cu dependență de droguri și alcool și alte servicii medicale specializate, precum servicii de laborator, radiologie și ambulatoriu.

Există patru RHA în Norvegia: Norvegia de Nord (Helse Nord), Norvegia Centrală (Helse Midt Norge), Norvegia de Vest (Helse Vest) și Norvegia de Sud-Est (Helse Sør-Øst). Aceasta din urmă este cel mai mare RHA, acoperă aproximativ 56% din populație și consumă 54% din bugetul total al RHA. RHA-urile sunt proprietarii a 28 de trusturi de sănătate, dintre care 20 sunt trusturi de spitale.

În toate spitalele care furnizează îngrijiri de urgență există și departamente de urgență ([A&E](#)). Acestea sunt deservite de medici, asistente medicale, alt personal medical și au, de obicei, paturi de observație, unde pacienții sunt ținuti sub observație timp de câteva ore înainte de a fi internați în spital sau externați, în funcție de starea lor. O caracteristică specială a sistemului norvegian este că pacienții nu au voie să caute tratament direct la un departament de urgență A&E, ci trebuie fie să fie îndrumați de un medic sau aduși cu ambulanța. Departamentele A&E comunică cu serviciile de ambulanță și alte resurse sanitare implicate în asistența de urgență prespitalicească pentru a oferi recomandări și pentru a se asigura că se fac pregătirile necesare pentru primirea pacienților în spital.

Există două tipuri de centre de comunicare care sprijină furnizarea de servicii de îngrijire de urgență în Norvegia. La nivelul asistenței medicale primare de urgență, pacienții pot suna la numărul din șase cifre 116117, iar apelul va fi direcționat către cea mai apropiată secție de urgență locală. În centre se află de obicei asistente medicale. În timp ce centrele mai mari funcționează 24/7, centrele mai mici pot fi accesate numai în intervale de timp stabilite (de exemplu, de la 16:00 până la 8:00). Centrele sunt conectate la un sistem radio digital care este utilizat pentru mobilizarea medicilor de familie sau a ambulanțelor. Numărul total de astfel de centre s-a redus de la 146 în 2009, la 104 în 2016. La nivelul îngrijirilor de specialitate există 16 Centre de Comunicare Medicală de Urgență (AMK), care acoperă una sau mai multe zone de referință spitalicească. AMK-urile primesc apeluri la numărul de urgență gratuit (113), pot oferi apelanților recomandări privind procedurile medicale de urgență și pot mobiliza alte resurse, cum ar fi ambulanțele. Echipajele de ambulanță sunt formate din asistente medicale și coordonatori de ambulanță.

Servicii de ambulanță funcționează sub coordonarea autorităților regionale de sănătate (RHA). Aceste servicii sunt furnizate de trusturi spitalicești sau de subcontractanți privați. Pentru a reduce timpii de răspuns, ambulanțele pot fi amplasate în unități de ambulanță descentralizate din spitale sau din comunitate. Din echipajele de ambulanță înalt specializate, inclusiv din ambulanțele aeriene, fac parte medici (de exemplu, anesteziști),

pe lângă tehnicieni medicali de urgență. Două companii asigură transportul aerian: [Norsk Luftambulanse AS](#) asigură elicoptere din douăsprezece locații, în timp ce [Babcock Scandinavian AirAmbulance](#) operează nouă avioane de ambulanță din șapte locații. Aproximativ 20 000 de pacienți sunt transportați în fiecare an.

Finanțarea

Principala sursă de venituri pentru sistemul norvegian de asistență medicală este impozitarea generală, dar unele fonduri (publice) provin și din [Schema Națională de Asigurări \(NIS\)](#).

Asistența primară (inclusiv asistența primară de urgență) este finanțată din taxele municipale, granturi-bloc de la guvernul central și granturi alocate pentru scopuri specifice; alte surse majore de finanțare a asistenței medicale primare sunt Schema Națională de Asigurări și taxele de utilizare. Există granturi centrale alocate pentru unele investiții, de exemplu pentru asigurarea, la nivel local, de paturi de îngrijire de urgență.

Îngrijirea spitalicească, precum și psihiatria ambulatorie și tratamentul ambulatoriu al abuzului de droguri și alcool, sunt finanțate prin granturi-bloc și plăți de caz pe bază de [DRG](#) (*Diagnosis-Related Group*) de la guvernul central către autoritățile regionale de sănătate.

Toți rezidenții din Norvegia au dreptul la servicii medicale esențiale. Acest drept, precum și sfera de acoperire, sunt incluse în legislație (Legea municipală pentru sănătate și îngrijire-2011, Legea privind îngrijirea de specialitate-1999 și Legea privind asigurările naționale-1997).

De regulă, toți rezidenții din Norvegia sunt membri ai schemei naționale de asigurări NIS. Orice persoană, indiferent de cetățenie sau statutul de rezidență, are acces la îngrijiri de urgență acută. Nu există o listă pozitivă a serviciilor acoperite de sistemul statutar, dar, în practică, acoperirea publică include îngrijirea de urgență, inclusiv îngrijirea de specialitate de urgență după orele de program.

Evaluare

În ultimii ani s-au observat mai multe tendințe în domeniul îngrijirilor de urgență. Accentul s-a pus pe îmbunătățirea eficienței printr-o centralizare mai mare, de exemplu printr-o colaborare sporită între municipalități, cu scopul de a reduce numărul de centre de urgență în favoarea unor centre mai mari, care deserveșc mai mult de o municipalitate. Cu toate acestea, marea majoritate a centrelor de urgență au un singur medic de serviciu în afara orelor de program obișnuit, ceea ce, combinat cu distanțele mai mari de călătorie până la cel mai apropiat centru, are ca rezultat un acces mai redus la îngrijirea de urgență.

Majoritatea (73%) cazurilor observate la centrele de urgență se caracterizează printr-un nivel scăzut de urgență, în timp ce 2,5% sunt catalogate drept urgențe foarte mari.

Alte tendințe includ specializarea tot mai mare a personalului de pe ambulanță, deoarece acesta oferă un tratament din ce în ce mai complex, impunând cerințe mai mari asupra competențelor medicale ale acestora, precum și asupra sistemelor de comunicare și transmitere a datelor; o mai bună utilizare a resurselor existente de îngrijire de urgență (alocarea de paturi de observație în cadrul departamentelor A&E) și comunicarea îmbunătățită între diferitele servicii de siguranță publică.

Din 2013, Guvernul prezintă Parlamentului o carte albă anuală privind „Calitatea și siguranța pacienților”, subliniind statutul și eforturile în îmbunătățirea calității și siguranța pacienților. Cartea albă prezintă, de asemenea, o imagine de ansamblu asupra clasamentului Norvegiei privind indicatorii raportați în baza de date a OECD Health at a Glance în fiecare an. Indicatorii sunt aleși pentru a reflecta sistemul de sănătate, asistența primară, îngrijirea de urgență, siguranța pacienților, tratamentul cancerului și tratarea bolilor contagioase ([Sistemul de sănătate din Norvegia](#), 2020). Statistic, Norvegia are evaluări relativ bune la asistența de urgență și se află printre primele țări la combaterea mortalității după infarct miocardic acut și a mortalității după accident vascular cerebral ischemic.

Informațiile de mai sus au fost sintetizate, în principal, din:

- publicația [Norway Health System Review Health Systems](#), Vol.22/Nr.1/2020;
- [Legea nr.30/2011 privind serviciile municipale de sănătate și îngrijire](#);
- [Legea nr.63 din 2 iulie 1999 privind drepturile pacienților](#);
- Direcția norvegiană de sănătate - [The Nordic Emergency Medical Services](#), 2014-2018.

POLONIA

În Polonia, asistența prespitalicească intră în [sistemul de urgențe medicale de stat](#). Funcționarea sistemului este reglementată de [Legea din 8 septembrie 2006 privind salvarea medicală de stat](#), cu modificările ulterioare.

Unitățile sistemului de salvare medicală de stat sunt secțiile de urgență ale spitalelor și echipele de salvare medicală, inclusiv echipele de salvare medicală aeriană care au încheiat convenții cu Fondul Național de Sănătate.

Centrele de traumatologie și secțiile spitalicești de urgență care tratează pacienți cu infarct sau accidente vasculare cerebrale cooperează cu sistemul medical de salvare de stat.

Serviciile de urgență care cooperează cu sistemul de salvare medicală de stat sunt pompierii, poliția, serviciile voluntare de salvare montană și acvatică, alte organizații.

Echipele de salvare medicală sunt împărțite în:

- echipe de specialiști - cel puțin trei persoane autorizate să efectueze activități de salvare medicală, inclusiv medicul de sistem și asistenta de sistem sau paramedicul;
- echipe de bază - cel puțin două persoane autorizate să efectueze activități de salvare medicală, inclusiv o asistentă de sistem sau un paramedic;
- echipe de aviație - cel puțin trei persoane: un pilot profesionist, un medic de sistem și un paramedic sau asistent de sistem.

La nivel de spital, serviciile de urgență sunt furnizate unui pacient aflat în stare gravă, într-o secție de urgență a spitalului. Acestea includ și servicii care, în funcție de starea pacientului, necesită diagnostic și tratament imediat. Acolo unde este necesar, aceste servicii includ și transportul pentru a asigura continuitatea tratamentului.

Echipa medicală de urgență transportă o persoană care necesită asistență medicală de la locul accidentului la:

- cel mai apropiat departament de urgență al spitalului,
- un spital indicat de un dispecer medical sau de un coordonator medical de urgență,
- un spital care oferă servicii în funcție de tipul și severitatea cazului, de ex. la un centru de traumatologie, un centru de arsuri, un centru de accidente vasculare cerebrale sau un centru de cardiologie intervențională.

Finanțarea sistemului de urgențe se face de la bugetul de stat, în ceea ce privește prestațiile prespitalicești, și Fondul Național de Sănătate, în sectorul serviciilor spitalicești, în special al secțiilor de urgență ale spitalelor.

Activitățile echipelor de salvare medicală, cu excepția echipelor de salvare medicală aeriană, inclusiv cele rezultate din acorduri internaționale, sunt finanțate de la bugetul de stat din părți gestionate de autoritățile locale.

În conformitate cu Legea privind serviciile medicale de urgență de stat, sarcinile de planificare, organizare, coordonare și supraveghere a sistemului la nivel local (voievodat) intră în atribuțiile autorităților locale. Guvernatorii de provincie sunt responsabili cu întocmirea unui plan provincial, care devine baza unei proceduri de concurs desfășurată de filiala teritorială a Fondului Național de Sănătate, în urma căreia se încheie contracte de prestări de servicii cu furnizorii unităților de urgență.

În Polonia, sistemul de salvare medicală de stat este evaluat de Oficiul Suprem de Audit (cel mai recent raport - [Informații privind rezultatele inspecției: Funcționarea Sistemului de Salvare Medicală](#) - a fost publicat pe 20 decembrie 2020).

Echipele de salvare medicală includ un anumit număr de persoane autorizate să efectueze activități de salvare medicală: cel puțin două în echipele de bază: asistent medical de sistem și/sau paramedic și trei în echipe medicale de specialitate de urgență: medic de sistem, asistent de sistem și/sau paramedic.

[Medicul de sistem](#) este un medic care are specializarea sau titlul de specialist în domeniile anestezie și terapie intensivă ori medicină de urgență sau neurologie sau se află după al doilea an de specializare în aceste domenii și continuă pregătirea de specializare.

Medicii de sistem care se specializează în anestezie și terapie intensivă, medicină de urgență sau neurologie, în termen de 5 ani de la confirmarea finalizării pregătirii de specializare sau de la data deciziei privind recunoașterea realizărilor științifice și profesionale, vor rămâne medici de sistem.

Asistenta de sistem este o asistentă medicală care are o diplomă de specialitate sau este specializată în asistență medicală de urgență, anestezie și terapie intensivă, chirurgie, cardiologie, pediatrie sau a absolvit un curs de calificare în asistență medicală de urgență, anestezie și terapie intensivă, chirurgie, cardiologie, pediatrie și are o vechime în muncă de cel puțin trei ani în secțiile acestor specialități, secții de urgență, săli de admitere sau servicii de ambulanță.

Un paramedic este o persoană care a absolvit studii de prim ciclu de trei ani în serviciile medicale de urgență sau o școală postliceală de doi ani și a obținut titlul de paramedic.

Coordonatorul regional al serviciilor medicale de urgență este angajat de autoritățile locale din rândul medicilor de sistem, paramedicilor sau asistentelor de sistem; în cazul ultimelor două profesii, condițiile de ocupare a funcției sunt finalizarea studiilor de ciclul II și minimum 4 ani experiență ca dispecer medical.

În cadrul secțiilor de urgență ale spitalelor trebuie să funcționeze:

- șeful secției (medicul responsabil de secție);
- asistent medical de secție care este asistent medical de sistem sau paramedic sau asistent de sistem cu studii superioare și vechime în muncă de cel puțin 5 ani în secție, coordonând activitatea asistenților medicali, paramedicilor, registratorilor și personalului auxiliar;
- un număr suficient de medici pentru buna funcționare a secției, cel puțin un medic de sistem prezent permanent în secție și cel puțin doi medici de gardă la secțiile de urgență ale spitalului;
- un număr suficient de asistente sau paramedici pentru buna funcționare a secției;
- registratori medicali și personal auxiliar.

PORTUGALIA

În Portugalia, articolul 64 din [Constituția Republicii Portugheze](#) consacră dreptul la sănătate, care este unul dintre drepturile sociale fundamentale:

1-Orice persoană are dreptul la ocrotirea sănătății și îndatorirea de a apăra și promova sănătatea.

2-Dreptul la ocrotirea sănătății este îndeplinit:

a) prin intermediul unui serviciu național de sănătate universal și general, care, ținând cont în special de condițiile economice și sociale ale cetățenilor care îl utilizează, tinde să fie gratuit;

b) prin crearea unor condiții economice, sociale, culturale și de mediu care să garanteze în mod deosebit protecția copilăriei, tinereții și bătrâneții; prin îmbunătățirea sistematică a condițiilor de viață și de muncă și promovarea aptitudinii fizice și a sportului la școală și în rândul oamenilor; și, de asemenea, prin dezvoltarea educației pentru sănătate și igienă a oamenilor și a practicilor de viață sănătoase.

3- Pentru asigurarea dreptului la ocrotirea sănătății, statului îi revine, în mod prioritar:

a) garantarea accesului fiecărui cetățean, indiferent de situația sa economică, la asistență medicală preventivă, curativă și recuperativă;

b) garantarea unei acoperiri raționale și eficiente la nivel național în ceea ce privește resursele umane și unitățile sanitare;

c) accesibilitatea costurilor asistenței medicale și medicamentelor;

d) monitorizarea și inspectarea formelor antreprenoriale și private de medicină și articularea acestora cu serviciul național de sănătate, astfel încât să se asigure standarde adecvate de eficiență și calitate atât în instituțiile sanitare publice, cât și private;

e) monitorizarea și controlul producției, distribuției, comercializării, vânzării și utilizării produselor chimice, biologice și farmaceutice și a altor mijloace de tratament și diagnostic;

f) stabilirea politicilor de prevenire și tratare a abuzului de droguri.

4- Conducerea serviciului național de sănătate este descentralizată și participativă.

De asemenea, [Legea fundamentală a sănătății](#), aprobată în anexa la Legea nr.95/2019, stabilește:

Dreptul la protecția sănătății

1-Dreptul la ocrotirea sănătății este dreptul oricărei persoane de a se bucura de cel mai înalt nivel posibil de sănătate fizică, mintală și socială, presupunând crearea și

dezvoltarea condițiilor economice, sociale, culturale și de mediu care să asigure un nivel sănătos de viață, muncă și agrement.

2- Dreptul la protecția sănătății constituie o responsabilitate comună a indivizilor, societății și statului și cuprinde accesul, pe tot parcursul vieții, la promovarea sănătății, prevenire, tratament și reabilitare, la îngrijire continuă și la îngrijiri paliative.

3- Societatea are datoria de a contribui la protecția sănătății în toate politicile și sectoarele de activitate.

4- Statul promovează și garantează dreptul la protecția sănătății prin Serviciul Național de Sănătate ([Serviço Nacional de Saúde - SNS](#)), Serviciile Regionale de Sănătate și alte instituții publice, centrale, regionale și locale.

Art.9 din aceeași lege stabilește că sistemele locale de sănătate, constituite din serviciile și unitățile SNS și alte instituții publice cu intervenție directă sau indirectă în sănătate, răspund, în aria geografică respectivă, de asigurarea promovării sănătății, continuitatea furnizării de îngrijiri și utilizarea rațională a resurselor.

În art.22, legea reglementează organizarea și funcționarea SNS și natura juridică a diferitelor unități și prestatori de servicii care îl compun. Organizarea și funcționarea SNS se bazează pe diferite niveluri de îngrijire și tipuri de unități sanitare, care funcționează într-o manieră articulată, integrată și intersectorială. Organizarea internă a unităților și serviciilor SNS trebuie să se întemeieze pe modele care pun accent pe autonomia managerială, nivelurile intermediare de responsabilitate și munca în echipă.

Funcționarea unităților și serviciilor SNS trebuie să se bazeze pe instrumente și tehnici de planificare, management și evaluare, care să asigure utilizarea eficientă a resurselor publice alocate acestora.

Serviciul Național de Sănătate (SNS), conform [Legii executive nr.56/79](#), din 15 septembrie 1979 (text consolidat), este constituit dintr-o rețea de organisme și servicii, care acționează în mod articulată, urmărind să asigure asistență medicală întregii populații. Potrivit articolului 14 din această lege, utilizatorii SNS au dreptul, în condițiile care urmează a fi reglementate, la beneficii precum: îngrijiri medicale generale și de specialitate; internarea în spital; transportul pacientului când este indicat medical; elemente complementare de diagnostic și tratament de specialitate etc.

După cum se prevede la articolul 2 alin.(2) din [Ordonanța nr.147/2017](#), din 27 aprilie 2017, rețeaua SNS de furnizare de asistență medicală este formată din:

- Asistență medicală primară – Centre de asistență medicală și unități corespunzătoare, respectiv unități de sănătate a familiei, unități sanitare personalizate, unități de îngrijire comunitară, unități de sănătate publică și unități de resurse de îngrijire partajată, inclusiv cele integrate în unitățile sanitare locale;

- Asistență medicală spitalicească - Spitalele, Centrele spitalicești, Direcțiile și Serviciile respective, inclusiv cele integrate în Unitățile Sanitare Locale, cu precădere în Centrele Integrate de Responsabilitate și Centrele de Referință;
- Asistență Continuă Integrată - unități și echipe de internare și ambulante ale Rețelei Naționale de Asistență Continuă Integrată;
- Asistență de urgență - Servicii de urgență definite în Rețeaua SNS.

În consecință, art.3 din [Legea executivă nr.28/2008](#), din 22 februarie 2008 (text consolidat), stabilește că unitățile sanitare locale reprezintă unitatea funcțională de bază a SNS, a cărei sarcină este de a garanta acordarea de asistență medicală primară populației dintr-o anumită zonă geografică; pentru a-și îndeplini misiunea, acestea desfășoară activități de promovare a sănătății și prevenire a îmbolnăvirii, acordă îngrijiri în caz de boală și conexiunea cu alte servicii pentru continuitatea îngrijirii, precum și activități de supraveghere epidemiologică, cercetare în sănătate, control și evaluare a rezultatelor, participare la formarea diferitelor grupuri profesionale în diferite etape.

Unitățile sanitare locale au programul de funcționare (obișnuit) între orele 8,00 și 20,00 în zilele lucrătoare, putând fi prelungit până la miezul nopții în zilele lucrătoare și, eventual, în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbătorile legale, în funcție de nevoile de sănătate ale populației, de caracteristicile geo-demografice ale zonei acoperite de acestea și de disponibilitatea resurselor.

Alte entități din SNS sunt spitalele, astfel cum sunt definite de articolele 8 (1) lit. b) și 12 lit. a) și (b) din Ordonanța nr. 147/2017, din 27 aprilie 2017, în care accesul se face pe baza trimerilor medicale. În cazul unei situații de urgență, beneficiarii SNS pot alege în mod liber orice secție de urgență al rețelei SNS, indiferent de zona geografică de reședință; totuși, acest acces ar trebui, de preferință, să fie precedat de contactul cu centrele de asistență medicală primară, centrul de contact SNS sau Institutul Național de Urgențe Medicale ([Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM](#)). INEM este un institut public integrat în administrația indirectă a statului, care beneficiază de autonomie administrativă și financiară și de bunuri proprii. Acest organ central asigură, sub autoritatea ministrului sănătății, coordonarea funcționării, în Portugalia continentală, a unui Sistem Integrat de Urgență Medicală ([Sistema Integrado de Emergência Médica - SIEM](#)), pentru furnizarea promptă și corectă a asistenței medicale.

Prin numărul european de urgență 112, INEM dispune de multiple resurse pentru a răspunde eficient urgențelor medicale și pentru a-și îndeplini funcțiile, precum:

- acordarea de îngrijiri medicale de urgență în mediul prespitalicesc, de personal medical și nemedical, și articularea respectivă cu secțiile de urgență;
- transport de urgență;
- recepție spitalicească și tratament de urgență;

- instruire în medicina de urgență;
- planificare civilă și prevenire;
- rețea de telecomunicații de urgență;
- asigurarea preluării și gestionării apelurilor redirecționate către acesta prin numărul de telefon de urgență și activarea mijloacelor medicale de urgență corespunzătoare;
- asigurarea acordării de îngrijiri medicale de urgență în mediul prespitalicesc și asigurarea transportului către unitățile sanitare corespunzătoare;
- promovarea unui răspuns integrat la cazurile urgente, transferul corect al pacientului și asigurarea transportului interspital.

Finanțare

Potrivit art.23 din Legea fundamentală a sănătății, finanțarea SNS se asigură de la bugetul de stat, fără a aduce atingere altor venituri prevăzute de lege, regulament, contract sau alt titlu. Legea definește criteriile obiective și cuantificabile de finanțare a SNS și poate stabili valori minime de respectat în conformitate cu indicatorii demografici, sociali și de sănătate. Finanțarea include dotarea SNS cu resursele necesare îndeplinirii funcțiilor și obiectivelor sale, iar investițiile SNS sunt supuse planificării multianuale. Unul dintre venituri este taxa de utilizare, conform art.24 al legii; scutirea de la plata taxelor de utilizare se face în funcție de condițiile resurselor, boală sau vulnerabilitate deosebită. Taxa de utilizator este suma pe care o persoană o plătește pentru o consultație, un examen, un tratament sau o altă formă de îngrijire medicală în cadrul Serviciului Național de Sănătate.

Cadrul legal pentru plata taxei de utilizare este stabilit în [Legea executivă nr.113/2011](#), din 29 noiembrie 2011 (text consolidat); art.2 prevede că serviciile de îngrijire a sănătății, ale căror costuri sunt suportate de la bugetul SNS, implică plata taxelor de utilizare numai în serviciile spitalicești de urgență.

Potrivit art.4 și art.6, există scutiri de la plata taxei de utilizare pentru: gravide; minori; utilizatori cu un grad de incapacitate egal sau mai mare de 60%; utilizatorii aflați în situație de insuficiență economică, precum și persoanele aflate în întreținerea familiei respective, al căror venit mediu lunar este egal sau mai mic de 1,5 ori valoarea indicelui de sprijin social ([indexante dos apoios sociais-IAS](#)) - 443,20 EUR; donatori voluntari de sânge/celule, țesuturi și organe; pompieri; pacienți cu transplanturi; șomeri, în condițiile legii; solicitanți de azil/refugiați.

Inspectoratul General al Activităților de Sănătate ([Inspeção-Geral das Atividades em Saúde-IGAS](#)), conform articolului 2 (1) din Legea executivă nr. 33/2012, din 13 februarie 2012, are misiunea de a audita, inspecta, supraveghea și sancționa, cu scopul de a asigura respectarea legii și a înaltei calități în acordarea asistenței medicale, indiferent

dacă sunt realizate de serviciile, unitățile și organele Ministerului Sănătății sau de persoane private, persoane fizice sau juridice, cu sau fără scop lucrativ.

Rețeaua serviciilor de urgență integrează următoarele niveluri de răspuns, în ordinea crescândă a resurselor și a capacității de reacție:

1. Serviciile de bază de urgență reprezintă primul nivel de primire a situațiilor de urgență, cel mai apropiat de populație, și constituie un nivel de abordare și rezolvare a celor mai simple și frecvente situații de urgență.

Acest tip de servicii sunt responsabile și de nivelul inițial de stabilizare pentru situațiile de urgență mai complexe care necesită un nivel de îngrijire mai diferențiat, în care Sistemul de Urgență Medicală Prespitalicească nu este în măsură să asigure transportul direct în siguranță către acel nivel superior de responsabilitate a serviciului de urgență, sau atunci când utilizatorul nu recurge la serviciile de răspuns telefonic existente ale Sistemului Național de Sănătate (112 și Linia de Sănătate 24) și, ca atare, se adresează direct la serviciilor de urgență de bază.

Aceste servicii de urgență trebuie să funcționeze oriunde este posibilă garantarea accesului la serviciile de urgență, atunci când populației dintr-o anumită zonă teritorială nu i se asigură un nivel superior de servicii de urgență (Serviciul de Urgență chirurgical sau Serviciul de Urgență Polivalent), cu un timp maxim de acces de 60 de minute.

Serviciile de bază de urgență au următoarele resurse minime:

- Resurse umane prezente: doi medici, doi asistenți medicali, tehnician diagnostic și terapeutic din domeniile profesionale corespunzătoare, în funcție de diversitatea examinărilor ce urmează a fi efectuate, un asistent operațional cu funcții de asistent de acțiune medicală, cu pregătire în suportul de viață de bază, și un asistent tehnic pe echipă;
- Echipamente: autovehiculul de urgență cu echipamentul prevăzut în normele Direcției Generale Sănătate, material pentru asigurarea accesului cailor respiratorii, ventilator portabil, monitor de semne vitale, cu defibrilator manual și automat, monitor de saturație, capnograf și stimulator cardiac extern, electrocardiograf cu 12 derivații, aparatură pentru imobilizarea și transportul accidentatului, condiții și material pentru intervenții chirurgicale minore, radiologie simplă (pentru schelet, torace și abdomen), patologie chimică/chimică uscată și capacitate de măsurare a gazelor din sânge și lactaților.
- Ambulanță de resuscitare, activabilă numai de către Centrele de Orientare Urgențe INEM ([Centros de Orientação de Doentes Urgentes – CODU](#)), în management integrat, cu asistenți care participă, pe lângă activitatea prespitalicească, la acordarea de îngrijiri în secția de urgențe și colaborează la transportul pacienților critici.

2. Serviciile de urgență medico-chirurgicale sunt al doilea nivel de primire a situațiilor de urgență, funcționând ca o rețea, situate ca formă primară de sprijin diferențiat prin îngrijiri mai specializate sau sprijin din specialități care nu există în alte servicii.

Pentru Portugalia continentală, sunt definite între 20 și 39 de servicii de urgență medico-chirurgicale. Fiecare serviciu de urgență medico-chirurgical trebuie să se afle la mai mult de 60 de minute de un alt serviciu identic sau serviciu de urgență polivalent.

Acest tip de serviciu de urgență trebuie să dispună de următoarele resurse:

- Resurse umane: echipe de medici, asistenți medicali, tehnicieni diagnostici și terapeutici, alți profesioniști din domeniul sănătății;
- Specialități medicale obligatorii: medicină internă; pediatrie; chirurgie generală; ortopedie; anestezie; imuno-hemoterapie; sală de operație (permanent); imagistică (în mod permanent radiologie convențională, ecografie simplă și tomografie computerizată); patologia clinică (trebuie să asigure toate examinările de bază, inclusiv analizele de gaze din sânge și lactații, în mod permanent). Suportul pentru specialitățile cardiologie (inclusiv capacități de cardiologie de intervenție), neurologie, oftalmologie, otorinolaringologie, urologie, nefrologie (cu dializă pentru situații acute), obstetrică, chirurgie pediatrică, psihiatrie, pneumologie, gastroenterologie și terapie intensivă.
- Echipament minim: o cameră de urgență, echipă cu pregătire de specialitate în medicina de urgență și o zonă de îngrijire intermediară pentru pacienții care necesită supraveghere organizată și sistematică. Unitățile sau Serviciile de Terapie Intensivă trebuie să ofere sprijin în activitatea de primire a Urgenței și/sau a Pacientului Critic, prin prezența sau accesul prompt la un medic cu pregătire în terapie intensivă. Dispune de un vehicul de urgență medicală și reanimare în management integrat, în care echipa, pe lângă asigurarea activității prehospitalicești, participă la acordarea de îngrijiri pacienților critici din cadrul Serviciului de Urgență și poate colabora la transportul acestora. Operativitatea vehiculului nu poate fi pusă în discuție și nici nu poate exista o întârziere în activarea acestuia, aceasta intrând în sarcina exclusivă a Centrelor de urgență de ale INEM.

3. Serviciile polivalente de urgență reprezintă cel mai diferențiat nivel de răspuns la situații de urgență și trebuie să ofere un răspuns de proximitate populației din zonă. Pentru Portugalia continentală este fixată o rețea de aproximativ 10 până la 13 unități de acest tip, alocat pentru 750.000 până la 1.000.000 de locuitori.

Pe lângă resursele aferente serviciilor de urgență medico-chirurgicală, acest tip de serviciu de urgență trebuie să ofere și răspunsuri specifice în următoarele domenii: neurochirurgie; imagistică cu angiografie digitală și scanare prin rezonanță magnetică nucleară; patologia clinică cu toxicologie; cardiologie de intervenție/cateterizare cardiacă/angioplastie; pneumologie (cu endoscopie); gastro-enterologie (cu endoscopie);

chirurgie cardiotoracică; chirurgie plastică și reconstructivă; chirurgie maxilo-facială; chirurgie vasculară; terapie intensivă.

Dispune de un vehicul de urgență medicală și reanimare în management integrat, în care echipa, pe lângă asigurarea activității prespitalicești, participă la acordarea de îngrijiri pacienților critici din secția de urgență, putând colabora la transportul acestora. Acest tip de serviciu de urgență trebuie să asigure formarea în asistența medicală de urgență și să aibă un centru de formare acreditat de INEM.

În serviciile de urgență medico-chirurgicale și în serviciile de urgență polivalente îngrijirea copiilor intră în sarcina serviciilor de urgență pediatrică, care trebuie să aibă dotări proprii; trebuie să existe un serviciu de urgență pediatrică în fiecare spital cu secție de urgență medico-chirurgical sau un Serviciu de Urgență Polivalent unde există un Serviciu de Pediatrie.

ROMÂNIA

1. Organizarea serviciilor de asistență medicală de urgență

La nivel pre-spital

În art.97 al [Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății](#) (legea-cadru în domeniul sănătății) se prevede:

Asistența medicală publică de urgență în faza prespitalicească este asigurată de serviciile de ambulanță județene și Serviciul de Ambulanță București-Ilfov, precum și de echipajele integrate ale Serviciilor mobile de urgență, reanimare și descarcerare, aflate în structura inspectoratelor pentru situații de urgență, a autorităților publice locale și a spitalelor județene și regionale. Serviciile de ambulanță județene pot fi organizate și pot acționa în structuri zonale sau interjudețene în baza unor criterii operative.

Serviciile de ambulanță județene și al capitalei se află în subordinea Ministerului Sănătății, potrivit Anexei 2/pct.A-10 din [Hotărârea Guvernului nr.144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății](#).

Serviciile mobile de urgență, reanimare și descarcerare (SMURD) funcționează în subordinea Inspectoratului General pentru Situații de Urgență – Departamentul pentru Situații de Urgență din cadrul Ministerului Afacerilor Interne.

La nivel de spital

Potrivit [Ordinului Ministerului Sănătății nr.1706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor](#), în cadrul spitalelor funcționează următoarele structuri de primiri urgențe:

- unitate de primire urgențe (UPU) - secția sau secția clinică aflată în structura unui spital județean, regional sau în structura spitalelor aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii, cu personal propriu, special pregătit, destinată triajului, evaluării și tratamentului de urgență ale pacienților cu afecțiuni acute, care se prezintă la spital spontan sau care sunt transportați de ambulanțe. Autoritățile de sănătate publică pot propune Ministerului Sănătății Publice, în baza evaluării conform prevăzute de lege, desființarea UPU din unitățile sanitare, altele decât spitalele regionale și județene, din municipiile reședință de județ cu număr de locuitori sub 500.000, în vederea asigurării funcționării corecte a cel puțin o UPU în municipiul respectiv la nivelul spitalului județean.
- compartiment de primire urgențe (CPU) - secția aflată în structura unui spital orășenesc, municipal sau în structura spitalelor aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii, cu personal propriu, special pregătit. CPU sunt organizate astfel încât să fie posibile primirea, trierea, investigarea de bază, stabilizarea și aplicarea tratamentului de urgență majorității pacienților sosiți cu ambulanțele sau cu mijloacele proprii de transport, fiind necesară organizarea transferului unor pacienți care necesită investigații complexe și tratament definitiv de urgență la un spital de categorie superioară din județul respectiv sau din alt județ.
- compartiment de primire urgențe de specialitate (CPU-S) structura aflată în cadrul unui spital de specialitate, cu personal din specialitatea secției sau secțiilor de specialitate, destinată primirii, evaluării și tratamentului de urgență ale pacienților cu afecțiuni acute specifice profilului spitalului respectiv, care se prezintă la spital spontan, sunt transferați de la o altă UPU sau de la un alt CPU pentru consult/internare sau care sunt transportați de ambulanțe.

În scopul coordonării activităților privind organizarea, funcționarea și finanțarea Sistemului național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat, precum și a serviciilor profesionale pentru situații de urgență funcționează [Comisia interministerială pentru suport tehnic](#). Aceasta emite aviz conform [pentru realizarea programelor de înzestrare, dotare, pregătire a personalului și alte măsuri](#) pentru buna funcționare a serviciilor de ambulanță și UPU/CPU, precum și pentru proiectele de acte normative în domeniul asistenței medicale de urgență și acordarea primului ajutor medical calificat, ce urmează a fi adoptate/emise de Guvern, respectiv de conducătorii organelor de specialitate ale administrației publice centrale.

Colaborarea serviciilor de urgență pre-spital și spital

În conformitate cu prevederile Capitolului VIII din [Ordinul Ministerului Sănătății nr.1706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor](#):

- Serviciile de urgență prespitalicească vor preda pacienții, după caz, asistentului de triaj sau unui medic de gardă din cadrul UPU sau CPU. La predarea pacientului se va preda și o fișă medicală a acestuia, completată de șeful echipajului de urgență prespitalicească și semnată de acesta.
- Personalul UPU sau CPU are obligația să preia pacientul în cel mai scurt timp posibil, eliberând echipajul respectiv în cel mult 15 minute de la sosirea în UPU sau CPU.
- Medicii din UPU sau CPU, precum și medicii de gardă din spital nu au dreptul de a reține echipajele de urgență din cadrul serviciilor de ambulanță sau SMURD, cu excepția cazului în care pacientul se află în stare critică, necesitând transfer imediat către o altă unitate sanitară, situație în care se va obține acordul dispeceratului medical care coordonează echipajul respectiv.
- Între dispeceratul medical sau cel integrat și UPU va exista o legătură permanentă radio și/sau telefonică.
- Echipajele care transportă pacienți aflați în stare critică au obligația să anunțe sosirea lor din timp, cu cel puțin 10 minute înaintea sosirii, și să aducă la cunoștința personalului din UPU/CPU, direct ori prin intermediul dispeceratului, datele clinice despre starea pacientului și tratamentul aplicat acestuia până la momentul respectiv.
- Personalul din UPU/CPU are obligația, pe baza informațiilor primite de la echipajele de urgență prespitalicească, de a pregăti în prealabil camera de reanimare și de a anunța, după caz și în conformitate cu protocoalele unității, specialitățile care trebuie să fie prezente în mod obligatoriu la sosirea cazului.
- Personalul din UPU sau CPU va informa și secția de imagistică în vederea pregătirii prealabile, în cazul în care se anticipează necesitatea unei examinări CT. Totodată, va fi informat și blocul operator, în cazul în care se anticipează necesitatea unei intervenții de urgență în scurt timp.
- În cazul în care există posibilitatea transmiterii datelor medicale prin sistem de transmisie telemedicală de la echipajele de urgență prespitalicească la UPU, personalul medical din UPU va asigura consultanță, la solicitarea echipajelor, fără întârziere. În acest sens, responsabilitatea asigurării consultanței va fi dată unui medic din fiecare tură, sub directă îndrumare a medicului responsabil de tură.
- La solicitarea echipajelor de urgență prespitalicească, UPU sau CPU poate trimite personal medical de specialitate, echipamente, medicamente și materiale sanitare în sprijinul acestora, folosind, după caz, mijloace de deplasare proprii ale unității

respective sau mijloace de deplasare ale serviciului de ambulanță ori ale altor instituții care pot asigura sprijinul în acest sens.

- Personalul din serviciile de urgență prespitalicească poate efectua stagii de pregătire în cadrul UPU și CPU.

Finanțarea

Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății prevede următoarele:

Finanțarea acordării asistenței medicale publice de urgență se face prin:

- bugetul Ministerului Sănătății de la bugetul de stat și din venituri proprii,
- bugetul Ministerului Afacerilor Interne,
- bugetele ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie,
- donații și sponsorizări,
- alte surse prevăzute prin lege.

Finanțarea serviciilor de ambulanță județene, respectiv a Serviciului de Ambulanță București-Ilfov se asigură de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății. Criteriile de alocare a fondurilor se aprobă prin ordin al ministrului sănătății.

Consultările de urgență la domiciliu și transportul sanitar neasistat pot fi realizate și de furnizori privați prin relație contractuală directă cu casa de asigurări de sănătate, sub coordonarea serviciilor publice de ambulanță.

Donățiile și sponsorizările către serviciile publice de urgență nu pot fi efectuate în vederea obținerii unor privilegii care duc la discriminare în acordarea asistenței de urgență, cum ar fi: asigurarea asistenței medicale de urgență sau a primului ajutor calificat în mod preferențial donatorului, sponsorului sau altor persoane.

Fondurile pentru îngrijirea cazurilor critice ale căror costuri nu pot fi acoperite din sumele obținute pe baza contractelor cu casele de asigurări de sănătate vor fi asigurate de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, și din venituri proprii. Aceste fonduri pot fi utilizate și pentru plata cheltuielilor aferente tratamentului în străinătate pentru persoanele care au suferit arsuri grave, atât pentru cele care au calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cât și pentru persoanele neasigurate, care întrunesc criteriile de internare în centrele pentru arși, stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

Pentru serviciile de ambulanță județene, respectiv pentru Serviciul de Ambulanță București-Ilfov se aprobă, prin hotărâre a Guvernului, înființarea unei activități finanțate integral din venituri proprii, respectiv activitatea de transport sanitar la cerere, atât intern, cât și extern, și de asigurare a asistenței medicale la cerere pentru manifestații sportive și alte manifestații cu public larg.

Conform legii, SMURD este un serviciu public fără personalitate juridică. În cadrul SMURD lucrează trei categorii de angajați, respectiv personal medical:

- personal medical (angajați ai spitalelor) pentru echipajele de terapie intensivă mobilă și salvare aeriană,
- pompieri – angajați ai Inspectoratului pentru Situații de Urgență din cadrul Ministerului Afacerilor Interne,
- piloți – angajați ai Unității Speciale de Aviație, din cadrul Ministerului Afacerilor Interne,
- un număr mic de pompieri/paramedici, angajați ai autorităților publice locale.

Astfel, activitatea SMURD este finanțată din bugetul de stat prin Ministerul Sănătății și Ministerul Afacerilor Interne, precum și din donații și sponsorizări. Unele echipaje SMURD primesc finanțare din partea autorităților publice locale, prin plata salariilor angajaților.

Dotarea SMURD este făcută din fonduri de la bugetul de stat și, în unele situații, din bugetul autorităților publice locale, precum și din donații și sponsorizări, în conformitate cu prevederile legii.

UPU și CPU din cadrul spitalelor de urgență sunt finanțate de la bugetul de stat pentru cheltuieli de personal și cheltuieli cu medicamente și materiale sanitare, precum și din veniturile realizate de unitatea sanitară. Vor fi finanțate numai UPU/CPU din spitalele de urgență, care îndeplinesc condițiile de organizare și dotare prevăzute de lege.

Evaluarea serviciilor de asistență medicală de urgență

La nivel pre-spital

Potrivit [Ordinului nr.545/2004](#) privind aprobarea Normelor metodologice de evaluare pentru acreditarea furnizorilor de servicii medicale de urgență prespitalicească și a furnizorilor de transport medical, acreditarea furnizorilor care au în obiectul de activitate prestarea de servicii medicale de urgență prespitalicească și transport medical, autorizați conform prevederilor legale în vigoare, se face de către Subcomisia Națională de Acreditare a Furnizorilor de Servicii Medicale de Urgență și Transport Medical.

La nivel de spital

Potrivit Ordinului MS nr.1706/2007, evaluarea/reevaluarea UPU și CPU din spitalele de urgență, privind îndeplinirea condițiilor de organizare și dotare prevăzute de lege, se va face de către comisii aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice.

Comisiile de evaluare/reevaluare sunt formate din reprezentanți ai autorităților de sănătate publică și directori de program de rezidențiat în medicina de urgență, având următoarea componență: președinte - director de program de rezidențiat în medicina de urgență; membrii - un director de program de rezidențiat în medicina de urgență; trei reprezentanți ai autorităților de sănătate publică, din care un reprezentant din cadrul autorității de sănătate publică județeană în care se face evaluarea/reevaluarea.

Pentru spitalele care nu au statut de spital de urgență și au aprobate în structura organizatorică structuri de primire urgență UPU sau CPU, acordarea asistenței medicale de urgență se va face în cadrul acestor structuri.

Structurile de primire urgență UPU/CPU din cadrul spitalelor de urgență vor fi reevaluate, din punct de vedere al organizării și dotării, anual, iar cele din cadrul spitalelor care nu au statut de spital de urgență vor fi reevaluate o dată la 6 luni.

La nivel național

[Legea nr.185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate](#) prevede că asigurarea calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului este responsabilitatea unităților sanitare, conform politicii și strategiei de sănătate promovate de către Ministerul Sănătății și Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS). Standardizarea și evaluarea serviciilor de sănătate se realizează de către ANMCS, iar actele normative adoptate de ANMCS sunt obligatorii pentru toate unitățile sanitare care doresc să se acrediteze, în condițiile legii.

Competențele echipajelor de asistență medicală de urgență

La nivel pre-spital

Personalul medical, precum și personalul nemedical (ambulanțieri, pompieri și conducători auto) din cadrul echipajelor care participă la acordarea asistenței medicale publice de urgență în faza prespitalicească sunt pregătite în centre de formare acreditate și autorizate de Ministerul Sănătății.

Personalul din cadrul centrelor de apel unic de urgență 112, ca și cel din cadrul dispeceratelor medicale, va fi special pregătit în centre de formare acreditate și autorizate de Ministerul Sănătății, Ministerul Afacerilor Interne și Serviciul de Telecomunicații Speciale.

Asistenții medicali din cadrul echipajelor de urgență prespitalicească vor fi instruiți și autorizați în utilizarea defibrilatoarelor semiautomate, iar medicii vor fi unici autorizați în utilizarea defibrilatoarelor manuale.

Personalul Serviciului Mobil de Urgență, Reanimare și Descarcerare (SMURD) este instruit în cadrul Centrului Național de Instruire în Asistență Medicală de Urgență ([CNIAMU](#)).

Potrivit art.3 din [Normele metodologice din 12 decembrie 2008](#) și [Legii nr.5/2021](#) privind statutul personalului profesionist operativ de intervenție din cadrul serviciilor civile care asigură asistența publică medicală de urgență și prim ajutor calificat, personalul care participă la acordarea asistenței publice integrate de urgență prespitalicească, la toate nivelurile ei, include următoarele categorii:

- medici cu specialitatea medicină de urgență;
- medici cu specialitatea anestezie terapie intensivă;
- medici cu competență/atestat în medicina de urgență prespitalicească;
- medici de familie sau de medicină generală;
- medici rezidenți în specialitatea medicină de urgență, sau anestezie terapie intensivă începând cu semestrul II al anului III de pregătire, cu acordul directorului sau coordonatorului programului de rezidențiat;
- medici rezidenți în specialitatea medicină de familie și medicină internă începând cu semestrul I din anul III de pregătire cu acordul directorului sau coordonatorului programului de rezidențiat;
- asistenți medicali cu atestate/cursuri în acordarea asistenței medicale de urgență;
- personal paramedical cu instruire specifică în domeniul acordării primului ajutor calificat și al asistenței medicale de urgență în echipă;
- ambulanțieri cu instruire specifică în acordarea primului ajutor de bază și al asistenței medicale de urgență în echipă;
- voluntari cu instruire specifică în acordarea asistenței medicale de urgență și a primului ajutor calificat în echipă.

La nivel de spital

În UPU pot lucra, după caz, potrivit Ordinului MS nr.1706/2007, următoarele categorii de personal:

- medici în specialitatea medicină de urgență;
- medici rezidenți în medicină de urgență, în condițiile legii;
- medici în specialitatea anestezie terapie intensivă (ATI) în regim de gardă, iar medicii ATI încadrați în aceste structuri au obligația să-și desfășoare întreaga activitate în cadrul UPU;
- medici în specialitatea radiologie și imagistică medicală în regim de gardă, iar medicii din specialitatea respectivă încadrați în aceste structuri au obligația să-și desfășoare întreaga activitate în cadrul UPU;

- medici de medicină generală sau medicină de familie cu competență/atestat în medicină de urgență, angajați cu contract individual de muncă pe perioadă determinată, în condițiile legii;
- medici care au parcurs integral perioada de rezidențiat în medicină de urgență fără a promova examenul de medic specialist, respectând reglementările în vigoare;
- medici în specialitatea pediatrie în regim de gardă, iar medicii pediatrii încadrați în aceste structuri au obligația să-și desfășoare întreaga activitate în cadrul UPU;
- asistenți medicali;
- asistenți sociali;
- asistenți/tehnicieni de radiologie și imagistică medicală;
- asistenți/tehnicieni de laborator;
- personal de informatică;
- registratori medicali/operatori calculator;
- personal auxiliar (de exemplu, infirmieri, brancardieri, îngrijitori de curățenie, personal de pază, personal de secretariat);
- personal paramedical, conducători auto, în cazul în care în structura UPU există un serviciu mobil de urgență, reanimare și descarcerare/(SMURD), organizat în conformitate cu legislația în vigoare.

Surse:

Triajul în structurile pentru primirea urgențelor,

http://www.smutm.ro/images/fisiere/legislatie/Protocolul_national_de_triaj.pdf

SLOVACIA

Organizarea serviciilor

În Slovacia, sistemul integrat de salvare (prescurtat IRS) este reglementat prin prevederile [Legii nr.129/2002 privind sistemul integrat de salvare](#). În Slovacia, serviciul medical de urgență face parte din sistemul integrat de salvare, fiind reglementat prin intermediul [Legii nr. 579/2004 privind serviciul medical de urgență](#).

Potrivit Secțiunii 2, serviciul medical de urgență este asigurat prin intermediul următoarelor structuri:

- Centrul operațional al Serviciului medical de urgență din Republica Slovacă (OS ZZS SR), apelând linia de urgență 112 sau 155. Centrul este o organizație subvenționată de stat și aparține Ministerului Sănătății din Republica Slovacă, fiind împărțită în direcții și opt centre operaționale regionale ZZS. Operatorii din centrele operaționale regionale, care lucrează

în regim 24/7 și răspund pe linia de urgență 155, oferă în permanență asistență persoanelor cu probleme grave de sănătate și gestionează întregul sistem de servicii de urgență;

- furnizori de servicii de urgență (ambulanțele) – sunt de stat sau companii private; în prezent, în Slovacia există 13 astfel de furnizori de servicii de urgență.

Centrele regionale de operațiuni ale serviciilor de urgență preiau apelurile pe linia de urgență 155, evaluează informațiile obținute și, dacă este necesar, le trimit direct la cel mai apropiat echipaj de urgență din punct de vedere geografic, astfel încât acesta să ajungă la pacient cât mai repede posibil.

Rețeaua furnizorilor de servicii medicale de urgență este formată din 280 de stații în Slovacia. Acestea sunt împărțite în servicii medicale de urgență (RZP), asistență medicală de urgență (RLP) și stații de ambulanță cu elicopter. Acoperirea întregului teritoriu al Slovaciei de către această rețea de servicii asigură acordarea de ajutor pacientului în caz de pericol pentru viață în termen de 15 minute.

Furnizarea de servicii de urgență în ambulatoriu este reglementată de secțiunea 8a din [Legea nr.576/2004 privind asistența medicală](#). Furnizor are dreptul de a opera o ambulanță de urgență în regim ambulatoriu în zilele lucrătoare între orele 16.00 și 22.00 și în zilele nelucrătoare între orele 7.00 și 22.00, în baza eliberării unei autorizații. În cadrul serviciului de urgență în ambulatoriu, este posibil să se furnizeze și un serviciu de vizită la domiciliu.

Furnizarea unui serviciu de urgență în regim ambulatoriu este asigurată de organizator prin intermediul unui medic care deține unul dintre titlurile profesionale de mai jos:

- a. medic generalist sau un medic internist cu o experiență profesională de cel puțin trei ani într-o unitate sanitară instituțională, în cazul în care se asigură furnizarea unui serviciu de urgență ambulatoriu pentru adulți,
- b. medic pediatru, în cazul în care se asigură furnizarea unui serviciu de urgență ambulatoriu pentru copii și adolescenți.

Rețeaua de furnizori de servicii de urgență în regim ambulatoriu dintr-o anumită zonă este asigurată la nivel regional. Zonele de captare și punctele fixe pentru ambulanțele de urgență sunt stabilite printr-o reglementare juridică cu caracter general obligatoriu emisă de Ministerul Sănătății.

Secțiunea 9a din Legea privind asistența medicală reglementează furnizarea de servicii instituționale de urgență. Serviciul instituțional de urgență furnizat în spital este asigurat astfel prin intermediul:

- a. îngrijirilor medicale de urgență la internarea de urgență;
- b. asistenței medicale în ambulatoriul serviciului instituțional de urgență.

Un profesionist din domeniul sănătății din cadrul unei unități spitalicești, care a acordat asistență medicală de urgență unei persoane, încetează furnizarea de servicii instituționale de asistență medicală de urgență persoanei respective în următoarele cazuri:

- a) când starea de sănătate a persoanei nu necesită furnizarea de servicii de urgență instituționale;
- b) când persoana necesită furnizarea de îngrijiri instituționale.

Lucrătorul medical este obligat să întocmească un raport cu privire la acordarea de îngrijiri medicale de urgență pentru fiecare persoană care necesită aceste servicii.

Colaborarea serviciilor prespitalicești și spitalicești

În conformitate cu articolul 5 alineatul (3) din Legea privind serviciile medicale de urgență, furnizorul de servicii medicale de urgență care a efectuat intervenția este obligat să întocmească o înregistrare electronică a intervenției și să transmită o copie scrisă a acesteia fie unui medic la preluarea unei persoane într-o unitate medicală, fie persoanei căreia i-a acordat asistență medicală de urgență sau reprezentantului legal al acesteia, în cazul în care persoana nu a fost transportată la spital.

Furnizorii de servicii de urgență (din cadrul ambulanțelor) predau, de obicei, pacientul lucrătorilor medicali din cadrul serviciilor de urgență instituționale (potrivit secțiunea 9a din Legea privind asistența medicală).

Finanțarea serviciilor

Centrele operaționale ale serviciului medical de urgență sunt finanțate de la bugetul Ministerului Sănătății. Cheltuielile privind interconectarea prin telecomunicații a centrului operațional al serviciului medical de urgență cu furnizorii de servicii medicale de urgență și cu alte servicii de urgență din sistemul integrat de salvare sunt, de asemenea, finanțate de la bugetul de stat prin capitolul bugetar al Ministerului Sănătății.

Furnizorii de servicii de urgență (ambulanțele) sunt plătiți de către asigurările de sănătate prin intermediul caselor de asigurări de sănătate, dar valoarea plăților lunare este stabilită de către Ministerul Sănătății. În mod similar, furnizarea de servicii de urgență în ambulatoriu și în regim de internare pentru pacienți este acoperită de asigurările de sănătate pe baza unei metodologii emise prin decretele Ministerului Sănătății.

Evaluarea serviciilor

Serviciile de asistență medicală de urgență sunt evaluate în conformitate cu [Instrucțiunea metodică a Ministerului Sănătății din Republica Slovacă pentru colectarea indicatorilor de calitate la evaluarea furnizării asistenței medicale](#).

Competențele personalului medical

Componenta personalului specific echipajelor de pe ambulanțe este diferită în funcție de tipul de serviciu medical prestat. Astfel, în cazul asistenței medicale de urgență (RLP), echipajul trebuie să conțină un medic, paramedic și șofer sau paramedic autorizat să conducă un vehicul cu drept de conducere prioritară; iar în cazul serviciilor medicale de urgență (RZP), echipajul este format din doi salvatori, dintre care unul este responsabil cu conducerea unui vehicul cu drept de conducere prioritară.

Serviciile medicale care oferă îngrijire ambulatorie trebuie să fie echipate cu defibrilator, inclusiv stimulator cardiac, ECG, echipament de administrare a medicamentelor intravenoase etc., îngrijire respiratorie și a căilor respiratorii (diferite tipuri de dispozitive pentru căile respiratorii, ventilator, aspirator, dispozitive de oxigen), echipament pentru imobilizarea coloanei vertebrale și a membrilor în caz de leziuni (atele, saltea cu vid, placă de coloană lungă și scurtă, gulere de fixare a gâtului), echipamente specifice evenimentelor care generează dizabilități în masă și dispozitive pentru transport. Echipajele EMS asigură în principal așa-numitele deplasări primare (deplasări în timpul cărora se oferă asistență medicală primară, adică echipajul EMS este primul contact), dar și intervenții secundare, adică transferuri între unități medicale instituționale. Furnizorii de servicii medicale sunt responsabili pentru funcționarea unui ambulatoriu specific, pentru echipamentul și personalul acestuia, precum și pentru înființarea centrului de intervenție (sediu).

Sarcina echipajului de ambulanță este de a accepta instrucțiunile centrului de operare, de a efectua toate acțiunile necesare pentru a oferi asistență de urgență și, dacă este necesar, de a asigura transportul persoanei afectate la unitatea medicală. În cazul asistenței medicale prehospitalice, aceasta este cea mai apropiată unitate medicală capabilă să ofere asistență medicală adecvată.

Echipajul de ambulanță efectuează următoarele activități, ca parte a intervenției:

- obține o anamneză, adică date privind dificultățile întâmpinate, necesare pentru stabilirea unui diagnostic corect; în multe cazuri, aceasta conduce direct la diagnostic (până la 50%) sau restrânge foarte semnificativ gama de boli posibile sau orientează cercetările ulterioare,
- monitorizează, evaluează și înregistrează funcțiile vitale cu ajutorul unor mijloace auxiliare clinice și tehnice adecvate,
- realizează o evaluare a stării de sănătate a persoanei și stabilește un diagnostic profesional,

- efectuează tratamentul inițial al tuturor rănilor, inclusiv oprirea hemoragiilor,
- efectuează curățarea căilor respiratorii, asigură permeabilitatea căilor respiratorii cu mijloacele și tehnicile disponibile; utilizează protecția respiratorie în ventilația cu plămâni artificiali, asigură oxigenoterapia și terapia prin inhalare,
- asigură accesul venos periferic, inclusiv accesul intraosos și furnizează soluție salină pentru a menține accesul venos,
- pregătește curba ECG și efectuează evaluarea și aprecierea acesteia,
- efectuează examenul neurologic de bază și determină diagnosticul de lucru al accidentului vascular cerebral,
- poziționează și imobilizează persoana, ținând cont de amploarea și natura rănilor sau a bolii; eliberează persoana rănită dacă nu îi pune în pericol viața sau sănătatea, imobilizează părțile rănite ale corpului persoanei,
- efectuează resuscitarea cardiopulmonară; utilizează un defibrilator extern automat și/sau semiautomat,
- tratează pneumotoraxul cu mijloacele și tehnicile disponibile, introduce sonde gastrice,
- introduce un cateter urinar la femei, tratează drenaje, catetere vasculare periferice, catetere urinare permanente, sonde, canule și stome,
- prelevează material biologic, dacă este necesar, prelevează sânge capilar și sânge venos în scopuri diagnostice,
- tratează termic persoana în caz de accidente cauzate de temperaturi scăzute sau ridicate,
- tratează amputații apte pentru replantare,
- utilizează Cardiovertere - defibrilatoare implantabile,
- asigură transportul persoanei / participă la transportul acesteia de la locul evenimentului până la vehiculul serviciului de ambulanță prin mijloacele disponibile, în cazul în care aceasta nu îi pune în pericol viața sau sănătatea într-un mod grav,
- monitorizează în permanență starea de sănătate, asigură funcțiile vitale de bază și satisface nevoile unei persoane legate de sănătate, boală și moarte,
- menține comunicațiile radio, telefonice și de date cu centrul operațional al serviciului medical de urgență și cu toate componentele sistemului integrat de salvare, cooperează la navigarea pe teren,
- asigură siguranța intervenției, dacă aceasta nu pune în pericol viața sau sănătatea într-un mod grav,
- cooperează la ghidarea serviciului medical de ambulanță cu elicopterul în teren,
- asigură protecția corpului persoanei decedate,
- în caz de evenimente în masă, urmează instrucțiunile comandantului intervenției medicale, sortează răniții și, în calitate de comandant al intervenției medicale, coordonează echipa de salvare.

SLOVENIA

Organizarea serviciilor

În Slovenia, Serviciul medical de urgență (denumit "EMS") oferă servicii medicale de urgență și asistență medicală 24 de ore din 24 pentru întreaga populație. EMS include EMS prespitalicesc (furnizat de unități mobile și medici de gardă) și EMS spitalicesc (în centrele medicale de urgență care fac parte din serviciul public de sănătate).

EMS este reglementat prin intermediul următoarelor acte legislative:

[Legea privind serviciile de sănătate \(ZZDej\).](#)

[Normele privind serviciul medical de urgență.](#)

Serviciile de urgență prespitalicești sunt furnizate de unități mobile dotate cu ambulanțe și în clinicile EMS ambulatorii. O echipă a unei unități mobile este compusă dintr-un ambulanțier și o asistentă medicală și, dacă este necesar, un medic (în cazul ambulanței de resuscitare). Echipele unităților mobile sunt instruite în mod special pentru a furniza EMS. În ceea ce privește serviciile medicale de urgență, articolul 6 din cadrul Legii privind serviciile de sănătate prevede următoarele: "Un serviciu public de asistență medicală trebuie să fie organizat în așa fel încât accesul la asistență medicală de urgență, inclusiv transportul de urgență cu ambulanța și furnizarea de medicamente indispensabile, să fie întotdeauna asigurat tuturor locuitorilor Republicii Slovenia cât mai curând posibil și cât mai aproape de locul de cazare și în timpul transportului".

Condițiile și metodele de acordare a asistenței medicale de urgență, precum și acordarea acesteia în circumstanțe speciale, sunt reglementate prin prevederi speciale.

Articolul 7 din Legea privind serviciile de sănătate stabilește conținutul activităților de asistență medicală la nivel primar, care include furnizarea de EMS împreună cu serviciul de ambulanță, dacă acesta din urmă nu este organizat în spital, după cum urmează:

- monitorizarea stării de sănătate a populației și propunerea unor măsuri pentru protejarea, consolidarea și îmbunătățirea sănătății și prevenirea, diagnosticarea, tratarea și reabilitarea pacienților și a persoanelor rănite;
- asistența medicală preventivă pentru grupurile de risc și alte categorii, în acord cu un program de asistență medicală preventivă care respectă convențiile internaționale;
- educarea și consilierea în materie de asistență medicală pentru menținerea și consolidarea stării de sănătate;
- reabilitarea medicală a copiilor și a tinerilor cu tulburări de dezvoltare fizică și mentală;

- îngrijirea la domiciliu - tratarea și reabilitarea pacienților la domiciliu și în cadrul instituțiilor de protecție socială și al altor instituții;
- asistență medicală de urgență și servicii de salvare în cazul în care acestea nu sunt organizate în spital;
- examinări medicale ale sportivilor;
- examinări medicale ale recruților;
- constatarea incapacității temporare de muncă;
- servicii de diagnosticare și terapie.

În sarcina profesioniștilor din domeniul sănătății care desfășoară activități de asistență medicală de bază într-o anumită regiune revine obligația asocierii și cooperării cu alte instituții, companii, organizații și persoane din domeniul sănătății, al protecției sociale, al educației și altele, pentru a crea și a pune în aplicare programe de consolidare, menținere și restabilire a sănătății.

Serviciile medicale de urgență spitalicești sunt furnizate în centrele medicale de urgență, asigurând îngrijirea de urgență a tuturor pacienților 24/7. Scopul de bază al centrelor medicale de urgență este de a se asigura că oricine care are nevoie de îngrijiri medicale urgente le poate solicita în orice moment, într-un loc care este întotdeauna accesibil. Centrele medicale de urgență oferă:

- admiterea într-un singur punct de triaj, în vederea determinării stării de sănătate a pacientului și timpul de așteptare necesar pentru continuarea tratamentului,
- un sistem de tratament paralel, ceea ce înseamnă că un pacient în stare de urgență primește îngrijire imediată și diagnostic adecvat din partea centrului medical de urgență (în cadrul căruia va primi îngrijirea finală),
- un sistem de tip ghișeu unic de îngrijire a pacienților, bazat pe principiul "de la medic la pacient",
- tratament adecvat pentru o anumită problemă medicală și întoarcerea pacientului la domiciliu sau, dacă este necesar, internarea în spital sau transferul către un spital relevant.

Rețeaua de centre medicale de urgență le permite utilizatorilor să primească un tratament medical mai rapid și mai eficient, cu opțiuni de diagnosticare și de tratament semnificativ îmbunătățite. În plus, accesibilitatea sporită a serviciilor de urgență medicală crește, precum și nivelul profesional al acestora.

În Slovenia, rețeaua de centre medicale de urgență este formată din centrele medicale de urgență aparținând celor zece spitale regionale, care au fost cofinanțate de Fondul European de Dezvoltare Regională, și din centrul medical de urgență al Spitalului Medical Universitar din Ljubljana, care se află în prezent în construcție.

Articolul 15 din Legea privind serviciile de sănătate definește domeniul de aplicare al activităților spitalicești specializate, care trebuie să includă, printre altele, o unitate de asistență medicală de urgență și un serviciu de ambulanță.

Astfel, activitățile spitalicești specializate includ diagnosticarea aprofundată, tratamentul medical și reabilitarea, îngrijirea medicală, cazarea și alimentația în spitalele generale și specializate. Activitățile menționate se desfășoară în spitale care dispun, pe lângă capacitatea de cazare în paturi, de unități pentru:

- tratament ambulatoriu de specialitate;
- asistență medicală de urgență;
- facilități de anestezie cu reanimare;
- laborator, raze X și alte diagnostice, în conformitate cu orientarea lor profesională;
- furnizarea de produse medicamentoase.

Un spital trebuie să dețină un serviciu de ambulanță, un serviciu de reabilitare medicală ambulatorie, să poată furniza sânge și preparate din sânge, dacă acest lucru este impus de natura activității lor (departament de transfuzii de sânge) și totodată să dețină un serviciu de anatomie patologică. Un spital poate, de asemenea, să desfășoare servicii de dispensar în domeniul pneumologiei, neuropsihiatriei, dermatovenerologiei și ginecologiei, dacă aceste servicii nu sunt organizate în cadrul activităților de asistență medicală de bază.

Pe lângă îngrijirea prespitalicească și îngrijirea în centrele medicale de urgență, EMS include, de asemenea, o unitate specială de psihiatrie intensivă pentru copii și adolescenți, care funcționează în cadrul Centrului pentru sănătate mintală al Clinicii Universitare de Psihiatrie din Ljubljana. Aceasta este singura unitate protejată pentru copii și adolescenți cu vârsta de până la 18 ani din Republica Slovenia.

În Slovenia, serviciile medicale de urgență aeriană oferă asistență medicală de urgență și transportul bolnavilor sau răniților către și între spitale cu ajutorul unor aeronave (elicoptere) deținute de stat. În Slovenia există două astfel de baze care furnizează servicii medicale de urgență cu ajutorul elicopterelor. Transportul secundar este efectuat de echipe de la Centrul Medical Universitar din Ljubljana. EMS permite salvarea în locuri greu accesibile, iar rapiditatea și competența echipelor este crucială pentru afecțiunile care pun viața în pericol pacienților.

O componentă esențială serviciilor medicale de urgență din Slovenia este Serviciul de dispecerat pentru sănătate. Misiunea sa principală este de a primi notificări (apeluri) privind evenimentele care necesită intervenția unei unități mobile de EMS pe teren, de a ierarhiza cazurile în funcție de prioritate și de a activa echipa de EMS corespunzătoare în funcție de natura și locul evenimentului. Serviciul de dispecerat pentru sănătate funcționează 24 de ore din 24, 7 zile din 7, coordonând activitățile echipelor EMS și ale echipelor de transport non-urgent și ținând o evidență a capacităților disponibile ale furnizorilor EMS. În caz de dezastre naturale sau de altă natură, situații de criză sau de

război, Serviciul de dispecerat asigură fluxul de informații necesar pentru coordonarea și conducerea eficientă a întregului sistem de sănătate.

Serviciul de dispecerat este asigurat de profesioniști din domeniul sănătății care au primit o formare suplimentară în domeniul dispecerizării, în conformitate cu regulamentul care reglementează organizarea și sarcinile Serviciului de dispecerat pentru sănătate. Notificările privind urgențele care necesită intervenția urgentă a unui echipaj EMS sunt primite de Serviciul de dispecerat indirect prin intermediul numărului 112.

Cooperarea serviciilor

În conformitate cu prevederile articolului 2 din Normele privind serviciul medical de urgență, serviciile medicale de urgență reprezintă parte integrantă a rețelei de servicii de sănătate publică și sunt organizate pentru a furniza asistență medicală de urgență și transport de urgență pentru persoanele rănite și bolnave (pacienți) pe teritoriul sloven. EMS cuprinde un serviciu prespitalicesc și un serviciu spitalicesc, fiind considerat ca un întreg în cadrul rețelei EMS.

Finanțarea serviciilor

Programul de asistență medicală include furnizarea de servicii medicale în temeiul unui contract încheiat cu Institutul de asigurări de sănătate din Slovenia. Serviciile medicale de urgență fac parte din cadrul programul obișnuit de servicii medicale și prin urmare toate serviciile sale sunt finanțate din fondul asigurărilor de sănătate al cetățenilor și sunt gratuite pentru întreaga populație.

Evaluarea serviciilor

Evaluările EMS sunt periodice sau extraordinare și se concentrează pe:

- organizarea și performanța furnizorilor de EMS,
- competența echipelor EMS,
- adecvarea echipamentului echipelor EMS.

Evaluarea periodică se efectuează în conformitate cu un program anual care urmează să fie stabilit de către ministrul sănătății până la 1 noiembrie pentru anul următor. Evaluarea extraordinară se efectuează atunci când există perturbări sau probleme în funcționarea EMS sau când se suspectează abateri profesionale și se efectuează la propunerea:

- ministrului,
- finanțatorului (Institutul de asigurări de sănătate din Slovenia),

- un pacient sau o rudă a acestuia,
- un profesionist din domeniul sănătății,
- un furnizor de asistență medicală sau
- unei camere competente.

În plus față de evaluarea de mai sus, se efectuează, de asemenea, o supraveghere periodică sau extraordinară a utilizării fondurilor pentru funcționarea EMS și a utilizării TIC. În cazul în care se constată nereguli, costurile evaluării sunt suportate de furnizorul EMS la sediul căruia s-a efectuat evaluarea.

Competențele personalului medical

În conformitate cu articolul 9 din cadrul Normelor privind serviciul medical de urgență, echipele EMS sunt compuse din medici și alți profesioniști din domeniul sănătății instruiți în furnizarea de servicii medicale de urgență, și anume:

1. Echipa de ambulanță de resuscitare:
 - medic,
 - asistent medical autorizat,
 - șofer de ambulanță cu calificări suplimentare.
2. Echipa de ambulanță pentru transportul de urgență al pacienților:
 - asistent medical autorizat cu calificări suplimentare,
 - șofer de ambulanță cu calificări suplimentare.
3. Echipa aeriană (elicopter) EMS:
 - medic,
 - asistent medical autorizat cu calificări suplimentare.
4. Echipa EMS pe motocicletă:
 - asistent medical autorizat cu calificări suplimentare.
5. Echipa EMS prespitalicească:
 - medic,
 - asistent medical autorizat cu calificări suplimentare,
 - asistent medical autorizat cu calificări suplimentare în triaj,
 - șofer de ambulanță cu calificări suplimentare.
6. Echipa EMS a spitalului:
 - medic,
 - asistent medical autorizat,

- asistent medical autorizat cu calificări suplimentare în triaj,
- tehnician de asistență medicală,
- tehnician ortopedic,
- asistent medical,
- alte cadre medicale.

SPANIA

Descriere generală

Potrivit [Constituției spaniole](#), respectiv Secțiunii 148.21, “Comunitățile Autonome își pot asuma competente în materie de sănătate și igiena”, statul stabilind bazele și exercitând coordonarea generală a problemelor de sănătate.

Astfel, serviciile medicale de urgență sunt cuprinse în mod expres în [Legea nr.16/2003](#) cu privire la coeziunea și calitatea sistemului național de sănătate (ultima dată modificată la 30.03.2021). Potrivit Secțiunii 15, “îngrijirea de urgență se acordă pacienților în cazurile în care situația clinică a acestora necesită îngrijiri medicale imediate. Acest tip de îngrijire medicală se va acorda atât în centrele de sănătate, cât și în afara acestora, inclusiv la domiciliul pacientului, 24 de ore din 24.

[Decretul Regal nr.1030/2006](#) vine în completarea Legii nr.16/2003, stabilind portofoliul de servicii comune ale Sistemului Național de Sănătate, precum și procedura de utilizare a acestuia. În Anexa VI, care stabilește portofoliul de servicii comune de acordare a îngrijirilor de urgență, se precizează următoarele: „Procedura și modelul organizatoric al îngrijirii de urgență vor fi stabilite de către administrațiile sanitare competente, astfel încât accesul la serviciu să fie asigurat la momentul și locul potrivit pentru a oferi îngrijiri adaptate nevoilor fiecărui pacient. Asistența de urgență este înțeleasă ca și cuprinzătoare și continuă, fiind acordată prin intermediul asistenței primare și de specialitate, precum și prin intermediul serviciilor dedicate special asistenței de urgență. Coordonarea diferitelor părți implicate în asistența de urgență se va realiza, prin intermediul numerelor de telefon 112, 061 sau alte numere de telefon, de către serviciile de urgență și centrele de coordonare a urgențelor, care vor garanta accesibilitatea 24 de ore din 24 și coordonarea resurselor disponibile pentru acest tip de îngrijire. Coordonarea serviciilor de sănătate în planurile de dezastre și colaborarea cu serviciile de urgență din diferite administrații și instituții, precum Protecția Civilă, Corpul de Prevenire și Stingere a Incendiilor, Forțele Securității Statului sau altele, vor fi, de asemenea, consolidate în situațiile în care acest lucru este necesar.

În conformitate cu paragraful 2 al Anexei VI este stabilit portofoliul de servicii specific asistentei medicale de urgență, după cum urmează:

2.1 Asistență telefonică, acordată prin intermediul centrelor de coordonare a urgențelor sanitare, care include gestionarea medicală a cererii de îngrijiri medicale, atribuind răspunsul cel mai adecvat fiecărei urgențe sanitare și oferind informații și îndrumări sau sfaturi în domeniul sănătății.

2.2 Evaluarea precoce și imediată a pacienților pentru a determina riscurile pentru sănătatea și viața lor și, dacă este necesar, clasificarea acestora pentru a prioritiza îngrijirea medicală de care aceștia au nevoie. Evaluarea poate fi finalizată prin trimiterea pacienților către un centru de sănătate, dacă este necesar, pentru examinările și procedurile de diagnosticare necesare în vederea stabilirii naturii și amplitudinii procesului și pentru a determina acțiunile imediate care trebuie întreprinse pentru a face față situației de urgență.

2.3 Efectuarea procedurilor de diagnosticare și a procedurilor terapeutice medico-chirurgicale necesare pentru a răspunde în mod adecvat la fiecare situație de urgență.

2.4 Monitorizarea, observarea și reevaluarea pacienților, atunci când situația acestora o impune.

2.5 Transport medical, terestru, aerian sau maritim, asistat sau neasistat, conform situației clinice a pacienților, în cazurile în care acest lucru este necesar pentru transferul corespunzător al acestora la centrul de sănătate care poate interveni cel mai bine în situația de urgență.

2.6 Informarea și consilierea pacienților sau, după caz, persoanelor însoțitoare, cu privire la îngrijirea acordată și măsurile ce urmează a fi adoptate la încheierea unei astfel de îngrijiri, în conformitate cu legislația în vigoare.

Organizarea serviciilor

Având în vedere cele de mai sus, Sistemul Național de Sănătate (Sistema Nacional de Salud, SNS) răspunde nevoilor urgente de îngrijire a sănătății ale populației pe două paliere, acordând „îngrijirea de urgență în afara spitalului” și „asistență spitalicească de urgență”. Din punct de vedere organizatoric, în timp ce îngrijirea spitalicească de urgență este gestionată de unitatea de urgență a fiecărui spital, asistența de urgență prespitalicească este gestionată și coordonată de un singur organism de conducere, care acționează în mod normal autonom și beneficiază de structuri proprii.

Natura intervenției de urgență	Intervenția de urgență
Acordarea îngrijirii de urgență prespitalicească (gestionată de un singur organism, majoritatea cu structuri autonome)	1.este coordonată prin intermediul serviciilor de urgență ca urmare a formulării solicitărilor prin intermediul numerelor de telefon 112/ 061 către centrele de coordonare

	2. acordată prin intermediul serviciilor de îngrijire primară a sănătății (în principal de către centrele de îngrijire a sănătății)
Acordarea îngrijirii de urgență spitalicească (depinde de unitățile de urgență ale fiecărui spital)	3. realizată în cadrul spitalelor

I. Centrele de coordonare a urgențelor prin intermediul numerelor 061/112

După cum s-a indicat mai sus, unul dintre aspectele esențiale ale asistenței de urgență sunt centrele de coordonare a urgențelor, în principal prin intermediul numerelor 112/061. Această axă de coordonare este cuprinsă în [Decretul Regal 1060/2006](#), în următorii termeni: coordonarea diferitelor părți implicate în asistența medicală de urgență va fi realizată, prin intermediul numerelor de telefon 112, 061 sau alte numere de telefon, de către centrele de coordonare a urgențelor și urgențelor sanitare, care vor garanta accesibilitatea și coordonarea 24 de ore din 24 a resurselor disponibile pentru acest tip de asistență".

Toate Comunitățile Autonome dispun de un centru de coordonare legat de numărul 061 în zona lor, care, deși este integrat numărului de telefon de urgență 112, are în cea mai mare parte o structură autonomă în ceea ce privește conducerea și organizarea centrului.

II. Centrele de asistență primară (Centrele de sănătate)

Rolul jucat de serviciile de asistență primară în acordarea asistenței medicale de urgență este stabilit în cadrul Decretului regal 137/1984, din 11 ianuarie, privind structurile de bază în sănătate. Potrivit Secțiunii 5.1(a), echipele de îngrijire primară sunt responsabile pentru „oferirea de îngrijiri medicale, atât la nivel ambulatoriu, cât și la domiciliu și la nivel de urgență, [...] în coordonare cu următorul nivel de îngrijire”. Pe de altă parte, Legea 16/2003 stabilește în Secțiunea 12 că una dintre componentele de bază ale asistenței medicale primare este „asistența medicală la cerere, programată și urgentă, atât în cabinetul medicului, cât și la domiciliul pacientului” (secțiunea 12.2 lit. a)).

Astfel, la nivelul asistenței primare se acordă îngrijire zilnică tuturor acelor persoane care vin în centre în vederea acordării serviciilor de asistență de urgență, celor care necesită acordarea acestui tip de servicii la domiciliu sau celor care apelează numărul 112/061.

Această îngrijire este oferită:

- ca parte a activității zilnice a centrelor de îngrijire primară;
- ca o activitate suplimentară la funcționarea normală a centrului; în acest scop, centrele de asistență primară își pot prelungi programul de 24 de ore din 24, acest tip de

servicii fiind acordat de profesioniștii de gardă din asistența primară sau de echipe specifice dedicate situațiilor de urgență.

III. Serviciile de urgență spitalicești

Serviciile specializate de îngrijire sunt implicate și în furnizarea de servicii de urgență. Asistența de urgență spitalicească are drept scop abordarea urgențelor care necesită resurse spitalicești și nu pot fi tratate în mod adecvat în alte centre de sănătate.

Pentru o mai bună evidențiere a modalității de organizare și funcționare a serviciilor de urgență spaniole de la nivel regional, este exemplificat modelul actual al serviciilor de urgențe medicale aparținând Comunității Madrid. Conform [Master Planului](#) pentru Urgențele de Sănătate și Situațiile Urgente ale Comunității Madrid, structura sistemului de urgență în această regiune este următoarea:

1.Îngrijirea prespitalicească: acest nivel cuprinde resursele care fac posibilă acordarea de îngrijiri mai aproape de cetățean și în care sunt tratate atât situațiile de urgență, cât și situațiile urgente. Resursele situate la acest nivel pot fi împărțite după tipologia lor astfel:

Dispozitive mobile: sunt orientate către îngrijirea pacientului la fața locului. Aceste dispozitive se mobilizează fie din alte resurse, fie printr-un apel către un număr de telefon de urgență sanitară, ori de câte ori se consideră oportun, conform aprecierii situației descrise de apelant. Datorită multiplelor variabile care pot fi implicate în accesarea pacientului și a nevoilor acestuia, există o mare varietate de resurse și dispozitive, precum:

- transport medical de urgență;
- unitate mobilă de terapie intensivă;
- vehicul de intervenție rapidă;
- unitatea de asistență la domiciliu;
- elicoptere;
- altele.

Servicii de urgență în centrele de îngrijire: obiectivul lor este de a face față urgențelor în afara programului obișnuit al centrelor de sănătate. Există două tipuri diferite de servicii care pot fi accesate direct de către pacient, în funcție de locația acestora:

- servicii de urgență de asistență primară (SUAP);
- servicii de urgență pentru îngrijirea rurală (SAR).

Centrul de urgență prespitalicesc (CUE) este un tip de centru deschis 24 de ore din 24 pe tot parcursul anului, cu servicii de radiologie și laborator și o sală de observație monitorizată. Asistența de urgență prespitalicească din Comunitatea Madrid este

gestionată de Serviciul Medical de Urgență al Comunității Madrid (SUMMA 112). Acest serviciu este atașat Serviciului de Sănătate din Madrid și are propria sa conducere. Printre funcțiile sale se numără gestionarea SUAP-urilor și SAR-urilor, precum și managementul transporturilor medicale non-urgente.

2. Îngrijirea spitalicească: din punct de vedere al îngrijirii de urgență, acest nivel este alcătuit din secțiile de urgență ale spitalelor. Aceste servicii sunt echipate pentru a efectua teste complementare mai complexe decât cele oferite în unitățile prespitalicești, folosind resursele disponibile chiar în spital. Accesul la aceste servicii poate fi realizat direct de către pacient sau prin intermediul unui serviciu mobil de îngrijire prespitalicească.

Pe lângă aceste două niveluri de îngrijire, asistența de urgență este susținută și de către agenții de Protecție Civilă atașați consiliilor locale, respectiv SAMUR, SAMER etc. Acești agenți acționează în funcție de aria geografică și de tipul de urgență depistat. În plus, în asistența de urgență sunt implicați și alți agenți, în funcție de natura și caracteristicile fiecărei situații de urgență: pompieri, poliție, etc. Activarea acestui tip de resurse se realizează prin intermediul centrului de coordonare, apelând 112.

Colaborarea serviciilor prespitalicești și spitalicești

În vederea coordonării asistenței de urgență în spital și în afara spitalului, „centrele de coordonare a urgențelor” joacă un rol esențial în această problemă. Conform Anexei IV a [Decretului Regal 1030/2006](#), sunt stabilite următoarele: „Coordonarea diferitelor părți implicate în asistența de urgență se va realiza, prin intermediul numerelor de telefon 112, 061 sau alte numere de telefon, de către centrele de coordonare a urgențelor și urgențelor sanitare, care vor garanta 24 de ore din 24, accesibilitatea și coordonarea resurselor disponibile pentru acest tip de îngrijire”.

Prima funcție a "centrelor de coordonare a situațiilor de urgență" este de a stabili ordinea de prioritate a cererilor primite în funcție de gravitate și de timpul de răspuns adecvat, după cum urmează:

- urgențe de maximă prioritate;
- urgențe care nu pot fi amânate;
- urgențe care pot fi amânate.

În funcție de această clasificare, sunt mobilizate resursele cele mai adecvate situației și, dacă este necesar, pacientul este trimis la serviciul de urgență al asistenței medicale primare sau al spitalului sau, dimpotrivă, urgența este rezolvată prin consiliere medicală telefonică.

Pentru o mai bună înțelegere, s-a apelat la exemplul "Centrului de coordonare SUMMA112", aparținând Comunității Madrid, care este organizat după cum urmează:

1. În primul rând, operatorii de telefonie preiau apelul și fac o clasificare inițială cu ajutorul unui sistem informatic, care, prin intermediul unui arbore logic cu întrebări închise, acordă o anumită prioritate apelului. În cazurile de urgență foarte urgente se atribuie prioritate 0 și în același timp se propune o resursă de urgență de tipul unității mobile de terapie intensivă.
2. În al doilea rând, medicii repartizați la Centrul de Coordonare sunt profesioniști care, după culegerea datelor de către operator, răspund apelului de la pacient. Medicii, prin intermediul unui scurt interviu clinic telefonic, colectează semnele și simptomele pentru a oferi sfaturi medicale. De asemenea, ei adună informații referitoare la cel mai potrivit centru nevoilor pacientului și, în cazurile în care este necesară trimiterea unei resurse medicale, propun cea mai potrivită resursă pe baza diagnosticului suspectat. În plus, medicii oferă linii directoare de urmat în situații de urgență până la sosirea resurselor de îngrijire.
3. La rândul lor, tehnicienii sanitari de urgență (așa numiții comunicatori) reprezintă una dintre verigile principale dintre resursele mobile și Centrul Coordonator, îndeplinind următoarele funcții:
 - monitorizarea și supravegherea resurselor mobile SUMMA 112;
 - alocarea resurselor adecvate (conform propunerii medicului), ei fiind însărcinați cu localizarea celei mai apropiate resurse de intervenție;
 - transmiterea datelor privind incidentul către unitatea de urgență;
 - menținerea contactului continuu cu diferitele unități de îngrijire;
 - urmărirea incidentului, ei fiind profesioniștii care coordonează toate acele resurse care pot fi solicitate de alte organisme și agenții.
4. Pe de altă parte, „Consiliul de asistență medicală” reprezintă un instrument fundamental în continuitatea îngrijirii și coordonarea între diferitele niveluri de îngrijire (spitale, asistență primară și însuși SUMMA 112) și este responsabil pentru următoarele funcții:
 - coordonarea pacienților în așteptare în vederea internării;
 - repatrierea pacienților din alte regiuni în Comunitatea Madrid;
 - coordonarea transferurilor inter-spital;
 - reglementarea cererii urgente de acordare a asistenței medicale;
 - gestionarea alertelor spitalicești privind pacienții critici și coordonarea și activarea diferitelor coduri de patologie dependente de timp;
 - coordonarea și mobilizarea vehiculului de transplant SUMMA 112;
 - transmiterea alertei epidemiologice către Serviciul de Sănătate Publică;
 - controlul și gestionarea incidentelor de îngrijire;
 - comunicarea accidentelor de muncă grave către Institutul Regional de Sănătate a Muncii;
 - preluarea apelurilor de la utilizatori în cazul cărora îngrijirea medicală poate fi benefică, cu scopul de a oferi sfaturi de sănătate sau, după caz, de alocare a resurselor.

În plus, centrele de coordonare îndeplinesc și alte funcții în afară de a răspunde cererilor de asistență medicală de urgență, după cum urmează:

- acordarea de sfaturi medicale pentru solicitări urgente care nu necesită mobilizarea resurselor;
- transmiterea alertelor epidemiologice;
- coordonarea cu Organizația Națională de Transplant (ONT) și omologii săi din Comunitățile Autonome pentru transferul de echipe și organe în vederea transplantului;
- coordonarea sau managementul paturilor de spital, în special a paturilor de terapie intensivă pentru transferul pacienților; unele centre de coordonare, cum ar fi cele din Asturias, Catalonia și Insulele Baleare, sunt direct legate de unitățile mobile de terapie intensivă sau de alte servicii (de exemplu, hemodinamică); astfel, transferul interspital, strâns legat de gestionarea paturilor de îngrijire critică, reprezintă o altă funcție pe care centrele de coordonare o îndeplinesc în cadrul Sistemului Național de Sănătate.

În plus, trebuie remarcat faptul că în multe Comunități Autonome există proceduri și protocoale cu scopul de a obține continuitatea îngrijirii între diferitele niveluri, precum: asistență primară, unitățile de urgență și spitalele. Cele mai frecvente sunt următoarele:

- procedura generală de acțiune care include coordonarea între centrele și serviciile de sănătate și protecția civilă, pompierii, poliția și serviciile de urgență;
- protocoale de trimitere către asistența primară sau urgența spitalicească; în unele Comunități Autonome, se practică trimiterea directă către serviciul spitalicesc, fără a trece prin secția de urgență, pentru pacienții cu anumite patologii;
- protocoale pentru diferite procese critice, precum accidentul vascular cerebral, traume, sindrom de insuficiență coronariană, donație de asistolă, tulburări psihice severe.

În vederea obținerii de informații suplimentare, Manualul de Proceduri de asistență medicală a serviciilor SUMMA-112 poate fi consultat în limba spaniolă [aici](#).

Finanțarea serviciilor de medicină de urgență

În Spania, dreptul la sănătate este recunoscut de Constituție (secțiunea 43). În consecință, cetățenii au acces gratuit și universal la serviciile de sănătate, care sunt finanțate de stat. În vederea unei bune înțelegeri a mecanismelor de finanțare, se prezintă mai jos modalitatea de finanțare a serviciilor medicale (inclusiv îngrijirea de urgență) în cadrul Comunității Madrid, conform Secțiunii 11 a [Legii nr.12/2001](#):

(1) Sistemul public de sănătate și beneficiile din sănătate derivate din Sistemul Național de Sănătate se finanțează din:

- a. Resursele care îi pot corespunde prin participarea Regiunii Madrid la bugetele generale de stat.
- b. Veniturile obținute din fondurile și impozitele cedate în întregime sau parțial de stat Regiunii Madrid, în scopuri ce țin de serviciile de sănătate.

- c. Resursele neprevăzute în secțiunea b) din prezentul articol care îi pot fi alocate din bugetele generale ale regiunii Madrid.
- d. Veniturile ordinare și extraordinare pe care este autorizat să le primească, în conformitate cu prevederile în vigoare, din acordurile inter-administrative care pot fi semnate pentru asistența medicală acordată cetățenilor spanioli și străinilor, precum și din orice alte resurse care îi pot fi atribuite sau alocate.

(2). Alte surse de finanțare pentru sistemul de sănătate publică din regiunea Madrid:

- a. Alocările bugetelor Consiliilor municipale ale Regiunii Madrid acordate pentru a face față cheltuielilor rezultate din îndeplinirea funcțiilor de sănătate și a competențelor care le revin.
- b. Subvențiile și contribuțiile voluntare de la entități și persoane fizice către organismele publice.

Evaluarea serviciilor de medicină de urgență

În Spania, legislația generală în domeniul sănătății stabilește că furnizarea de servicii de sănătate va fi supusă activităților de evaluare și control al calității. Potrivit Secțiunii 69 din [Legea 14/1986](#), se precizează următoarele:

[...]

2. Evaluarea calității îngrijirilor acordate reprezintă un proces continuu care informează cu privire la toate activitățile personalului sanitar și ale serviciilor de sănătate aparținând Sistemului Național de Sănătate.

Administrația sanitară stabilește sisteme de evaluare a calității îngrijirilor, după ce a ascultat opiniile societăților științifice de sănătate. Medicii și alți profesioniști calificați ai centrului vor participa în cadrul organismelor responsabile cu evaluarea calității îngrijirii centrului.

3. Toate spitalele trebuie să permită sau să faciliteze unităților externe de control al calității să își îndeplinească sarcinile. De asemenea, vor stabili mecanismele adecvate pentru a oferi un nivel ridicat de calitate a asistenței medicale.

Totodată, [Legea 16/2003](#) stabilește, în cadrul Secțiunii 62, următoarele:

1. Ministerul Sănătății și Consumatorului, precum și organele competente ale Comunităților Autonome promovează evaluarea externă periodică a calității și securității centrelor și serviciilor de sănătate prin intermediul auditurilor efectuate de instituții publice sau companii private care garantează evaluarea independentă.

2. Agenția Națională pentru Calitatea Sistemului de Sănătate va acredita instituțiile publice și companiile private competente să efectueze auditurile în conformitate cu

criteriile convenite în cadrul Consiliului Interteritorial al Sistemului Național de Sănătate. Certificatele eliberate de acești auditori sunt valabile pentru întregul Sistem Național de Sănătate. Agenția poate recunoaște certificate eliberate de alți evaluatori, care vor fi astfel valabile pentru întregul Sistem Național de Sănătate.

Potrivit Secțiunii 42, competența profesională reprezintă aptitudinea profesioniștilor din domeniul sănătății de a integra și de a aplica cunoștințele, abilitățile și atitudinile asociate cu bunele practici ale profesiei în vederea rezolvării problemelor care apar. Comisia pentru Resurse Umane definește criteriile de bază pentru evaluarea competenței cadrelor medicale, fără a aduce atingere competențelor Comunităților Autonome. Ministerul Sănătății și Consumatorului, sub rezerva acordului Consiliului Interteritorial al Sistemului Național de Sănătate, și Comunitățile Autonome, în sfera geografică a competențelor lor, pot acredita organismele științifice, academice sau profesionale abilitate să evaluează competența profesioniștilor. Aceste entități sunt independente de conducerea centrelor și serviciilor acestora.

În ceea ce privește evaluarea serviciilor de urgență, Comunitățile Autonome, în calitate lor de administrații responsabile de gestionarea sănătății, au stabilit diferite mecanisme în acest scop. Pentru a analiza acest aspect, vom urmări exemplul Comunității Madrid.

Pe de o parte, în ceea ce privește serviciile de urgență prespitalicești, SUMMA 112 dispune de un sistem de management al calității certificat, în conformitate cu standardele ISO 9001:2015 și Norma UNE 179002:2011.

De asemenea, SUMMA 112 realizează periodic auto-evaluări în conformitate cu Modelul de Excelență EFQM, un instrument care îi permite să obțină un număr semnificativ de planuri de acțiune în vederea îmbunătățirii organizației.

În plus, SUMMA 112 dispune de un departament de control al calității, format din:

- un coordonator - medic - manager de calitate, care conduce departamentul;
- asistentă medicală de urgență repartizată în cadrul departamentului.

Activitățile acestui departament de control al calității sunt, printre altele:

- monitorizarea punerii în aplicare a sistemului de management al calității și evaluarea eficacității acestuia;
- îndeplinirea sarcinii de consultant intern în probleme de management al calității;
- coordonarea efectuării de autoevaluări în conformitate cu Modelul de Excelență EFQM;
- coordonarea grupurilor de îmbunătățire și punerea la dispoziția conducerii SUMMA 112 a recomandărilor acestora;
- participarea în grupul de implementare a Sistemului de Management de Mediu SUMMA 112;
- coordonarea Comitetului pentru Calitate.

Pe de altă parte, în ceea ce privește evaluarea asistenței medicale de urgență a spitalelor din Comunitatea Madrid, trebuie menționată Subdirecția Generală pentru Calitatea Sănătății. Această Subdirecție reunește acțiunile de calitate dezvoltate de spitalele Serviciului de Sănătate din Madrid din cadrul Ministerului Regional al Sănătății, cu scopul de a identifica, cunoaște și împărtăși aceste experiențe și a servi drept stimul și instrument pentru îmbunătățirea continuă a asistenței medicale. În plus, spitalele publice sunt, de asemenea, supuse diferitelor certificări și acreditări de calitate ISO corespunzătoare.

În plus, [Observatorul de rezultate al Serviciului de Sănătate din Madrid](#) realizează studii și anchete de satisfacție privind asistența medicală practică în asistența primară, asistența spitalicească și SUMMA112.

Competențele personalului medical aparținând medicinei de urgență

Tipologia profesioniștilor implicați în serviciile de asistență de urgență este foarte variată (medici, asistente medicale, teleoperatori, personal administrativ, tehnicieni sanitari, șoferi, operatori de elicopter etc.).

În cazul asistenței medicale prespitalicești, recrutarea personalului are loc de către organismul unic responsabil de gestionarea urgențelor prespitalicești. În cazul medicilor (unități mobile și/sau centru de coordonare), se solicită îndeplinirea următoarelor cerințe:

- diplomă de medic;
- deținerea unui titlu de specialist, cu excepția celor care au absolvit înainte de 1/1/1995, care sunt scutiți de obligația de a face dovada unei specializări; menționăm că, cea mai frecventă specializare cerută este medicina de familie;
- dovada experienței profesionale, ca medic, pentru o perioadă de timp variabilă, în funcție de fiecare Comunitate Autonomă.

Asistentele medicale (aparținând unităților mobile și/sau centrului de coordonare) trebuie să dețină o diplomă în asistență medicală sau să facă dovada experienței profesionale ca asistent medical autorizat.

Pe de altă parte, în ceea ce privește îngrijirea spitalicească de urgență, trebuie remarcat faptul că unitățile de urgență din spitalele spaniole sunt formate din echipe multidisciplinare care pot răspunde la diferitele situații de urgență. Astfel, găsim medici de diferite specialități, asistente medicale etc., toți fiind autorizați în mod corespunzător să își exercite profesia medicală în sistemul de sănătate spaniol, în conformitate cu dispozițiile [Legii 44/2003](#) privind organizarea profesiilor medicale.

La nivel regional, Comunitățile Autonome au reglementat resursele umane de bază pe care trebuie să le aibă unitățile spitalicești de urgență. În Comunitatea Madrid, în conformitate cu Secțiunea 3.27 din cadrul [Ordinului](#) din 11 februarie 1986 elaborat de

Ministerul Regional al Sănătății și Protecției Sociale, care dezvoltă Decretul 146/1985, din 12 decembrie 1985, privind centrele, serviciile și unitățile sanitare, există trei niveluri de urgențe spitalicești, în funcție de fiecare centru.

În ceea ce privește condițiile minime privind resursele materiale și umane specifice nivelului 1, Secțiunea 3.27.1 stabilește că spitalul trebuie să răspundă atât nevoilor pacientului care vine în regim de urgență la spital, cât și pacientului care rămâne în spital. Indiferent dacă această unitate este sau nu integrată într-un centru spitalicesc, trebuie să existe o cameră de cel puțin 25 m², aproape de ușa de acces, dotată cu instalații de resuscitare, de oxigen și de vacuum, unde pacientul poate fi plasat și, dacă este necesar, poate primi îngrijiri, precum și un medic - dacă este necesar, un specialist în patologia la care participă centrul - prezent în permanență în centru, care să se ocupe de pacient. În orice caz, trebuie să existe o relație organizată cu un alt centru de nivel superior pentru trimiterea oricărei urgențe care nu poate fi rezolvată cu mijloacele proprii ale centrului, garantând transferul în mai puțin de douăzeci de minute. În cazul în care spitalul este unul monografic (specializat), acesta trebuie să dispună de organizarea și mijloacele necesare pentru a rezolva urgențele din specialitatea sa". [...]

La nivelul 2, unitatea de urgență trebuie să fie dotată cu personal necesar pentru a răspunde în orice moment la urgențele medicale. Trebuie să existe cel puțin un medic și un asistent medical autorizat împreună cu doi asistenți la fiecare 200 de paturi sau fracțiuni de peste 100 de paturi, deși personalul adecvat trebuie să fie determinat în funcție de cererea externă. Un medic de la fiecare dintre serviciile clinice ale spitalului trebuie să poată fi contactat și să fie disponibil în termen de 30 de minute. Unitățile de radiologie, laborator, bloc chirurgical și bloc obstetrical ale spitalului vor fi gata să fie utilizate în orice moment, cu personal permanent sau cu personal care poate fi contactat, urmând ca testele analitice și radiologice de bază să fie efectuate imediat. Trebuie să existe un medic care să își asume responsabilitatea pentru această zonă.

La nivelul 3, se aplică aceleași condiții ca la nivelul 2, însă cu următoarele diferențe: un medic de la fiecare dintre serviciile clinice și de diagnosticare trebuie să fie accesibil și disponibil în termen de douăzeci de minute; un alt medic din același serviciu se va afla în așteptare, putând fi prezent în centru în termen de 20 de minute atunci când medicul anterior este solicitat.

SUEDIA

Descriere generală, organizarea și finanțarea serviciilor

Sistemul de sănătate suedez este descentralizat, iar sănătatea și îngrijirea medicală sunt în primul rând în responsabilitatea regiunilor. Fiecare regiune, autoritate locală sau municipalitate este responsabilă pentru gestionarea și prioritizarea propriilor resurse de asistență medicală. Drept urmare, tipul de servicii medicale disponibile poate varia, iar regiunile pot alege fie să conducă ele însele operațiunile, fie să achiziționeze serviciile unor furnizori de îngrijire, în primul rând privați, pentru anumite activități. Regiunile dețin puteri independente în ceea ce privește impozitarea locală. Pe lângă impozite, activitățile sunt finanțate și din taxele plătite de pacienți și, într-o anumită măsură, din subvenții guvernamentale¹³.

Activitățile regiunilor sunt reglementate de [Legea privind administrația locală](#). Legislația de specialitate, precum [Legea privind sănătatea și serviciile medicale](#), conține principii generale aplicabile tuturor serviciilor medicale furnizate și reglementează, de asemenea, organizarea asistenței medicale. Asistența medicală și de sănătate de bază este denumită în general asistență medicală primară. Serviciile de îngrijire primară sunt furnizate de medici generalişti care oferă examinări medicale, îngrijire și tratament pentru cele mai frecvente afecțiuni și boli. În plus, asistența medicală și de sănătate este oferită de asistenți medicali specializați, fizioterapeuți, terapeuți ocupaționali și dentiști. Îngrijirea specializată este cea care necesită măsuri medicale mai specializate decât cele care sunt făcute disponibile prin intermediul asistenței medicale primare¹⁴. Există, de asemenea, departamente de urgență, care sunt deschise 24 de ore pe zi și unde nu este nevoie să vă faceți o programare prealabilă¹⁵.

Responsabilitatea regiunilor în materie de sănătate și asistență medicală este prevăzută în Legea privind sănătatea și serviciile medicale. În conformitate cu această lege, regiunile trebuie să își bazeze planificarea serviciilor medicale și de sănătate pe nevoia de îngrijire a celor care intră în sfera de responsabilitate a regiunii în materie de servicii medicale și de sănătate. În conformitate cu această lege, regiunile au, de asemenea, responsabilitatea de a se asigura că există o organizare adecvată pentru a transporta persoanele a căror stare de sănătate necesită transport cu un mijloc de transport special echipat în acest scop către și de la unitățile sanitare sau medici. În conformitate cu cele de mai sus, asistența medicală prespitalicească și transportul medical fac parte în mod natural din responsabilitatea regiunilor și trebuie planificate, gestionate și monitorizate. Dispozițiile Legii privind sănătatea și serviciile medicale sunt completate, printre altele, de reglementările Consiliului Național de Sănătate și Bunăstare privind serviciile medicale de urgență, conform cărora fiecare regiune trebuie să

¹³ <https://skr.se/skr/tjanster/englishpages/municipalitiesandregions/localselfgovernment.1305.html>

¹⁴ <https://www.socialstyrelsen.se/en/about-us/healthcare-for-visitors-to-sweden/about-the-swedish-healthcare-system/>

¹⁵ <https://www.1177.se/en/other-languages/other-languages/soka-varld/sa-fungerar-varden-i-sverige/>

stabilească un plan pentru serviciile medicale de urgență în zona sa geografică, indiferent dacă acestea sunt furnizate pe uscat, pe apă sau în aer¹⁶.

Evaluarea serviciilor

Inspectoratul pentru Sănătate și Asistență Socială (IVO) este o agenție guvernamentală care, printre altele, este responsabilă de supravegherea serviciilor de asistență medicală, cum ar fi asistența medicală primară, asistența medicală la domiciliu, asistența psihiatrică și somatică specializată și asistența prespitalicească, inclusiv serviciile de ambulanță¹⁷.

În conformitate cu Legea privind sănătatea și serviciile medicale, toți cetățenii trebuie să beneficieze de îngrijire medicală de calitate în condiții egale, indiferent de locul în care locuiesc în țară. În acest context, este foarte important ca interesele pacienților să fie protejate, iar normele privind prelucrarea, siguranța, egalitatea de tratament și dreptul la un anumit serviciu să fie efectiv respectate. Supravegherea înseamnă o examinare independentă și de sine stătătoare a faptului că legile și alte reglementări sunt respectate.

Trebuie menționat faptul că, în 2021, Guvernul a însărcinat Consiliul Național pentru Sănătate și Bunăstare să urmărească asistența prespitalicească din Suedia și, pe baza acestei monitorizări, să prezinte propuneri privind modul în care asistența prespitalicească poate fi dezvoltată și consolidată într-un mod adecvat și eficient din punct de vedere al costurilor. Totodată, se va realiza și evaluarea investițiilor guvernamentale în asistența medicală de ambulanță, urmând a fi prezentat un raport în acest sens la 1 octombrie 2022¹⁸.

Competențele personalului medical de urgență

Cea mai mare categorie de personal din cadrul serviciilor medicale de urgență este reprezentată de asistenții medicali care dețin pregătire de specialitate în medicina de urgență prespitalicească. O altă categorie comună este reprezentată de tehnicienii medicali de urgență, care beneficiază de o pregătire medicală de mai scurtă durată. Numărul de medici care lucrează în cadrul serviciilor medicale de urgență este mai redus decât al celorlalte categorii de angajați din sistem. De asemenea, există ambulanțe speciale care sunt echipate pentru anumite tipuri de îngrijiri, de exemplu, ambulanțele de

¹⁶ https://www.regeringen.se/492689/contentassets/511f0b871bf143e289b3980415574260/sou-2022_6_del-2_webb.pdf

¹⁷ <https://www.ivo.se/om-ivo/other-languages/english/about-ivo/about-supervision/>

¹⁸ https://www.regeringen.se/4930c8/globalassets/government/dokument/socialdepartementet/uppdrag-att-kartlagga-den-prehospitala-varden-s2021_02144-delvis.pdf

terapie intensivă sunt utilizate în principal pentru transportul secundar al pacienților grav bolnavi între unitățile sanitare¹⁹.

ȚĂRILE DE JOS

Organizarea serviciilor de urgență

În Țările de Jos, accidentele și urgențele sunt gestionate de departamentele de urgență ale spitalelor, prescurtate SEH (Spoedeisende Hulp). O parte a îngrijirilor de urgență se realizează prin intermediul medicilor generalişti, în Țările de Jos activând aproximativ 9.000 de medici de familie. Majoritatea medicilor de familie sunt organizați într-o structură de servicii de medicină generală (HDS). În total, în Țările de Jos există aproximativ 120 de posturi de medici de familie organizate în 52 de astfel de HDS-uri.

În Țările de Jos, [serviciile de ambulanță](#) sunt organizate la nivelul regiunilor, în cadrul serviciilor regionale de ambulanță, prescurtate RAV. De la 1 ianuarie 2021, în temeiul [Legii privind serviciile de ambulanță](#), RAV-urile reprezintă entități juridice care sunt autorizate din punct de vedere legal să furnizeze asistență medicală în ambulanță și în a căror atribuții revine menținerea centrelor de dispecerat pentru asistență medicală acordată în ambulanță (există un număr de 25 de regiuni RAV). Ministerul Sănătății, Bunăstării și Sportului a desemnat câte un serviciu regional de ambulanță (RAV) pentru fiecare regiune.

De regulă, serviciile medicale de urgență sunt furnizate de o serie de operatori privați, care operează în baza unui contract cu Guvernul olandez. Sistemul este alcătuit dintr-un număr de companii private de ambulanță, fiecare având propria zonă în care furnizează servicii, în cadrul uneia dintre regiunile mai sus descrise. Menționăm că furnizarea serviciilor de către operatorii privați are loc în baza unor standarde de funcționare prevăzute în cadrul contractului guvernamental. Contractantul privind furnizarea serviciilor medicale de urgență trebuie să respecte toate standardele publicate de Institutul Olandez de Ambulanță în ceea ce privește vehiculele, echipamentele, formarea și performanța. Toți prestatorii de servicii medicale de urgență din Țările de Jos participă în cadrul unei licitații organizate odată la patru ani, contractele fiind atribuite celor mai buni candidați. Legislația olandeză interzice serviciilor de urgență să obțină profit, orice surplus de venituri trebuind să fie direcționat către realizarea de îmbunătățiri suplimentare, respectiv către activitățile de formare și de achiziționare de echipamente și vehicule.

¹⁹ https://www.regeringen.se/492689/contentassets/511f0b871bf143e289b3980415574260/sou-2022_6_del-2_webb.pdf

În Țările de Jos, există în total patru echipe medicale mobile (MMT), care oferă asistență medicală prespitalicească de specialitate, având acces la elicopter și mașină.

În plus față de asistența medicală de urgență oferită de medicii generaliști, prin intermediul ambulanțelor și de asistența medicală de urgență oferită de echipele medicale mobile, pacienților li se oferă asistență medicală de urgență în cadrul spitalelor. În Țările de Jos există 87 de locații SEH-Casualty, dintre care aproximativ 10% fac parte dintr-un centru medical universitar, peste 30% colaborează cu unul dintre spitalele de formare clinică de top și aproximativ 60% fac parte dintr-un spital generalist. Există și un număr de unsprezece centre de traumatologie, în cadrul cărora colaborează uneori mai multe spitale. Împreună, acestea formează "Rețeaua națională de îngrijiri acute". Aceste unsprezece centre au fost desemnate prin ordin al Ministerului Sănătății, Bunăstării și Sportului, iar fiecare spital universitar face parte dintr-un astfel de centru de traume/traumaologie.

Un centru de traume se află localizat într-un spital în cadrul căruia specialiștii implicați în îngrijire sunt prezenți sau de gardă 24 de ore pe zi. Acest lucru permite ca pacienții cu răni grave să fie ajutați în orice moment. Capacitatea centrelor este destinată în primul rând pacienților cu leziuni foarte grave, care necesită îngrijire de specialitate în timpul tratamentului inițial. Celelalte victime sunt tratate în departamentele de urgență ale altor spitale.

Un centru de traumatologie trebuie să întrunească următoarele condiții de funcționare și anume: prezența unei echipe de traumatologie (medici și asistente medicale cu pregătire în traumatologie) care poate fi transportată (cu mașina sau cu elicopterul) prin intermediul unei echipe medicale mobile (MMT); o sală de operație; capacitatea de a efectua o tomografie computerizată în 15 minute; capacitatea de a pune la dispoziție un neurochirurg în 15 minute; capacitatea de a interna pacienții în unitatea de terapie intensivă.

Colaborarea serviciilor prespitalicești și spitalicești

În Țările de Jos, prin intermediul serviciului intitulat "[Regional Acute Care Chain Consultation](#)", pe scurt ROAZ, furnizorii de servicii medicale asigură accesul pacienților care au o problemă de îngrijire acută la serviciile de îngrijire; acordarea acestui tip de servicii medicale se desfășoară în locul potrivit, cât mai curând posibil. Pe întreg teritoriul țării, există unsprezece astfel de rețele/ lanțuri regionale de îngrijire medicală. Partenerii rețelei de îngrijire acută pot fi: spitalele, serviciile regionale de ambulanță, medicii de familie, avanposturile medicilor de familie, moașele, precum și alte structuri medicale, care sunt conectate împreună.

Pentru a înțelege mai bine gradul de accesibilitatea la serviciile de îngrijire acută, Centrul rețelei, prescurtat [LNAZ](#), și cele unsprezece rețele de îngrijire acută au elaborat Harta națională a îngrijirii acute ([LAZK](#)). LNAZ sprijină rețelele de îngrijire acută în

îndeplinirea sarcinilor lor, coordonează proiectele naționale și reprezintă interesele comune ale acestora. LNAZ reprezintă un punct de contact pentru factorii de decizie politică și pentru alte persoane implicate în lanțurile de îngrijire acută și în asistența traumatologică.

LAZK reprezintă o [hartă](#) digitală care oferă o perspectivă asupra accesibilității și disponibilității furnizorilor de servicii medicale. Sunt incluși furnizori importanți de îngrijire acută: stațiile de ambulanță, instituțiile de sănătate mintală, medicii de familie, echipele medicale mobile și spitalele cu și fără departament de urgență (DE).

Asistența medicală de urgență din Țările de Jos este bine reglementată, însă calitatea și organizarea pot fi îmbunătățite în continuare. [Cadrul de calitate pentru lanțul de asistență medicală de urgență](#) a fost elaborat din perspectiva pacientului și urmărește traseul pacientului de-a lungul lanțului de asistență medicală de urgență: notificare – triaj - coordonare a asistenței medicale - diagnostic și tratament - coordonarea externării. În plus, au fost încheiate acorduri privind informarea și evaluarea rețelei/ lanțului. Cadrul de calitate, care a fost elaborat de cele 11 organizații naționale implicate în lanțul de asistență medicală de urgență, conține atât standarde și recomandări existente, cât și unele noi. Consiliul de calitate în vigoare a stabilit 2 standarde pentru expertiza necesară în urgențe (medic și expertiză geriatrică). Implementarea noilor standarde a fost încetinită de pandemia de Covid-19, fiind amânată pentru 1 iulie 2022. Pe scurt, standardele stabilesc următoarele:

- fiecare departament de urgență are cel puțin un medic - prezent în timpul programului - având cel puțin 1 an de experiență clinică, din care cel puțin jumătate de an de experiență într-o specialitate primară sau în anestezie sau terapie intensivă;
- în cazul în care, în urma unei evaluări a Departamentului Urgențe (A&E), se arată că pacientul prezintă probleme geriatrice, medicul curant, asistentul medical specialist (US) sau asistentul medical (PA) poate, dacă este necesar, să apeleze la un geriatru clinician sau la un internist în medicină geriatrică; acest medic geriatru sau internist în medicină geriatrică este disponibil 24 de ore din 24, 7 zile din 7, pentru consultații telefonice și este disponibil 24 de ore, 7 zile din 7, pentru a vedea pacientul și a lua decizii importante în ceea ce privește diagnosticul sau tratamentul; disponibilitatea poate fi, de asemenea, organizată la nivel regional.

Finanțarea serviciilor

Țările de Jos au un sistem de sănătate universal. Acesta este gestionat de Guvern și este completat de asigurătorii privați. Orice persoană care locuiește sau lucrează în Țările de Jos trebuie să dețină o [asigurare de sănătate de bază](#) (cu sau fără acoperire suplimentară) de la un furnizor de asigurări olandez.

O vizită la camera de gardă se efectuează contracost. Dacă pacientul deține o asigurare de sănătate, aceste costuri sunt întotdeauna rambursate de către compania de asigurări de sănătate. Costul unei vizite la camera de urgență se ridică la cel puțin 150 de euro. Doar în cazul când ambulanța transportă pacientul la spital, costurile sunt facturate pacientului pe baza unor tarife prestabilite.

În cazul în care pacientul este examinat și/sau tratat la fața locului, dar nu este transportat, nu se percep costuri.

Evaluarea serviciilor

La fiecare doi ani, [Autoritatea olandeză pentru sănătate \(NZa\)](#) prezintă evoluțiile din domeniul asistenței medicale acute. Acest [Monitor](#) analizează fluxul de intrare și de ieșire a pacienților în îngrijirea acută în anii anteriori (2015-2019) și așteptările pentru viitor pe baza evoluției demografice. De asemenea, sunt incluse evoluțiile recente în domeniul îngrijirii datorate epidemiei de coronavirus.

[Institutul Național de Sănătate Publică și Mediu \(RIVM\)](#) analizează accesibilitatea și disponibilitatea asistenței medicale de urgență în Țările de Jos. Aceste analize se referă la asistența medicală furnizată prin intermediul ambulanțelor, serviciilor de medicină generală (HAP), departamentelor de urgență (SEH), asistenței obstetricale acute și altor departamente spitalicești care pot oferi asistență medicală acută. Dintre atribuțiile RIVM, menționăm estimarea numărului de ambulanțe considerat necesar pentru a deservi pacienții în următorul an; astfel, pentru anul 2022, s-a calculat un necesar de 652 de ambulanțe pe timpul zilei, mai mult cu 10 decât în 2021.

Informațiile referitoare la serviciile de urgență și obstetrică acută sunt utilizate în vederea realizării analizei naționale anuale a accesibilității serviciilor de urgență, cunoscută și sub numele de Analiza spitalelor sensibile ("sensitive hospitals"). Această analiză se referă, printre altele, la distribuția și accesibilitatea departamentelor de urgență și a asistenței obstetricale acute în spitalele olandeze.

Competențele personalului medical de urgență

Asistentul medical de urgență - care dorește să lucreze în cadrul serviciilor medicale de urgență - trebuie să dețină o diplomă de asistent medical de nivel 4 sau 5 și mai mulți ani de experiență profesională. Ca stagiar, acesta trebuie să participe la un program de formare profesională care durează 18 luni, timp în care lucrează cel puțin 32 de ore în camera de urgență a unui spital. Costurile de formare profesională sunt rambursate integral de către spital.

În timpul formării, asistentul trebuie să urmeze cursul de pregătire Advanced Cardiac Life Support (ACLS). Cursul Trauma Nursing Core Course (TNCC) este integrat în formarea în camera de urgență și durează două zile. După formare, este obligatoriu ca

asistentul să urmeze cursul EPLS (îngrijirea și tratamentul copiilor grav bolnavi și răniți). Cursul are o durată de două zile. În plus, asistentul urmează un curs de triaj (MTS) timp de o zi.

După această formare, asistentul poate să continue studiile pentru a deveni asistent medical de ambulanță. Pentru a deveni eligibil, trebuie să fi absolvit una dintre specializările SEH, CCU, ICU sau formarea în domeniul anesteziei, în plus față de formarea de bază în asistență medicală.

Un asistent medical de ambulanță lucrează împreună cu șoferul de ambulanță. Șoferul, pe lângă formarea în domeniul acordării primului ajutor, a absolvit și o formare în tehnici de conducere și asistență medicală pentru a deveni șofer de ambulanță (SOSA).

În Țările de Jos, medicul de urgență (medic SEH) este un medic specializat în medicină de urgență în cadrul unui departament de urgență (DE) dintr-un spital. În reglementările olandeze, aceasta nu este o specialitate medicală separată, ci un profil medical recunoscut și înregistrat de [KNMG](#)²⁰.

Medicul de urgență efectuează triajul pacienților aduși în camera de urgență, stabilește un examen medical general și unul focalizat, după care stabilește tratamentul. În a doua instanță, medicul de urgență poate transfera pacientul către un specialist, cum ar fi un neurolog pentru tulburări neurologice, un oftalmolog pentru leziuni oculare și așa mai departe. Medicul de urgență are un rol de coordonare în camera de urgență, colaborând îndeaproape cu toți ceilalți profesioniști care lucrează acolo, cum ar fi asistentele de la camera de urgență, asistentele de pe ambulanță, radiologii și tehnicienii de laborator de radiologie și așa mai departe.

Medicina de urgență face obiectul unui curs acreditat de formare continuă, aflat sub supravegherea a două organisme: KNMG, CGS²¹ și [RGS](#)²². De asemenea, aceste organisme verifică dacă medicul stagiar îndeplinește toate cerințele pentru a putea utiliza titlul și dacă are voie să păstreze titlul în viitor. Pregătirea pentru a deveni medic SEH durează 3 ani. CGS definește normele și regulamentele pentru pregătirea postuniversitară, (re)înregistrările cererilor pentru obținerea titlurilor de medic specialist, medic generalist și alte specialități. Trebuie precizat că în Țările de Jos, legislația specifică profesiilor este elaborată de către profesioniștii înșiși și, prin urmare, Consiliul de administrație al CGS este format din medici. Comitetul de înregistrare a specializărilor medicale (RGS) este format, de asemenea, din medici. Această organizație pune în aplicare normele stabilite de CGS.

²⁰ Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) este o federație de asociații profesionale ale medicilor și reprezintă interesele medicilor din Țările de Jos.

²¹ College of Medical Specialisms (CGS)

²² Registration Committee of Medical Specialisms (RGS)

UNGARIA

În Ungaria, conform Legii sănătății, orice persoană, indiferent de naționalitate și de calitatea de asigurat, are dreptul la îngrijiri medicale de urgență, în caz de nevoie, pentru a preveni consecințele grave sau permanente asupra stării de sănătate, pentru atenuarea durerii și reducerea suferinței. Scopul asistenței de urgență este de a asigura pacienților acces egal la asistență medicală de calitate, în același timp, cu aceeași șansă și oriunde în țară.

Cadrul legal pentru îngrijirea de urgență îl reprezintă:

- [Legea privind sănătatea](#) nr.CLIV din 1997;
- [Decretul nr.60/2003 \(X. 20\) ESZCSM](#) privind cerințele profesionale minime pentru prestarea serviciilor medicale;
- [Decretul nr.47/2004 \(11 mai 2004\) ESZCSM](#) privind anumite aspecte organizatorice ale continuității acordării asistenței medicale;
- [Regulamentul nr.52/2006 \(28 dec. 2006\) EÜM](#) privind anumite servicii medicale de urgență.

Legea nr.CLIV din 1997 privind sănătatea definește și diferențiază serviciile în afara orelor de program și serviciile medicale de urgență. În cazul unei nevoi urgente, așa cum este definită în Decretul ESZCSM 52/2006, nu este necesară trimiterea medicală; orice persoană se poate adresa pentru consult imediat și direct unui medic. Legislația enumeră simptomele afecțiunilor care necesită îngrijiri de urgență.

Asistența de urgență este formată din secțiile sistemului de sănătate la care pacientul se poate adresa personal sau telefonic pentru asistență primară în cazul apariției bruște a unui simptom sau dureri.

Sistemul de îngrijiri de urgență include, pe lângă asistența spitalicească, serviciul central de urgență (care asigură asistența primară de urgență pentru pacienții mai multor cabinete medicale generale) și serviciul de ambulanță.

Serviciile de îngrijire de urgență sunt:

- îngrijire la fața locului (prim-ajutor, tratament acut care pune viața în pericol, inițierea resuscitării, apel la ambulanță);
- îngrijire de către serviciul de ambulanță (stabilizarea stării, transport la spital);
- îngrijire de către medic generalist sau medic generalist de gardă;
- îngrijire instituțională în secția de urgențe a spitalului.

Îngrijirea de urgență este oferită conform unui sistem internațional de triaj de urgență. Sistemul de triaj maghiar determină timpul de așteptare până la începerea îngrijirii, care poate varia de la 5 minute la 2 ore, în funcție de boală sau afecțiune. Îngrijirea durează de la stabilizarea inițială a pacientului până la îngrijirea primară.

În funcție de starea lor, pacienții sunt externați din secția de urgență sau transferați într-o secție spitalicească și/sau o unitate de specialitate pentru îngrijiri definitive.

Pe baza sistemului de clasificare, prioritatea este: pentru un pacient critic: imediat; pentru pacient a cărui viață este în pericol: în 15 minute; urgențe: între 30 și 120 de minute.

În Ungaria, serviciile medicale de urgență sunt finanțate de la bugetul de stat. Conform Secțiunii 19/D din Decretul nr.47/2004 (11 mai 2004) ESZCSM, directorul general al Serviciului Național de Ambulanță al Ungariei ([NAS](#)) emite și publică pe site-ul web al instituției lista de sarcini de urgență pentru anul în curs.

La momentul publicării pe site-ul web, directorul notifică ministrul responsabil cu sănătatea, furnizorul de servicii medicale de urgență respectiv, medicul național și Fondul Național de Asigurări de Sănătate din Ungaria ([NEAK](#)).

Pentru a asigura o funcționare cât mai eficientă, în 2005 Serviciul Național de Ambulanță a constituit organizații regionale de ambulanță (RAO), care au preluat rolul sistemelor județene de ambulanță.

În prezent, sunt șapte organizații regionale de ambulanță. Fiecare RAO are un director local cu paramedic șef și departament economic și tehnic. Toate RAO sunt supravegheate de directorul general și de colegii săi (director economic-tehnic, director medical, director HR, director judiciar) cu departamentele lor (sunt peste treizeci) de la sediul din Budapesta. Unele departamente se asigură că participă în mod direct la munca operațională de zi cu zi, cum ar fi Departamentul de operațiuni majore, Departamentul de dispecerat și coordonare al medicului șef și Departamentul de operare și organizare. NAS este o organizație standardizată cu flote de vehicule unificate, echipamente, medicamente, uniforme și ghiduri de educație și tratament medical. Posturile sale locale sunt conduse de medici de ambulanță sau paramedici.

În prezent există 254 de stații de ambulanță - independente de spitale sau alte organizații medicale. Scopul este ca orice locație din Ungaria să poată fi accesată în 15 minute de la alertare. Distingem trei categorii de stații de ambulanță. Stațiile de tip C sunt cele mai mari; sunt conduse de medici de ambulanță sau paramedici și au cel puțin opt vehicule de ambulanță. Stațiile de tip B au patru până la șapte vehicule și sunt comandate de paramedici sau EMT. Stațiile de tip A sunt echipate cu două până la trei ambulanțe și sunt conduse și de paramedici sau EMT.

La nivel național, unitățile de ambulanță parcurg aproape 40 de milioane de kilometri (peste 24,8 milioane de mile) pe an. Există 7.500 de angajați ai ambulanței care răspund la peste un milion de apeluri pe an. NAS are un buget mediu anual de aproape 146 de milioane de dolari (40 de miliarde de HUF).

Conform prevederii Ministerului Sănătății din 1975, formarea a fost continuată în cadrul învățământului superior. În ultimii ani, tinerii interesați au posibilitatea de a participa la cursuri postuniversitare de educație paramedicală în cadrul universităților. Cursurile sunt oferite în următoarele centre universitare: Budapesta (capitala), Pécs cu partea sa din departamentul Szombathely și campusul Nyíregyháza al Universității Debrecen. Educația paramedicului necesită patru ani de studii la universitate.

Paramedicii absolvenți pot oferi îngrijiri la nivel avansat de suport vital (ALS), incluzând: defibrilare, utilizarea unui stimulator cardiac esofagian transtoracic, crichotirotomie, intubație endotraheală, ventilație controlată cu respirator, puncție venoasă (periferică și centrală) și acces venos cu soluții cristalinoide și coloide și CPR pentru adulți, copii și sugari. În plus, ei pot aplica injecții intravenoase pentru pacienții cu medicamente legale acceptate în practica NAS și pot efectua controlul sângerării, pot furniza medicamente cu un perfuzor, pot trata tromboliza și pot trata membrele și articulațiile deteriorate.

Calificarea EMT la NAS putea fi obținută anterior doar prin sistemul de educație non-formală. În prezent, studiile durează doi ani (1080-1320 de ore) cu o specializare suplimentară de jumătate de an (360-440 ore). Toți EMT instruiți pot oferi îngrijire la nivel BLS.

În 1979, Ministerul Sănătății a recunoscut noua disciplină a științei medicale: [oxiologia](#) sau îngrijirea medicală de urgență. Din 1983, predarea acestei discipline a fost integrată în pregătirea de bază a absolvenților de medicină. Timpul de pregătire pentru specializarea medicului de ambulanță este de cinci ani, care se adaugă celor șase ani de pregătire de bază a medicului.

Sistemul de ambulanță din Ungaria se bazează pe modelul franco-german, în care la fața locului sunt prezenți medici de ambulanță și paramedicii. În acest sistem, roluri-cheie au Departamentul Medical Profesional și Departamentul Educațional. Formarea personalului de ambulanță (medici, paramedici, EMT, lucrători din centrele de coordonare-dispecerat și șoferi) sunt organizate de directorii generali și medicali.²³

Implementarea ordinului de gardă de urgență este asigurat de Serviciul Național de Ambulanță al Ungariei. Acesta poate verifica, la fața locului, utilizarea efectivă și buna funcționare a capacităților acoperite de garda de urgență, cu cooperarea furnizorului de asistență medicală în cauză; în urma procedurilor, se întocmește un proces-verbal. Serviciul Național de Ambulanță al Ungariei notifică imediat medicului și furnizorului de servicii de sănătate în cauză, în scris, orice nereguli detectate în legătură cu implementarea schemei de gardă de urgență.

²³ <https://www.hmpgloblearningnetwork.com/site/emsworld/article/221076/ems-around-world-hungarian-national-ambulance-service>

Pentru a asigura continuitatea îngrijirii de gardă de urgență, Serviciul Național de Ambulanță al Ungariei poate face orice modificări necesare la ordinul de gardă de urgență. Serviciul Național de Ambulanță al Ungariei informează imediat ministrul responsabil cu sănătatea, operatorul de servicii medicale respectiv, medicul șef (șeful Centrului Național de Sănătate Publică-NNK) și Serviciul Național de Ambulanță și Fondul de asigurări de sănătate.

Medicul-șef are la dispoziție o bază de date națională privind sistemul de îngrijire de urgență a pacienților organizat în cadrul asistenței medicale de specialitate în regim de internare și organizarea sa teritorială, care va oferi suport informatic continuu pentru gestionarea pacienților în cadrul sistemului de îngrijire de urgență.

Baza de date conține date, puse la dispoziția OMSZ de către medicul șef, precum:

- tipul și data participării la sistemul de îngrijire de urgență a pacienților;
- data, ora și locul participării la serviciul de ambulanță de urgență;
- numărul de telefon și adresa de e-mail a managerului de gardă;
- date privind capacitatea de rezervă autorizată și disponibilă în cadrul unităților de urgență de pe șantier, de exemplu numărul de săli de operație, numărul de paturi de terapie intensivă, numărul de ventilatoare disponibile pentru terapie intensivă, sprijin pentru ventilație, diagnostic de laborator, diagnostic imagistic, specialități asigurate de unitățile de urgență etc.

În ceea ce privește evaluarea serviciilor medicale de urgență, Biroul de Audit al Ungariei a elaborat în 2019 [Raportul privind sistemul de asistență medicală de urgență](#).

Conform Decretului nr.47/2004 ESZCSM privind anumite aspecte organizatorice ale continuității asistenței medicale, unitatea de urgență trebuie să fie prevăzută cu:

- un cadru de diagnosticare și de consultanță adecvat nivelului de gravitate;
- o echipă profesională competentă pentru a efectua sarcini de resuscitare (personal instruit pentru această sarcină și echipament adecvat).

Conform Anexei 2 la Decretul nr.60/2003 al ESZCSM, în secția de urgență (sürgősségi betegellátó osztály/SBO), șeful de secție trebuie să aibă una dintre următoarele calificări: specialist în medicină de urgență/ oxilogie și medicină de urgență (obligatoriu de la 1 ianuarie 2017); specialist în anestezie și terapie intensivă/terapie intensivă.

Furnizorul de servicii medicale este obligat să asigure servicii cu personalul calificat potrivit legii. În Ungaria, Facultatea de Științe ale Sănătății a Universității din Pécs oferă de câțiva ani un curs de formare în asistență medicală de urgență și triaj.