

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

**REGLEMENTĂRI PRIVIND
MEDICINA DE FAMILIE ÎN
FRANȚA, SPANIA ȘI
GERMANIA. CENTRELE
COMUNITARE INTEGRATE ÎN
UNIUNEA EUROPEANĂ**

aprilie 2025

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=2024>

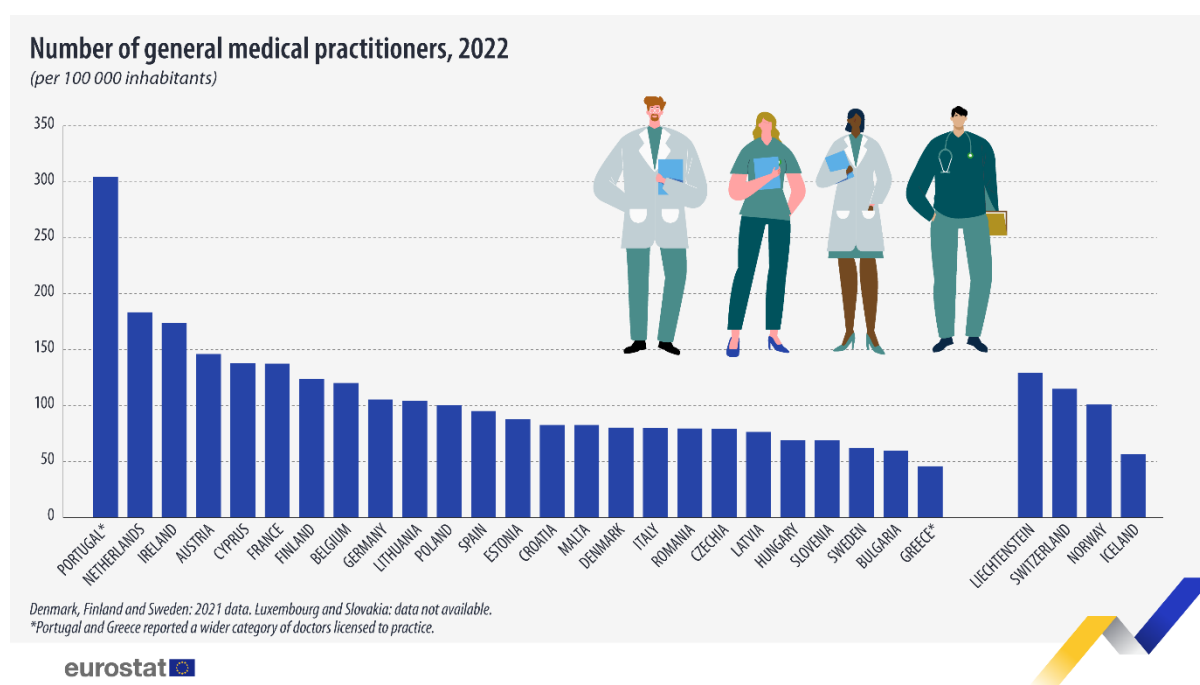
Documentare și sinteză: SEBASTIAN Simion
DIRECȚIA STUDII ȘI DOCUMENTARE LEGISLATIVĂ
Palatul Parlamentului, str. Izvor nr.2-4, sect.5, București
Tel: 021.316.03.65; 021.414.13.50/ 51, Interior 1350,
E-mail: doc@cdep.ro

CUPRINS

CONSIDERAȚII INTRODUCATIVE.....	4
REGLEMENTĂRILE PRIVIND MEDICINA DE FAMILIE ÎN FRANȚA, SPANIA ȘI GERMANIA.....	5
FRANȚA.....	6
SPANIA.....	9
GERMANIA	14
CENTRELE MEDICALE COMUNITARE INTEGRATE ÎN UNIUNEA EUROPEANĂ: ORGANIZARE, FUNCȚIONARE ȘI REGLEMENTARE.....	17
EXEMPLE DE PROGRAME INTEGRATE DE ÎNGRIJIRE ÎN UE.....	19
IRLANDA	22
PORTUGALIA.....	24
SPANIA.....	27
SUEDIA.....	29
WEBOGRAFIE	32
ANEXA I.....	34
TABEL COMPARATIV PRIVIND SALARIZAREA INTERNAȚIONALĂ A MEDICILOR	34

CONSIDERAȚII INTRODUCTIVE

Conform datelor Eurostat, [în 2022 existau aproximativ 1,83 milioane de medici practicanți în UE](#), dintre care un număr de peste 481.000 erau medici de familie / generalişti. Într-un clasament sui-generis, Regatul Țărilor de Jos avea cea mai mare rată de medici generalişti per populație, 183,4 la 100.000 de rezidenți, urmând Austria cu 146,1 de medici / 100.000 locuitori, în timp ce Cipru și Franța aveau câte 138 de medici la 100.000 de locuitori. Un raport ridicat de 304,3 la 100.000 de locuitori a fost raportat de Portugalia - cu toate acestea, această cifră se referă la medicii generalişti autorizați să profeseze, mai degrabă decât la cei care practică efectiv, ceea ce a făcut ca, această cifră să fie luată cu oarecare circumspecție de autorii cercetării. Cel mai scăzut raport a fost înregistrat în Grecia cu 45,8 medici la 100.000 de locuitori, aceasta fiind urmată de Bulgaria (59,8) Suedia (62,2 - date 2021) Slovenia (68,8) și Ungaria (68,9).



În ceea ce privește [distribuția pe categorii de vârstă](#): ponderea profesioniștilor tineri (sub 35 de ani) vs. cei în vârstă (55 de ani și peste) diferă mult între statele UE: 12 țări au raportat ponderi de peste 40% la medicii cu vârsta de 55 de ani și peste (Germania a avut cea mai mare pondere a medicilor cu vârsta cuprinsă între 55 și 64 de ani, cu 36,1%, urmată de Bulgaria (33,9%) și Letonia (27,4%), în timp ce Italia a înregistrat cea mai mare pondere a medicilor de 65 de ani sau peste, cu 26,7%. La această clasă de vârstă, Italia a fost urmată de Ungaria (22,4%) și Estonia (22,3%); la polul oarecum opus, Malta a avut cea mai mare proporție de medici mai tineri, cu 46,1%, urmată de **România (34,6%)** și Țările de Jos (29,7%).

Reprezentativitate

În **1967**, asociațiile de medici generalişti din cele şase state membre ale Comunității Economice Europene de atunci s-au reunit la **Paris** pentru a înființa [Uniunea Europeană a Medicilor Generalişti \(UEMO\)](#). La 21 ianuarie **2009**, **UEMO a dobândit personalitate juridică**. Actul de constituire al organizației (ca organizație non-profit) în conformitate cu legea belgiană a fost semnat la Bruxelles de președintele Dr. Isabel Caixeiro, iar UEMO a devenit oficial cunoscut sub numele de *L'Union Européenne des Médecins Omnipraticiens / Médecins de Famille, AISBL*.

La nivel internațional WOCA - Organizația Mondială a Medicilor de Familie / World Organization of Family Doctors este o organizație non-profit ce a fost fondată în 1972 de organizații membre din 18 țări. În prezent, aceasta numără 133 de organizații membre în 111 țări și teritorii, însumând aproximativ 500.000 de medici de familie și peste 90% din populația lumii. Filiala Regională Europeană, WONCA Europe, reprezintă 47 de organizații membre și peste 90.000 de medici de familie (din Europa).

În România Asociația Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală ([SNMF](#)) este o organizație cu vocație de reprezentare națională în acest domeniu. Ca membru UEMO, din partea României este menționat Colegiul Medicilor. Secretariatul Mondial WONCA s-a transferat de la Bangkok la Bruxelles, în noiembrie 2020

REGLEMENTĂRILE PRIVIND MEDICINA DE FAMILIE ÎN FRANȚA, SPANIA ȘI GERMANIA

Cadrele de reglementare

În ceea ce privește cadrele de reglementare a medicinei de familie (inclusiv cerințele de formare, modelarea practicii și recunoașterea profesională) în Spania, Franța și Germania, se observă că există asemănări semnificative dar și diferențe notabile (în modul în care este abordată furnizarea de asistență medicală primară prin medicina de familie).

Între aspectele semnificative enumerăm:

- **toate cele trei țări recunosc medicina de familie ca specialitate medicală completă**, cu observația că Spania a fost prima care a făcut acest lucru (în 1979) urmată de Republica Federală Germania și relativ recent de Franța (2004);
- **durata instruirii variază între cele 3 state: 3 ani în Franța, 4 ani în Spania și peste 5 ani în Germania**;
- abordările de reglementare variază de la sistemul descentralizat (cu specificul de stat federal, cum este situația în Germania) la cadre ceva mai centralizate în Franța și Spania (la aceasta din urmă centralismul fiind ponderat de importanța regiunilor în elaborarea politicilor);

- funcția de *gatekeeping* (cine are informația, cine o evaluează și cine decide) este mai puternică în Franța și Spania, în timp ce Germania oferă pacienților un acces mult mai direct (la specialiști, medici etc.)
- în ceea ce privește organizarea practică, se observă o tendință de a favoriza practica de grup (cabinete cu mai mulți medici) în vreme ce practica individuală rămâne mai frecventă în Germania.

FRANȚA

Cadrul de reglementare și cadrul instituțional

Medicina de familie din Franța (*médecine générale*) este reglementată în cadrul general al sistemului de sănătate al Republicii. Principalele organisme și cadre de reglementare includ:

- Consiliul Național al Medicilor ([Ordre des Médecins](#)): creat în 1945, acesta este principalul organism de reglementare pentru toți medicii din Franța. Acesta este cel care veghează ca medicii să respecte principiile profesiei, integrității, competenței și devotamentului, esențiale pentru practica medicală. Consiliul supraveghează înregistrarea medicilor, monitorizează standardele profesionale și supraveghează practicile etice.
- [Ministerul Sănătății](#): este responsabil pentru definirea strategiei naționale de sănătate și punerea în aplicare a politicii guvernamentale referitor la sănătatea publică și la organizarea și finanțarea sistemului de sănătate.
- [Agențiile regionale de sănătate](#) (*Agences régionales de santé/ARS*): aceste agenții coordonează prevenția și asistența medicală la nivel regional, asigurându-se că resursele sunt gestionate în mod consecvent pentru a oferi acces egal la asistență medicală sigură, continuă și de înaltă calitate tuturor cetățenilor francezi.

Statutul de specialitate profesională

- Medicina de familie în Franța a fost recunoscută ca o [specialitate medicală distinctă](#) din anul 2004, an care a marcat o piatră de hotar în profesionalizarea consolidată a asistenței medicale primare. Înainte de această dată, practica generală nu a fost considerată o specialitate la nivel de egalitate cu alte discipline medicale.

Cerințe de formare

Parcursul de formare pentru specialiștii în medicina de familie din Franța constă în:

- Școala medicală: 6 ani de educație medicală la universitățile publice. Taxele de școlarizare sunt de aproximativ 500 EUR (633 USD) pe an ([cheltuielile acoperite de stat](#) sunt evaluate la 20000 euro/an sau 200000/10 ani)
- Programul de rezidență: 3 ani de formare specializată în medicina de familie după parcurgerea facultății de medicină (absolvite)

- Examenul național de clasificare ([Épreuves Classantes Nationales/ECN](#)): Studenții la medicină trebuie să susțină acest examen la sfârșitul celui de-al șaselea an de studii. Clasamentul determină alegerea specialității și a locației pentru rezidență. Acest aspect a fost cuprins în [Decretul nr. 2021-1156 din 7 septembrie 2021](#) privind accesul la ciclul III de studii medicale pentru modificarea procedurii de admitere și încadrare într-o specialitate și o subdiviziune teritorială. Probele naționale permit să se aprecieze dacă studentul a dobândit cunoștințe și deprinderi suficiente în ceea ce privește cerințele pregătirii ciclului III. Probele digitale (probe dematerializate) sunt anonime. Acestea au ca rezultat obținerea unei note care trebuie să depășească un prag minim definit pentru a stabili că studentul are cunoștințe suficiente cu privire la cerințele celui de-al treilea ciclu de studii medicale.

Cadre de formare profesională

Instituții de formare:

- există 37 UFR ([Unité de Formation et de Recherche](#) - "Unități de formare și cercetare") care oferă cursuri de medicină de familie, inclusiv 2 UFR la Université de Lyon, 2 UFR la Université de Lille și 7 UFR la Paris. Conform legii:

Unitățile de formare și cercetare combină departamentele de formare și laboratoarele sau centrele de cercetare. Acestea corespund unui proiect educațional și unui program de cercetare implementat de profesori-cercetători sau profesori și cercetători de la una sau mai multe discipline fundamentale. Unitățile de formare și cercetare sunt administrate de un consiliu ales și sunt conduse de un director ales de acest consiliu. Consiliul, al cărui număr de membri nu poate depăși patruzeci (40), include persoane externe în proporție de 20% până la 50%. În toate cazurile, numărul cadrelor didactice trebuie să fie cel puțin egal cu cel al altor cadre și studenți. Directorul este ales pentru o perioadă de cinci ani, reînnoită o singură dată. El este ales dintre profesorii-cercetători, profesorii sau cercetătorii care participă la procesul predare, activând în unitatea respectivă.

Medicii de familie francezi trebuie să dezvolte [șase competențe generice](#):

- (*Capacitatea de a gestiona*) incertitudinea, urgența și de a furniza prima soluție - capacitatea de a prelua și gestiona probleme de sănătate nediferențiate, neselectate, programate sau neplanificate (indiferent de pacient), conform datelor științifice actuale, contextului și posibilităților persoanei - indiferent de vârstă, sexul sau orice alte caracteristici ale acesteia - prin organizarea optimă a accesibilității la serviciile medicale (proximitate, disponibilitate, cost).
- Abordarea globală având în vedere complexitatea - capacitatea de a implementa o abordare decizională centrată pe pacient, conform unui model global de sănătate
- Educația, prevenirea, screening-ul, sănătate individuală și comunitară - capacitatea de a sprijini „pacientul” într-o abordare autonomă care vizează menținerea și îmbunătățirea sănătății acestuia, prevenirea îmbolnăvirilor,

- Continuitatea, urmărirea și coordonarea îngrijirii, toate acestea centrate pe pacient - capacitatea de a asigura continuitatea îngrijirii și coordonarea problemelor de sănătate ale pacientului preluat într-o relație de monitorizare și sprijin.
- Relaționare, comunicare și abordare centrată pe pacient - capacitatea de a construi o relație cu pacientul, anturajul acestuia, diverși profesioniști din domeniul sănătății, precum și instituții,
- Profesionalismul - capacitatea de a asigura angajamentul față de societate și de a răspunde așteptărilor acesteia, de a dezvolta o activitate profesională prin acordarea de prioritate a bunăstării oamenilor prin practica etică și profesională, de a-și îmbunătăți abilitățile prin practica reflexivă în cadrul medicinei bazate pe dovezi științifice, de a-și asuma responsabilitatea pentru deciziile luate în relația cu pacientul.

Organizarea practică a medicinei de familie - rolul acesteia în sistemului de sănătate

- Medicii de familie din Franța (médecin généraliste) oferă îngrijire pacienților de toate vârstele (0-99+ ani) (monitorizare pediatrică, îngrijire ginecologică (inclusiv contracepție), proceduri minore (insertie DIU, infiltrare, sutură, imobilizare), gestionarea bolilor cronice și vizite la domiciliu,
- Funcția de supraveghere: Medicii de familie acționează ca *paznici* pentru îngrijirea specializată prin intermediul sistemului coordonat de asistență medicală din Franța ([parcours de soins coordonnés](#)). În timp ce pacienții pot consulta direct specialiștii, aceștia primesc rate de rambursare mai mici dacă ocolesc medicul (lor) de îngrijire primară.
- Modele de practică: unii medici lucrează independent, în timp ce alții lucrează în echipă, în special atunci când sunt implicați și în cercetare. Modelul colaborativ este din ce în ce mai frecvent, deși practica individuală persistă, parțial din cauza lipsei de medici.
- Sistemul de înregistrare: fiecare persoană asigurată în Franța cu vârsta de peste 16 ani trebuie să desemneze și să se înregistreze la un medic de îngrijire primară la casa locală de asigurări de sănătate. Aproximativ 95% din populație a ales un medic de familie, deși specialiștii pot servi, de asemenea, în acest rol.

Medicina în profil demografic: La 1 ianuarie 2021, în Franța erau 228.000 de medici (medici generaliști și medici specialiști), densitatea medicilor ridicându-se la 339 de medici la 100.000 de locuitori. În 2024 s-a înregistrat o creștere sensibilă a acestui număr (respectiv 237.300). Structura pe sex și vârstă a medicilor practicanți la 1 ianuarie 2024 evidențiază schimbări semnificative față de 2010 - în timp ce în 2010 femeile reprezentau 40,1% din medicii activi acestea reprezentau în 2024 49,3% (la 1 ianuarie 2024, 117.024 dintre medici erau de femei și 120.276 bărbați).

Condiții de plată și de muncă

Modelul de plată: [furnizorii privați](#) sunt plătiți printr-o combinație de taxe pentru servicii, plăți pentru performanță și bonusuri anuale pentru gestionarea bolilor cronice.

Stimulente regionale: din 2013, medicii ambulatorii pot încheia acorduri contractuale care garantează un salariu lunar de 6 900 EUR dacă practică în regiuni cu o ofertă insuficientă de medici și sunt de acord să limiteze facturarea suplimentară.

Zone insuficient deservite: pentru medicii care lucrează cu normă întreagă în centre medicale din zone insuficient deservite, salariul garantat este de aproximativ 50.000 EUR pe an.

Practică: mai mult de 50% dintre medicii de familie, predominant medici mai tineri, lucrează în cabinete de grup - în medie, un astfel de cabinet constă din doi până la trei medici (în 2022, [25% dintre medicii generalişti au consultat](#) peste 2.000 de pacienți pe an / doctor (dosare active). La celălalt capăt al spectrului, 25% dintre medici au văzut mai puțin de 1.170 de pacienți.

Integrarea multidisciplinară: în timp ce o pondere de 75% dintre practicienii în sănătate este reprezentată exclusiv de medici, restul de 25% include asistente medicale și alți profesioniști din domeniul sănătății.

În 2018, [a fost instituită o diplomă de asistență medicală de practici avansate](#), ceea ce indică o evoluție a forței de muncă din domeniul asistenței medicale primare, deși punerea în aplicare era încă în curs de desfășurare la momentul respectiv ([Ordinul din 18 iulie 2018 privind regimul de studii pentru diploma de stat de asistent medical cu practică avansată](#)):

- Candidații depun o cerere la instituția de învățământ superior (la alegere) care oferă o pregătire/formare care să conducă la obținerea diplomei de stat de asistent medical cu practică avansată. Candidații specifică tipul de formare pe care doresc să îl urmeze.
- Cu excepția titularilor diplomei de stat de asistent medical în sectorul psihiatric - care pot accesa doar specializarea psihiatrie și sănătate mintală - candidații precizează specializarea pregătirii pe care doresc să o urmeze.
- Procedura, orarul și componența juriului de admitere sunt stabilite de fiecare instituție de învățământ superior acreditată pentru eliberarea diplomei de stat de asistent medical de practică avansată.

SPANIA

Cadrul de reglementare și cadre instituționale

Medicina de familie din Spania (*medicina familiar y comunitaria*) este reglementată în cadrul sistemului de sănătate mai larg al țării (în special prin [Decretul Regal 1137/2024](#), din 11 noiembrie, de modificare a [Decretului Regal 1753/1998](#), din 31 iulie, privind accesul excepțional la titlul de *Specialist în Medicină de Familie și Comunitară* și privind practicarea medicinei de familie în sistemul național de sănătate).

Titlul oficial de *Specialist în Medicină de Familie și Comunitară* a fost creat prin [Decretul Regal 3303/1978](#), din 29 decembrie, regulament care a stabilit și pregătirea de tip rezidențiat în centrele de sănătate ca sistem standard și obișnuit de obținere a acestuia. Astfel, în Spania a fost inițiată formarea specifică pentru Medicii de Familie, care a fost ulterior implementată în general în toate statele membre ale actualei Uniuni Europene prin [Directiva 86/457/CEE](#) a Consiliului Comunităților Europene (în forță până în 1993, fiind înlocuită de [Directiva 93/16/CEE](#) a Consiliului din 5 aprilie 1993 privind facilitarea liberei circulații a medicilor și recunoașterea reciprocă a diplomelor, certificatelor și a altor titluri oficiale de calificare).

Decretul din 1978 stabilea:

Articolul 1.

Medicul de familie este o parte fundamentală în sistemul de sănătate și are sarcina de a oferi îngrijiri medicale cuprinzătoare și integrate membrilor comunității.

Scopul declarat al misiunii sale se concentrează pe următoarele sarcini:

- *Furnizarea de îngrijiri medicale și de sănătate integrate și continue membrilor familiilor și comunităților de îngrijire primară, atât în clinică, cât și la domiciliul pacientului, atât în condiții obișnuite, cât și în condiții de urgență.*
- *Promovarea sănătății, prevenirea bolilor și dezvoltarea educației pentru sănătate la nivel individual, familial și comunitar.*
- *De a contribui, împreună cu administrația din domeniul sănătății, la dezvoltarea aspectelor de sănătate a mediului, sănătatea mamei și copilului, alimentația și nutriția, epidemiologia și biostatistica, care sunt esențiale pentru menținerea unui sistem de sănătate echilibrat.*
- *De a îndruma pacienții și familiile acestora în utilizarea corectă a sistemului de sănătate stabilit.*
- *De a colabora în activități didactice care vizează formarea membrilor echipei de asistență medicală.*

Articolul 2.

Calificarea de medic specialist în "medicina familiar y comunitaria" va fi o condiție preferată pentru accesul la procedurile de selecție pentru posturile de asistență primară dependente de orice entitate de sub conducerea administrației publice și Asigurărilor Sociale, atât din mediul urban, cât și din mediul rural.

Articolul 3.

În scopurile prevăzute de prezentul decret, se consideră „asistență primară” asistența medicală acordată în posturile de Medicină generală dependente de administrația publică, în special cele de medicină obișnuită/generală, serviciile de medicină regională (medicină generală) și Serviciile de Urgență a Asigurărilor Sociale.

Articolul 4.

Programul de pregătire va fi stabilit de Comisia Națională pentru specialitatea "medicina familiar y comunitaria", prevăzută în Decretul Regal 2015/1978, care va răspunde și de stabilirea ariilor sanitare în care se vor desfășura programele didactice pentru specialitate, precum și de acreditarea și aprobarea capacității

centrelor și serviciilor de a preda programele didactice.

Pregătirea în specialitatea "medicina familiar y comunitaria" se va dobândi sub conducerea unei comisii formată dintr-un reprezentant al facultății de medicină, directorii direcțiilor teritoriale de sănătate respective și de directorii rezidențelor și/sau spitalelor prevăzute în sectorul *Asigurărilor Sociale* la care este repartizat absolventul. Comisia va acționa în conformitate cu liniile directoare ale Comisiei Naționale de Specialitate corespunzătoare și cu respectarea funcțiilor care îi sunt delegate.

Principalele organisme și cadre de reglementare includ:

- [Ministerul științei, inovației și instituțiilor universitare](#): este responsabil de recunoașterea medicilor eligibili să practice în Spania și este responsabil de omologarea diplomelor medicale.
- [Ministerul Sănătății](#) (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social): este responsabil pentru formarea medicală în toată Spania, inclusiv în ceea ce privește programele de formare de specialitate.
- [Consiliul Național al Specialităților Medicale și Comisia Națională de Specialitate](#): aceste organisme formează fundația sistemului de formare de specialitate medicală din Spania, cu mai mult de 500 de medici cu înaltă calificare implicați activ în sistemul de rezidențiat. Acestea servesc drept organisme consultative ale ministerelor Sănătății și Educației.

Consiliul Național de Specialități în Științe ale Sănătății (CNECS) este un organ colegial de pe lângă Ministerul Sănătății, reglementat de art. 30 din [Legea 44/2003, din 21 noiembrie, pentru reglementarea profesiilor din sănătate](#) și are următoarele atribuții:

- Coordonează acțiunile comisiilor naționale de specialitate
- Promovează cercetarea și inovațiile tehnice și metodologice în specializarea în domeniul sănătății
- Ratifică programele de pregătire pentru specialitățile de Științe ale Sănătății desfășurate de Comisiile Naționale de Specialitate
- Raportează oferta anuală de locuri pentru Instruire Specializată în Sănătate
- Întocmește, atunci când este necesar, rapoarte referitoare la formarea de specialitate în sănătate
- Aprobă regulamentul intern de funcționare al CNECS
- Oferă asistență și consiliere tehnică și științifică Ministerului Sănătății cu privire la formarea de specialitate în domeniul sănătății

[Consiliul General Medical Spaniol](#) (*Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos*): eliberează certificatele de competență profesională și supraveghează înregistrarea medicilor.

Aspecte privind procesul de formare

Medicina de familie și comunitară a fost recunoscută ca specialitate medicală distinctă în Spania încă din anul 1979. Specialitatea a fost înființată prin reglementări formale și are același statut profesional ca și alte specialități medicale din țară.

Cerințe de formare

Parcursul de formare pentru specialiștii în medicina de familie din Spania constă în:

- Educația instituțională / universitară : 6 ani de educație medicală la universitățile publice. Studenții trebuie să treacă un examen național de admitere înainte de a se înscrie la facultatea de medicină.
- Examenul MIR (*Medico Interno Residente*): după finalizarea facultății de medicină, absolvenții trebuie să ia acest examen competitiv național pentru a intra în formare de specialitate. Clasamentul determină alegerea specialității și a locației pentru rezidență.
- Programul de rezidențiat: reprezintă 4 ani de formare specializată în medicina de familie și comunitară. Aceasta este de aceeași durată ca majoritatea celorlalte specialități din Spania (gen chirurgie, medicină internă, cardiologie, medicină de terapie intensivă și oncologie medicală care necesită 5 ani).
- Programul oficial de formare (OTP): Toate specialitățile medicale din Spania au un program oficial de formare care definește cunoștințele și abilitățile considerate necesare pentru a deveni un specialist medical pe deplin calificat. Aceste OTP-uri sunt publicate în [Buletinul Oficial al Statului \(BOE\)](#) și fac obiectul unui proces continuu de revizuire.

Instituții de formare: există 29 de universități care oferă cursuri de specializare în medicină de familie în Spania (a se vedea și [Ordinul PJC/798/2024, din 26 iulie](#), pentru aprobarea și publicarea programului de pregătire pentru specialitatea Medicină de familie și comunitară, a criteriilor de evaluare a specialiștilor în formare și a cerințelor de acreditare pentru unitățile didactice multi-profesionale de îngrijire familială și comunitară).

Acreditarea facilităților de formare

Orice unitate sanitară interesată de formarea specialiștilor în medicină trebuie să treacă printr-un proces formal de acreditare, în care Consiliul Național al Specialităților Medicale și Comisiile Naționale de Specialitate au un rol important. Procesul de acreditare implică:

- Un audit și o inspecție efectuate de echipe de experți
- Verificarea faptului că unitatea îndeplinește standardele necesare pentru formarea specialiștilor
- Determinarea numărului maxim de posturi de formare, în conformitate cu cerințele UE (începând cu anul 2013, 183 de centre de sănătate au fost acreditate pentru formare de specialitate în Spania, inclusiv *medicina familiar y*

comunitaria).

Cerințe de recunoaștere profesională pentru non-spanioli - pentru ca un medic străin să practice medicina în Spania, trebuie îndeplinite următoarele cerințe:

- Existența unei diplome în medicină
- Calitatea de membru al colegiului medical provincial în care medicul va practica
- Cetățenii europeni nu au nevoie de viză; cetățenii non-europeni au nevoie de viză de lucru
- Numărul actului de identitate
- Numărul de afiliere la sistemul de securitate socială
- Pentru non-vorbitori de spaniolă, o fotocopie certificată a unei diplome spaniole de nivel C1 sau C2

Procesul de omologare a unui titlu medical străin durează de obicei 9-12 luni. Pentru recunoașterea profesională, medicii trebuie să prezinte un certificat de eligibilitate din partea consiliului medical național.

Practica și organizarea

Medicii de familie din Spania oferă servicii de asistență medicală primară pentru pacienții de toate vârstele, servind ca prim punct de contact în sistemul de sănătate al țării.

Aspectul demografic: în 2016, existau 34.741 de medici de familie în Spania, cu un raport de 85 de medici de familie la 100.000 de persoane (conform [datelor recente](#) în Spania anului 2024 erau 36.247 de medici de familie pentru asistența primară, iar peste 60% dintre aceștia au peste 50 de ani).

Evaluarea formării: la sfârșitul fiecărui an de rezidență, stagiarii trebuie să prezinte un raport care să includă toate activitățile desfășurate în cursul anului. În plus, sunt necesare interviuri trimestriale cu un tutore.

Mobilitatea în timpul formării: rezidenții au posibilitatea de a se forma în alte spitale, atât în interiorul, cât și în afara Spaniei, pentru anumite perioade incluse în perioada de formare.

Condiții de plată și de muncă

- **Salariul**: salariul de bază pentru rezidenți este peste 1.000 de euro pe lună, crescând la aproximativ 2.000 de euro dacă sunt efectuate gardzi / schimburi. Salariul crește în fiecare an de rezidență. Baza de reglementare a salarizării este reprezentată de [Decretul Regal 1146/2006](#), de reglementare a raportului special de muncă de rezidențiat pentru formarea specialiștilor în Științe ale Sănătății.
- Fără să includă gardzile și luând ca referință datele de la Uniunea Medicală din Granada, un rezident câștigă, în primul an de formare, o medie de 1.382 de euro brut pe lună, peste cei 1.184 de euro brut pe lună la care a fost convenit salariul minim interprofesional (convenit între Ministerul Muncii și sindicate). Scăzând impozitul pe venitul personal și contribuțiile la asigurările sociale,

salariul medicului intern rezident în anul 1 este de 1.180 de euro brut. În al doilea an de rezidențiat medical, salariul mediu brut este de 1.486 de euro pe lună, ceea ce se traduce în 1.233 de euro net; în al treilea, 1.619 euro brut - 1.306 net-; în al patrulea, 1.752 brut -1.388 net-; iar în a cincea, 1.885 euro brut pe lună, care se reduce la 1.475 euro net. Cu gărzi, în anul 1 poate atinge în jur de 2002 euro ([Sueldo MIR: ¿cuánto se gana como médico residente?](#))

- **Contractele:** Programele de formare durează 4-5 ani, cu un nou contract semnat în fiecare an.
- **Beneficii:** Rezidenții au dreptul la concediu medical, zile de concediu și concediu de maternitate, niciuna dintre acestea neimplicând o reducere a salariului.

Evoluții recente - medicina de familie și comunitară este specialitatea cea mai oferită și aleasă în sistemul MIR (rezidențiat).

GERMANIA

Cadrul de reglementare

Medicina de familie din Germania ([Allgemeinmedizin](#)) este reglementată în cadrul general al sistemului de sănătate al federației.

Principalele organisme și cadre de reglementare includ:

- **Asociația Medicilor (Bundesärztekammer):** aceasta este asociația comună a Camerelor de Stat ale Medicilor, care servește drept principal organism de reglementare a practicii medicale în Germania. Ea elaborează Regulamentul (model) privind formarea de specialitate ([Muster-Weiterbildungsordnung](#)) care oferă orientări pentru formarea de specialitate.
- **Camerele de stat ale medicilor (Landesärztekammer):** acestea sunt principalele autorități responsabile pentru toate aspectele legate de formarea de specialitate și pentru emiterea de decizii obligatorii privind aspectele legate de formarea de specialitate pentru membrii lor. Fiecare dintre cele 16 state federale ale Germaniei are o *Cameră de Stat a Medicilor*, iar medicii trebuie să fie membri ai acestor camere pentru a practica medicina.
- **Legea privind medicii ([Bundesärzteordnung](#)):** această lege federală, împreună cu Regulamentul de acordare a licențelor pentru medici ([Approbationsordnung](#)) formează baza legală pentru practicarea medicinei în Germania.
- **Colegiul german al medicilor generaliști și al medicilor de familie ([DEGAM](#)):** această organizație profesională reprezintă specialiștii în medicina de familie și contribuie la dezvoltarea standardelor de formare și a orientărilor profesionale.

Statutul de specialitate

Medicina de familie ([Allgemeinmedizin](#)) este recunoscută ca o specialitate medicală distinctă. În fapt, este una dintre specialitățile enumerate în Regulamentul (model) de formare de specialitate și necesită finalizarea formării de specialitate pentru a obține titlul de "[Facharzt für Allgemeinmedizin](#)" (specialist în medicină generală).

Cerințe de formare

Parcursul de formare pentru specialiștii în medicina de familie¹ din Germania constă în:

- **Facultatea de medicină:** 6 ani de educație medicală la una din universitățile publice sau private acreditate. Studiarea la universitățile publice este gratuită, în timp ce instituțiile private pot percepe taxe de școlarizare cuprinse între 6000 EUR și 11 500 EUR pe semestru.
- **Licența:** după finalizarea școlii medicale, absolvenții trebuie să obțină o licență pentru a practica medicina (*aprobare*), care este valabilă în întreaga țară pentru o perioadă nelimitată.
- **Formarea de specialitate ([Facharztausbildung](#)):** 5 ani de formare specializată în medicină generală (*Allgemeinmedizin*) este perioada necesară pentru a deveni specialist în medicina de familie (*Facharzt für Allgemeinmedizin*).
- **Conținutul formării:** Programul de formare include rotații în diverse domenii medicale. Potrivit studiilor, durata medie efectivă a formării postuniversitare în practica generală poate fi mai mare decât cerința minimă, un studiu din Hessa prezentând o medie de 8,88 ani (cu o mediană de 7,75 ani).
- **Examinarea finală:** după finalizarea formării, medicii trebuie să treacă un examen de certificare de specialitate (*Facharztprüfung*) pentru a deveni specialiști certificați. (Rata de eșec la examenul de specialitate din Germania este în medie de aproximativ cinci procente / 5% . Cu toate acestea, specialitățile medicale individuale diferă unele de altele. În 2021, rata de eșec în medicina generală a fost cea mai scăzută, de 2,6%).

Structura și cerințele de formare

Cerințe privind rotația / mobilitatea: formarea în medicina de familie include rotații obligatorii în diferite specialități. În Germania, formarea ambulatorie este necesară în mod specific pentru practica generală.

Supraveghere / monitorizare: instruirea se desfășoară sub îndrumarea medicilor autorizați să asigure pregătirea de specialitate. Există o cerință anuală ca formatorii și stagiarii să dispună de timp dedicat (prevăzut ca atare) pentru a discuta aspecte legate

¹ Specialistul în medicină generală trebuie să parcurgă un stadiu de formare profesională care are loc în spitale universitare sau mixt-universitare precum și în alte instituții de îngrijire medicală, cum ar fi cabinetele medicale; acest stadiu durează de obicei cinci ani. Condiția prealabilă pentru admiterea la formare continuă este de a avea o diplomă de absolvire în medicină umană. În plus, pentru a fi admis, trebuie să fi obținut deja o licență de a practica medicina sau un permis de a practica medicina. La finalul instruirii are loc examenul de specialitate.

de formare.

Accreditare: instituțiile de formare trebuie să fie acreditate de Camerele de Stat ale Medicilor. Accreditarea ca formator în Germania a fost atribuită pentru o perioadă definită (minim 3 luni până la maximum 36 de luni).

Documentarea formării (dosarul de formare profesională): stagiarii trebuie să își documenteze formarea într-un jurnal (Logbuch) care înregistrează dobândirea competențelor și a procedurilor necesare.

Organizarea practicii medicinei de familie

Rolul sistemului de sănătate: medicii de familie din Germania (Hausärzte) oferă servicii de asistență medicală primară. Următoarele sunt considerate practici necesare medicilor de familie: medicină generală (Allgemeinmedizin), medicină internă (Innere Medizin) și pediatria.

Modele de practică a profesiei: medicii generaliști și specialiștii în îngrijirea ambulatorie lucrează, de regulă, în propriile cabinete private – aproximativ 56 % în practica individuală și 33 % în practica duală. În 2017, existau aproximativ 2.500 de clinici multi-specializate, unde lucrau aproximativ 18.000 de medici ambulatorii din Germania (cca 11%).

Aspecte demografice: în 2017, medicii de familie, inclusiv interniștii și pediatrii, au reprezentat 45% dintre lucrătorii independenți și medicii de îngrijire ambulatorie contractați de SHI (57.600 din aproximativ 129.000), în timp ce 55% (71.400) au fost înregistrați ca medici specialiști.

Înregistrarea pacienților: persoanele fizice au libertatea de a alege între medici generaliști și medicii specialiști. Înregistrarea la un medic de familie nu este necesară, iar medicii de familie nu au o funcție formală de *gatekeeper*. Cu toate acestea, fondurile de sănătate sunt necesare pentru a oferi opțiunea de a se înscrie într-un model viabil (i.e. medic de familie cu funcția de *gatekeeping*).

Condiții de plată și de muncă

Modelul de plată: furnizorii privați sunt plătiți prin intermediul unor taxe negociate la nivel regional (pentru servicii) până la calcularea unui număr maxim de servicii per trimestru.

Un medic generalist poate câștiga cel puțin 76.800 EUR pe an și aproximativ 6.400 EUR pe lună și, în cel mai bun caz, 100.000 EUR pe an și 8.333 EUR pe lună. Salariul mediu anual este de 86.600 €, salariul lunar este de 7.217 €, iar salariul orar este de 45 €. [Salariile diferă și în funcție de land / stat federal](#) (la Hamburg salariul poate depăși 8300 euro brut în vreme ce în Pomerania de Vest poate fi puțin sub 7000 de euro). În funcție de experiență, un medic generalist/de familie poate câștiga:

> 9 ani

8.543 €

7–9 ani

6.776 €

3–6 ani

6.158 €

< 3 ani

5.695 €

Statutul profesional: majoritatea medicilor care lucrează în clinici multi-specializate sunt angajați salariați, în timp ce cei din practica privată sunt independenți.

Personalul de sprijin: majoritatea medicilor angajează asistenți medicali, în timp ce alți *non-medici* (cum ar fi fizioterapeuții) au propriile lor permise de funcționare. Asistenții medicali "avansați" (cu diplome de specializare suplimentare) încă nu sunt în număr mare în asistența medicală primară; cu toate acestea, există un număr tot mai mare de asistenți medicali care finalizează formarea continuă în calitate de manageri de îngrijire

Evoluții recente: sistemul de formare de specialitate din Germania continuă să evolueze, cu propuneri continue despre standardizarea conținutului formării și îmbunătățirea calității formării de specialitate. De asemenea, se pune un accent tot mai mare pe formarea ambulatorie a specialiștilor în medicina de familie.

CENTRELE MEDICALE COMUNITARE INTEGRATE ÎN UNIUNEA EUROPEANĂ: ORGANIZARE, FUNCȚIONARE ȘI REGLEMENTARE

Cadrul de reglementare din Uniunea Europeană privind sănătatea (cu relevanță și în acest domeniu) este reprezentat de:

- Directiva privind asistența medicală transfrontalieră (2011/24/UE)
Facilitează mobilitatea pacienților, încurajând în același timp cooperarea între sistemele de sănătate ale statelor membre.
- Regulamentul general privind protecția datelor (GDPR)
Guvernează schimbul de date privind pacienții între furnizori și sectoare, esențial pentru asistența medicală integrată
- [Regulamentul privind spațiul european al datelor privind sănătatea \(EHDS\)](#)
Adoptat recent (a intrat în vigoare în martie 2025), acesta va crea un cadru comun pentru schimbul electronic de date privind sănătatea în întreaga UE, sprijinind furnizarea integrată de asistență medicală
- Regulamentul privind dispozitivele medicale (2017/745)
Guvernează dispozitivele medicale utilizate în unitățile de îngrijire integrată, cu dispoziții specifice.

La nivelul OMS, în 2016 a fost adoptat [Cadrul OMS privind serviciile de sănătate integrate centrate pe oameni](#) axată pe implicarea indivizilor și a comunităților, consolidarea guvernantei și responsabilizare, îngrijire coordonată și pe coordonarea intra și inter-sectorială (ca strategii cheie erau propuse managementul transformațional, investițiile în infrastructura digitală și în sistemele informatice

asociate pentru a permite colectarea și partajarea de informații într-un cadru clinic și pentru a sprijini sănătatea populației și gestionarea bolilor cronice, managementul cunoștințelor, reconfigurarea și transformarea forței de muncă / specializarea, reducerea barierelor prin cadre de reglementare modernizate și cadre de finanțare și plăți care încurajează și recompensează integrarea).

Centrele medicale comunitare integrate reprezintă o abordare transformatoare a furnizării asistenței medicale în contextul demografic al unor populații îmbătrânite și/sau pentru comunitățile cu pacienți care au afecțiuni complexe (inerente îmbătrânirii). În Uniunea Europeană, aceste centre au apărut ca soluții inovatoare pentru sistemele de îngrijire cu scopul de a oferi servicii coordonate, centrate pe pacient, combinând sectoarele de sănătate și asistență socială, cu sarcinile lor aferente.

Cadrul conceptual al centrelor medicale comunitare integrate

Centrele medicale comunitare integrate sunt modele structurate de îngrijire care reunesc diverși furnizori de asistență medicală, servicii sociale și alte resurse comunitare, pentru a oferi asistență medicală cuprinzătoare. Aceste centre funcționează pe niște principii fundamentale:

- **perspectiva holistică:** luarea în considerare a sănătății fizice alături de sănătatea mentală și circumstanțele sociale ale pacientului
- **continuitatea îngrijirii:** furnizarea de puncte unice de contact și menținerea unor relații de continuitate pacient-profesionist (medical / social)
- **colaborare interprofesională:** consolidarea încrederii și facilitarea comunicării continue între diverși furnizori de servicii medicale (și asistență socială)
- **implicarea pacientului:** implicarea pacienților în procesele de stabilire a obiectivelor și de luare a deciziilor.

Proiectul SELFIE (Sustainable integrated chronic care models for multi-morbidity) / un proiect HORIZON 2020 - **definește îngrijirea integrată** ca însumând „**eforturile susținute de a oferi îngrijire coordonată - proactivă și multidisciplinară, centrată pe persoană - de către doi sau mai mulți furnizori de servicii de îngrijire care comunică și colaborează eficient fie în cadrul sectoarelor, fie între sectoare**” (intra și inter-sectorial) Această definiție reflectă esența centrelor medicale comunitare integrate din UE.

EXEMPLE DE PROGRAME INTEGRATE DE ÎNGRIJIRE ÎN UE

[Proiectul SELFIE](#) a investigat 17 programe integrate (proiecte de succes) de îngrijire a bolilor cronice din opt țări ale UE (Austria, Croația, Germania, Ungaria, Țările de Jos, Norvegia, Spania și Regatul Unit), oferind o perspectivă analitică a unor exemple valoroase de centre medicale comunitare integrate și activitatea practică a acestora. În timp ce modelele specifice variază în funcție de țară și de contextul local, există și o serie de caracteristici comune. Proiectele profilate în mod deosebit:

1. Rețeaua de sănătate Tennengau (Austria) / HNT

- este o rețea bazată pe asistența medicală primară care coordonează asistența medicală pentru pacienții cu afecțiuni cronice prin planuri de îngrijire comune, conferințe de caz -multidisciplinare și periodice - precum și sisteme informatice integrate care conectează diverșii furnizori de servicii. Practic, este o rețea construită de jos în sus, formată din furnizori de servicii sociale și de sănătate și organizații de voluntariat din regiunea Tennengau (o zonă rurală din statul Salzburg). Rețeaua își are originea într-un proiect pilot pentru îngrijirea medicală la domiciliu - introdus în 1995 - și de atunci a evoluat treptat spre a deveni un sistem cuprinzător, care vizează toți locuitorii din regiunea Tennengau (deși activitățile sunt orientate în special către persoanele vârstnice, cu multiple cerințe medicale și sociale).

2. Norrtälje Model (Suedia)

- Este un sistem de sănătate și asistență socială complet integrat, în care aceeași organizație oferă ambele servicii, cu bugete comune și obiective comune pentru sănătatea populației.
- Reprezintă o colaborare unică între municipalitatea Norrtälje și consiliul regiunii Stockholm, ambele cooperând pentru a promova o stare de sănătate și îngrijire mai bune, prin asocierea asistenței medicale și de îngrijire din Norrtälje cu compania de îngrijire Tiohundra.
- Cheia abordării a fost decizia ca toți furnizorii, publici și privați, care doresc să deservească populația din zonă, să o facă de o manieră comună și să acționeze în cadrul unui lanț integrat de servicii de îngrijire la domiciliu, îngrijire medicală generală și reabilitare. Scopul general al modelului Norrtälje și al companiei publice Tiohundra AB a fost o mai bună coordonare între organizațiile de asistență medicală și socială și integrarea verticală și orizontală, bazată pe planificarea generală a asistenței medicale, pe schimbul de informații și pe rezolvarea comună a problemelor (de exemplu, grupuri comune de management) valorizând interacțiunile dintre profesioniști și echipe, făcând posibilă o mai bună coordonare a resurselor economice și umane. Astfel, activitățile se desfășoară simultan la diferite niveluri ierarhice.

3. **Buurtzorg (Țările de Jos)** - Circumscrie un model de îngrijire la domiciliu / de district / de cartier în care echipele oferă asistență (medicală și socială) integrată, concentrându-se pe responsabilizarea pacienților și pe utilizarea judicioasă a resurselor comunității. În altă ordine de idei, în Țările de Jos au fost introduse mai multe reforme politice unice, intersectoriale și la nivel de guvernare transversală pentru a îmbunătăți sănătatea și asistența socială și pentru a reduce fragmentarea.

- ✓ Pe lângă măsurile legislative și de finanțare, strategia guvernamentală neerlandeză a fost de a stabili programe de îmbunătățire de lungă durată (susținute de cercetare aplicată). Ca și cadru analitic de integrare au fost urmărite "[cele cinci legi ale lui Leuz](#)" (Walter Leuz)². Reforma îngrijirii pe termen lung (LTC) s-a produs prin [Legea privind îngrijirea pe termen lung](#) partajând atribuțiile - plasându-le sub controlul oficiilor regionale cum e stabilit de [Legea privind sprijinul social](#) deja existentă de către municipalități și implicând și companiile de asigurări, cf. [Legii privind asigurările de sănătate](#). Reforma a intenționat să realizeze o reorientare a societății asupra îngrijirii formale și informale, o trecere de la îngrijirea rezidențială la cea nerezidențială, sprijinirea oamenilor pentru a trăi independent, realizarea de conexiuni mai bune cu îngrijirea socială, politicile privind locuințele, ocuparea forței de muncă și reducerea până atunci a cheltuielilor de îngrijire pe termen lung în creștere rapidă. Această reformă a implicat, de asemenea, o re poziționare substanțială a îngrijirii comunitare pe termen lung către municipalități. Asistența medicală raională/comunitară a fost transferată la Legea asigurărilor de sănătate, pentru a se alinia mai bine cu îngrijirea primară. Ca atare, a fost o reformă între sectoare și niveluri guvernamentale.

4. **Centrele de îngrijire și sănătate (Spania)** - Modelul este acela al centrelor de îngrijire primară care integrează asistenții sociali, profesioniștii din domeniul sănătății mintale și resursele comunitare alături de serviciile medicale tradiționale.

5. **Integrated Care Pilots (UK)** - Subsumează diferite modele testate în Anglia, inclusiv echipe multidisciplinare care coordonează îngrijirea pacienților vârstnici și a celor cu nevoi complexe. Aceste programe demonstrează că integrarea cu succes poate avea loc la diferite niveluri - de la organizații complet integrate la abordări în rețea care mențin entități separate, dar coordonează îndeaproape îngrijirea. Un aspect de menționat este perspectiva privind furnizarea de

² 1. *You can integrate all of the services for some of the people, some of the services for all of the people, but you can't integrate all of the services for all of the people.*

2. *Integration costs before it pays.*

3. *Your integration is my fragmentation.*

4. *You can't integrate a square peg and a round hole*

5. *The one who integrates calls the tune* (Cele 5 legi ale lui Leuz – cadrul analitic al integrării)

îngrijire integrată la nivel de cartier, dezvoltată mai ales în contextul pandemiei COVID-19.

Conform datelor generale, centrele integrate dincolo de particularitățile zonei/ țării au și unele caracteristici comune care privesc:

- **Structura și funcționarea organizațională:**
 - În general vorbim de echipe multidisciplinare - profesioniști din diverse discipline, inclusiv: medici de asistență medicală primară, asistenți medicali și asistenți sociali, profesioniști în domeniul sănătății mintale farmaciști terapeuți fizici și ocupaționali lucrători comunitari în domeniul sănătății (analiza SELFIE a constatat că relațiile dintre profesioniști - bazate pe încredere și o comunicare permanentă - sunt esențiale pentru o integrare reușită / pentru un centru integrat eficient).
- **Abordări centrate pe pacient** - o viziune comprehensivă asupra pacienților, luând în considerare: condițiile privind sănătatea fizică, nevoile în materie de sănătate mintală, circumstanțele sociale și factorii determinanți ai sănătății (individual și colectiv). Sunt importante și obiectivele și preferințele pacientului (respectiv implicarea pacienților în stabilirea obiectivelor și în luarea deciziilor - lucru ce le permite acestora să se adapteze la serviciile reorganizate integrat).
- **Mecanismele de coordonare a îngrijirii** - puncte unice de contact pentru pacient, planuri de îngrijire partajată accesibile tuturor furnizorilor, conferințe/dezbateri/comunicări periodice privind cazurile, sisteme informatice integrate pentru schimbul de informații, căi definite pentru diferite grupuri de pacienți
- **Implicarea comunității** – încorporarea în mod eficace și activ a activelor și resurselor comunitare, implicarea familiei și a îngrijitorului/asistentului, activități de prevenire și de promovare a sănătății, menținerea unor legături coordonate între serviciile sociale și alte servicii (cum ar fi cele care se ocupă cu sprijinul pentru locuințe).

ASPECTE COMPARATIVE

IRLANDA

Irlanda are un număr de 174 de centre de asistență primară integrate (de la cca 150 în 2016). În ceea ce privește eficiența integrării, Irlanda a operaționalizat un sistem modelat pe rețelele comunitare de asistență medicală / Community Healthcare Networks (CHN). Sunt prevăzute un număr de 96 de CHN. Fiecare astfel de CHN furnizează servicii de asistență medicală primară pentru o populație de 50.000 de locuitori. Concret, un CHN are 4-6 echipe de îngrijire primară, cu medicii de familie implicați în furnizarea de servicii (echipele fiind multidisciplinare); deviza CHN este "îngrijirea potrivită, la locul potrivit și la momentul potrivit". CHN-urile sunt sprijinite de echipe comunitare de specialiști pentru persoane în vârstă și boli cronice. Acestea urmăresc să îmbunătățească viața persoanelor în vârstă și standardul de îngrijire pentru patru boli cronice majore, inclusiv bolile cardiovasculare, diabetul de tip 2, boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC) și astmul. CHN-urile vor permite luarea deciziilor mai aproape de punctul de îngrijire și specifică nevoilor populației. Acest lucru va îmbunătăți integrarea cu serviciile de sănătate și de sprijin comunitar. O echipă CHN include profesioniștii din domeniul îngrijirii medicale și anume:

- Managerul de rețea de asistență medicală comunitară
- Terapeuți ocupaționali
- Terapeuți de vorbire și limbaj
- Kinetoterapeuți
- Podologi
- Dieteticieni
- Asistenți sociali
- Personal administrativ.

Managerul rețelei de asistență medicală comunitară este responsabil pentru integrarea serviciilor în cadrul CHN. Aceasta include, de exemplu, sprijinul la domiciliu, incluziunea socială, sănătatea mintală. Managerul de rețea va menține relații strânse de lucru cu aceste servicii, pe o platformă dedicată:

<https://www.hseland.ie/dash/Account/Login>.

Cu privire la politicile ministerului Sănătății (din Irlanda) privind îngrijirea primară și îngrijirea comunitară îmbunătățită sunt de reținut următoarele aspecte (cf răspunsului ministrului la întrebarea parlamentară [759](#) / 29609/24:

- *Dezvoltarea serviciilor de îngrijire primară – alături de îngrijirea socială și comunitară în sens mai larg – este esențială pentru programului Guvernului privind consolidarea unui sistem de îngrijire a sănătății de înaltă calitate, integrat și rentabil.*

- Prin bugetul pe 2022, ministrul a asigurat investiții anuale recurente de 195 milioane EUR pentru a permite extinderea continuă a serviciilor de îngrijire primară prin programul de îngrijire comunitară îmbunătățită (ECC).
- Programul ECC face parte din eforturile mai ample de a îndeplini [Slăintecare](#) și promisiunea guvernului că **îngrijirea va fi furnizată la locul potrivit, la momentul potrivit și cât mai aproape de casă**. Programul ECC include o serie de elemente diferite care îmbunătățesc serviciile de îngrijire primară la nivelul întregii țări. Printre alte inițiative, finanțarea a permis lansarea completă a 96 de rețele comunitare de asistență medicală (CHN) și permite dezvoltarea continuă a 30 de echipe de specialiști comunitari pentru persoane în vârstă și 30 de echipe de specialiști comunitari pentru managementul bolilor cronice.
- **Toate cele 96 de CHN sunt operaționale, deserving comunitățile locale de 50.000 de persoane per rețea și sprijinind medicii de familie în furnizarea de îngrijiri integrate. (Sunt active) 27 de echipe de specialiști comunitari pentru persoane în vârstă, lucrând într-un mod integrat cu serviciile pentru cazuri acute în sprijinirea pacienților în vârstă.**
- Sunt operaționale 26 de echipe de specialiști comunitari pentru managementul bolilor cronice, care lucrează într-un mod integrat cu personalul pentru servicii acute, sprijinind pacienții din domeniile diabetului, respirator și cardiologie, iar acoperirea completă la nivel național de către echipele de intervenție comunitară a fost realizată, 21 fiind acum operaționale în toată țara.
- Programul ECC reprezintă o extindere semnificativă a capacității de asistență medicală primară și va însemna aproximativ 3.500 de angajați suplimentari recrutați în ansamblu, cu un accent deosebit pe profesioniștii din domeniul asistenței medicale și din domeniul sănătății și asistenței sociale. Peste 2800 de angajați au fost înrolați sau se află într-un stadiu avansat de recrutare, ceea ce reprezintă 81% din ținta completă de recrutare.
- **Din ianuarie 2021, medicii de familie au acces direct la scanări RMN, DEXA și CT și radiografii prin intermediul inițiativei GP Access to Community Diagnostics.** Această cale structurată pentru medicii de familie pentru a accesa direct testele de diagnosticare permite un nivel mai mare de îngrijire care să fie furnizat în comunitate, sprijinind îngrijirea centrată pe pacient, diagnosticarea precoce și intervenția timpurie.
- De asemenea, "continuăm să dezvoltăm noi centre de asistență primară (PCC) de ultimă generație, pentru a sprijini furnizarea celor mai înalte standarde de îngrijire primară. Centrele de asistență primară sunt clădiri moderne, proiectate special, care oferă o singură locație în care lucrează o echipă de asistență medicală primară. Centrele au un rol cheie în furnizarea unui serviciu de sănătate reformat. La sfârșitul lunii martie 2024 erau operaționale la nivel național 174 de centre de îngrijire primară. În total, 45 de Centre de Asistență Primară au devenit operaționale de la sfârșitul lunii iunie 2020. În prezent, alte 10 sunt în construcție".

PORTUGALIA

Ministerul Sănătății supraveghează sistemul de sănătate de pe cuprinsul țării și este responsabil pentru reglementarea, monitorizarea și finanțarea sistemului național de sănătate prin [Planul național de sănătate](#). Finanțarea centrală este distribuită autorităților regionale de sănătate, care sunt responsabile de coordonarea spitalelor și de managementul centrelor tradiționale de asistență medicală primară din raioanele sau districtele regionale, precum și de implementarea obiectivelor politicii naționale de sănătate. Un statut al SNS din 1993 a redefinit organizarea acestor districte în cinci regiuni de sănătate. Furnizarea locală de asistență medicală primară este împărțită în două modele - centrele tradiționale de asistență medicală primară și serviciile de îngrijire primară grupate în [Unități de Sănătate Familiară](#) (Unidades de Saúde Familiar).

- **Unitățile de Sănătatea Familiei (USF) sunt mici unități operaționale ale Centrelor de Sănătate cu autonomie funcțională și tehnică, care contractează obiective de accesibilitate, adecvare, eficacitate, eficiență și calitate, și care garantează cetățenilor înscriși un portofoliu de servicii de bază.** Cetățeanul poate folosi serviciile unui medic de familie sau ale unei echipe de familie (medic, asistent, secretar clinic).

Schimbările organizaționale implementate ca parte a reformei din 2005 au condus la crearea **grupurilor de centre de sănătate (Agrupamentos de Centros de Saúde) în 2008**. Grupurile Centrului de Sănătate sunt servicii de sănătate publică descentralizate din cadrul Autorităților Regionale de Sănătate care au autonomie administrativă și sunt responsabile pentru populații între 50.000 și 200.000 de locuitori. Înainte de crearea acestor grupuri, inițiativele politice născute în urma reformei din 2005 au vizat reorganizarea structurilor de stimulare și de finanțare a AMP (asistența medicală primară) pentru a promova evoluția centrelor tradiționale de asistență medicală primară în Unități de sănătate a familiei. Centrele tradiționale de asistență medicală primară au fost stimulate să se organizeze ca unități de sănătate a familiei printr-un proces intern de contractare în care echipele de asistență medicală primară au definit obiective colective legate de performanță privitoare la acces, eficiență și calitate. Confruntându-se cu probleme de management al resurselor, Grupurile Centrului de Sănătate au fost create pentru a construi un cadru organizațional și o structură de sprijin pentru AMP la nivel comunitar. Astfel, un număr de cinci unități funcționale diferite, inclusiv Unitățile de Sănătate Familiei, funcționează sub conducerea Grupurilor Centrului de Sănătate, dar au autonomie tehnică, funcțională și organizațională. Cadru legal este reprezentat de [Decretul-lege nr.28/2008, din 22 februarie](#) care stabilește regimul de creare, structurare și funcționare a grupurilor de centre de sănătate ale Serviciului Național de Sănătate (agrupamentos de centros de saúde (ACES). Conform decretului-lege menționat:

Articolul 4. Jurisdicția

1 - Numărul maxim de ACES este stabilit la 74, delimitarea ariei lor geografice fiind stabilită prin ordin comun al membrilor Guvernului care răspund de domeniile finanțe, administrație publică, administrație locală și sănătate, după consultarea municipiilor din raza acoperită, pe baza unei propuneri motivate a consiliului de administrație al ARS, IP respectiv.

2 - Delimitarea geografică a ACES trebuie să corespundă NUTS III, un grup de municipii sau un municipiu, și trebuie să țină cont de necesitatea unei combinații cât mai eficiente a resurselor disponibile și a următorilor factori geodemografici:

a) numărul de persoane cu domiciliul în zona ACES, care nu trebuie, de regulă, să fie mai mic de 50.000 și nici mai mare de 200.000;

b) Structura de decontare;

c) Indicele de îmbătrânire;

d) Accesibilitatea populației la spitalul de referință.

3 - Se pot crea și ACES corespunzătoare grupurilor de parohii, după consultarea municipiului respectiv.

4 - Propunerea de la ARS, IP, la care se face referire la § 1, trebuie să conțină, în plus față de ceea ce este prevăzut la alineatul precedent:

a) Identificarea centrelor de sănătate care urmează să fie integrate în ACES;

b) Aria geografică și populația acoperită de fiecare dintre aceste centre de sănătate;

c) Identificarea, pe grupe profesionale, a resurselor umane care urmează a fi alocate fiecărui centru de sănătate;

d) Denumirea ACES-ului;

e) Identificarea unităților în care ACES are sediul.

Articolul 5. Domeniul de intervenție

1 - Centrele de sănătate care fac parte din ACES intervin în următoarele domenii:

a) comunitate și populație;

b) Personalizat, bazat pe alegerea liberă a utilizatorilor a medicului de familie;

c) Exercițarea funcțiilor de autoritate sanitară.

2 - În scopul asigurării sănătății comunitare și sprijinului la domiciliu, fiecare centru de sănătate acoperă persoane cu domiciliul în aria geografică respectivă, chiar și temporar.

3 - În scopul îngrijirii personalizate, toți cetățenii care doresc să se înscrie la un centru de sănătate sunt utilizatori, cu prioritate, în caz de lipsă de resurse, pentru rezidenții din aria geografică respectivă.

Articolul 6. Operaționalizare

1 - Centrele de sănătate trebuie să asigure accesibilitatea maximă pentru utilizatori, în special prin principiul îngrijirii în aceeași zi și programării programărilor pentru anumite ore.

(2) Centrele de sănătate funcționează în mod normal între orele 8 și 20 în zilele lucrătoare, iar programul de funcționare poate fi prelungit până la miezul nopții

în zilele lucrătoare și, după caz, în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbătorile legale, în funcție de nevoile de sănătate ale populației și de caracteristicile geodemografice ale zonei pe care o acoperă și de disponibilitatea resurselor.

3 - Programul de funcționare al centrelor de sănătate și al unităților acestora trebuie să fie mediatizat, în special, prin afișare în afara și în interiorul unităților.

Articolul 8. Caracteristici comune

Fiecare unitate funcțională este formată dintr-o echipă multidisciplinară, cu autonomie organizatorică și tehnică și lucrează în inter-cooperare cu celelalte unități funcționale ale centrului de sănătate și ACES.

Articolul 9. Unitatea de sănătate a familiei

Fără a aduce atingere aplicării regimului prevăzut de prezentul decret-lege la USF ca unități integrate în ACES, acestea sunt reglementate de legislația specifică.

Articolul 10. Unitate sanitară personalizată

1 - UCSP are o structură identică cu cea prevăzută pentru USF și oferă servicii personalizate, asigurând accesibilitatea, continuitatea și exhaustivitatea.

2 - Echipa UCSP este formată din medici, asistente și administratori neintegrați în USF.

Articolul 11. Unitatea de îngrijire comunitară

1 - UCC oferă asistență medicală și sprijin psihologic și social la domiciliu și în comunitate, în special celor mai vulnerabile indivizi, familii și grupuri, în situații de risc mai mare sau dependență fizică și funcțională sau boli care necesită o monitorizare atentă, și de asemenea lucrează în educația pentru sănătate, integrarea în rețelele de sprijin familial și implementarea unităților mobile de intervenție.

2 - Echipa UCC este formată din asistente medicale, asistenți sociali, medici, psihologi, nutriționiști, kinetoterapeuți, logopezi și alți profesioniști, în funcție de nevoile și disponibilitatea resurselor.

3 - ACES participă, prin UCC, la Rețeaua Națională de Asistență Continuă Integrată, integrând echipa locală de coordonare.

4 - UCC este responsabilă de formarea echipei integrate de îngrijire continuă, conform prevederilor Decretului-lege nr. 101/2006, din 6 iunie.

Articolul 12. Unitatea de sănătate publică

1 - USP funcționează ca observator al sănătății pentru aria geodemografică a ACES în care este integrat și răspunde, în special, de elaborarea de informații și planuri în domeniile sănătății publice, efectuarea de supraveghere epidemiologică, gestionarea programelor de intervenție în sfera prevenirii, promovării și protecției sănătății populației în general sau a grupurilor specifice

și exercitarea funcției de colaborare a legislației, în conformitate cu legislația respectivă, în conformitate cu o funcție de sănătate.

2 - Echipa USP este formată din medici de sănătate publică, asistenți medicali de sănătate publică sau comunitară și tehnicieni în sănătatea mediului, precum și, cu caracter permanent sau temporar, alți profesioniști care se consideră necesari în domeniul sănătății publice.

3 - Funcțiile autorității sanitare sunt exercitate, la nivelul ACES, de medici de sănătate publică, care sunt numiți conform legislației specifice.

4 - Autoritatea sanitară de la nivelul ACES face parte din lanțul ierarhic direct al autorităților sanitare, în conformitate cu prevederile bazei a xix din Legea nr. 48/90, din 24 august.

5 - Coordonatorul USP indică, dintre profesioniștii din domeniul sănătății publice ai ACES, și ori de câte ori este solicitat, reprezentantul său în organele municipale cu atribuții sanitare.

Articolul 13. Unitatea de resurse de asistență comună

1 - URAP oferă servicii de consultanță și asistență unităților funcționale la care se referă articolele precedente și organizează legături funcționale cu serviciile spitalicești.

2 - Echipa URAP este formată din medici din diverse specialități, altele decât medicina generală și de familie și sănătate publică, precum și asistenți sociali, psihologi, nutriționiști, kinetoterapeuți, tehnicieni în sănătatea bucală și alți profesioniști nealocați în totalitate altor unități funcționale.

SPANIA

În ultimii ani, s-a observat tendința de a abandona strategiile de promovare a concurenței în favoarea politicilor care pun accent pe colaborarea și coordonarea între furnizorii de sănătate, ca modalitate de îmbunătățire a eficienței sistemului și a continuității îngrijirii. Integrarea îngrijirii a devenit o prioritate în multe țări, Spania fiind între acestea, în special pentru rezolvarea problemelor cronice de sănătate care necesită atenția mai multor profesioniști și mai multor servicii.

În ultimul deceniu, în Catalonia spre exemplu, care are un sistem național de sănătate în care există o diversificare semnificativă în furnizarea serviciilor, au apărut progresiv [organizații integrate de sănătate](#). Constituite în general în jurul unui spital regional, ele sunt responsabile pentru acoperirea unei game de servicii – de la asistență primară până la asistență socio-sanitară – pentru o populație definită în limite geografice.

[Decretul Regal 1277/2003, din 10 octombrie, de stabilire a bazelor generale de autorizare a centrelor, serviciilor și unităților de sănătate.](#)

Articolul 2. Definiții.

1. În sensul prezentului decret regal, se aplică următoarele definiții:

a) Centru de sănătate: ansamblu organizat de mijloace tehnice și facilități în

care profesioniști instruiți, prin gradul oficial sau acreditarea profesională, desfășoară, în principal, activități de sănătate în scopul îmbunătățirii stării de sănătate a oamenilor. Centrele de sănătate pot fi formate din unul sau mai multe servicii de sănătate, care constituie oferta lor de asistență medicală.

Exemple

Badalona Serveis Assistencials

Badalona Serveis Assistencials (BSA) este o organizație integrată de sănătate și asistență socială privată, cu capital integral public, care administrează 7 Centre de Asistență Primară, un Spital de asistență („Hospital Municipal de Badalona”), un spital de îngrijire intermediară („Centre Sociosanitari el Carme”), o Unitate integrată de îngrijire la domiciliu („Servei d'Atenció Integral Domiciliària”) și un centru de sănătate mintală reproductivă și de sănătate mintală. Oferă îngrijire unei populații totale de 435.000 de locuitori în cea mai populată zonă suburbană a Barcelonei.

Țara Bascilor

[Legea 8/1997, din 26 iunie, privind planificarea sănătății în Țara Bascilor](#)

Legea 8/1997, din 26 iunie, privind planificarea sănătății din Țara Bascilor, prevede ca în fiecare zonă de sănătate să se garanteze o organizare adecvată a asistenței medicale primare în coordonare cu asistența spitalicească, printr-o eficiență sanitară maximă atât în localizarea și utilizarea resurselor, cât și în stabilirea celor mai adecvate condiții strategice pentru utilizarea sinergiilor sau în configurarea dispozitivelor de referință.

În consecință, liniile strategice ale Departamentului de Sănătate se referă la îngrijirea integrată, mai ales în fața provocărilor puse de îmbătrânirea populației, cronicității și dependenței, pentru a oferi coerență și a căuta sinergii între diferitele niveluri ale sistemului de sănătate (primar și spitalicesc) pentru a se asigura că asistența medicală este mai puțin fragmentată, mai eficientă și, în cele din urmă, de calitate superioară.

Anterior, dar în legătură cu aceste linii de acțiune, Consiliul de Administrație al Osakidetza-Serviciul Basc de Sănătate a creat, prin Acordul din 13 decembrie 2010, organizația integrată de servicii de sănătate Bidasoa, ca modalitate organizatorică care depășește separarea tradițională dintre asistența primară și cea spitalicească și care își găsește temeiul în articolul 23 din Legea 29678/ iunie din Legea Sănătății.

După evaluarea acestei prime organizații integrate a serviciilor de sănătate, implementarea ei progresivă a fost conturată în întreaga Comunitate Autonomă Euskadi, culminând cu desfășurarea acestor organizații, adaptate particularităților fiecărei zone de sănătate, cu criterii de comunicare, transparență și participare.

OSI (organismele de sănătate integrată) sunt configurate ca organizații de servicii de sănătate dependente de Entitatea Publică Osakidetza-Serviciul Basc de Sănătate pentru a desfășura activitatea de prestare a serviciilor de sănătate, reunind dispozitivele și procesele de asistență primară cu cele de îngrijire spitalicească, având ca obiectiv final promovarea integrării clinice în procesul de îngrijire a pacientului astfel încât îngrijirea sănătății să se articuleze în jurul persoanei care constituie centrul activității de îngrijire.

OSI poate fi de două feluri:

- a) OSI generală, în care, alături de serviciile și unitățile de asistență primară, sunt integrate spitale generale, în care se reunesc diverse servicii și unități de îngrijire de diferite specialități.
- b) OSI monotematice, în care activitatea de asistență medicală se desfășoară, în general, în jurul unui anumit domeniu. Acestea integrează servicii și dispozitive din acest domeniu și acționează în coordonare cu alte servicii de sănătate, fie că sunt asistență primară sau spitalicească, precum și, după caz, cu serviciile sociale și alte instituții.

Decretul 100/2018, din 3 iulie, al organizațiilor sanitare integrate ale entității publice Osakidetza-Serviciul Basc de Sănătate (BOPV din 11 iulie 2018). Textul complet poate fi accesat la

<https://laadministracionaldia.inap.es/noticia.asp?id=1179017>

<https://vlex.es/vid/gipuzkoa-bidasoa-suprime-241577911>

SUEDIA

Între țările care au adoptat o legislație specifică care permite integrarea organizațională a asistenței medical și sociale este și **SUEDIA** (la 1 iulie 2021, acesta a început o reformă a asistenței medicale primare, cu un accent deosebit pe accesibilitate, participare și continuitate, definiția îngrijirii primare fiind [modificată](#) și intrând în vigoare o prevedere privind misiunea de bază a îngrijirii primare; modificarea a fost completată de un [act suplimentar](#) care stabilește Regiunile de cooperare pentru îngrijirea sănătății (în număr de 7 - Fiecare regiune de cooperare include județe și municipii). Eligibilitatea de angajare, conform [legii](#)

- *eligibilă pentru angajarea ca medic în serviciul public este o persoană care a absolvit cu o diplomă de medicină sau a absolvit o instituție de pregătire medicală în străinătate și trebuie să urmeze o pregătire suplimentară.*

Eligibilă pentru angajarea ca medic pentru serviciu de specializare este o persoană care are legitimație ca medic.

§ 3 *Este eligibilă pentru angajare ca medic, altfel decât cele menționate la §*

2, persoana care are dovada competenței de specialitate. Dacă există motive speciale, Consiliul Național de Sănătate și Asistență Socială poate declara un medic eligibil pentru o astfel de angajare chiar dacă medicul nu îndeplinește condițiile de eligibilitate.

Ca exemplu putem menționa Regiunea Skane (în plus față de exemplul mai sus menționat, Norrtälje) care are un sistem integrat de asistență medicală ce funcționează eficient și care integrează îngrijirea sănătății și serviciile sociale, precum și alte sectoare care contribuie la sănătatea generală a populației (acoperă îngrijirea socială și medicală, transportul public, dezvoltarea economică, planificarea socială și mediul).

Provocări de implementare și factori de succes

Cercetările din cadrul proiectului SELFIE și din alte surse identifică mai mulți factori critici pentru punerea în aplicare cu succes a îngrijirii medicale integrate:

Factorii cheie ai succesului presupun:

- **Leadership consolidat** atât la nivel strategic, cât și operațional, pentru a impulsiona schimbarea în sensul integrării
- **Sisteme de informații partajate** care permit schimbul neîntrerupt de date între furnizori
- **Stimulentele financiare aliniate obiectivelor** (care recompensează coordonarea și rezultatele, mai degrabă decât volumul)
- **Consolidarea forței de muncă** pentru a construi abilități pentru practica colaborativă
- **Strategii de implicare a pacientului.**

Între provocările sesizate:

- **Fluxurile de finanțare izolate** între sectorul sănătății și cel al asistenței sociale
- **Rezistență profesională** la schimbarea rolurilor și fluxurilor de lucru tradiționale
- **Incompatibilitatea sistemelor informatice care împiedică** schimbul util de informații
- **Bariere de reglementare** în calea colaborării trans-sectoriale
- **Dificultăți de evaluare** în atribuirea rezultatelor unor intervenții complexe

Se preconizează că **Regulamentul privind spațiul european al datelor privind sănătatea (EHDS)**³, recent pus în aplicare, va avea un impact semnificativ asupra centrelor medicale comunitare integrate contribuind la:

- **Îmbunătățirea interoperabilității:** obligativitatea unor standarde comune pentru sistemele DES în vederea facilitării schimbului de date transfrontalier și trans-sectorial
- **Capacitarea pacienților:** oferind persoanelor mai mult control asupra datelor lor medicale și capacitatea de a le partaja cu furnizorii
- **Facilitarea cercetării:** crearea unui acces securizat la datele privind sănătatea în scopuri științifice și de sănătate publică
- **Stimularea transformării digitale:** accelerarea trecerii de la înregistrările pe suport de hârtie la cele digitale.

Concluzie

Centrele medicale comunitare integrate (din Uniunea Europeană) reprezintă o soluție promițătoare la provocările îngrijirii fragmentate, în special pentru populațiile îmbătrânite și pacienții cu nevoi complexe. În timp ce modelele organizaționale variază de la un stat membru la altul, programele de succes au caracteristici comune, inclusiv utilizarea de echipe multidisciplinare, conturarea unor abordări centrate pe pacient și mecanisme robuste de coordonare a îngrijirii. Cadrul de reglementare evoluează, inițiativele la nivelul UE, cum ar fi spațiul european al datelor privind sănătatea, completând reformele naționale pentru a permite o mai bună integrare. Pe măsură ce aceste modele continuă să se dezvolte, o atenție continuă acordată provocărilor legate de punerea în aplicare și evaluării consecvente va fi esențială pentru realizarea întregului lor potențial de îmbunătățire a îngrijirii pacienților și a sustenabilității sistemului de sănătate.

³ Calendarul de punere în aplicare pe etape include: martie 2027 - Termen-limită pentru principalele acte de punere în aplicare; martie 2029: schimbul de categorii prioritare de date privind sănătatea (sintezele pacienților, prescripțiile electronice) este operațional în toate statele membre ale UE ; martie 2031: Schimbul de categorii de date suplimentare (imagini medicale, rezultate de laborator) operaționale.

WEBOGRAFIE

Medicina de familie

FRANȚA

<https://www.conseil-national.medecin.fr/>

<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/france>

<https://globalfamilymedicine.org/france>

SPANIA

<https://www.sanidad.gob.es/>

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos <https://www.cgcom.es/>
[An analysis of the medical specialty training system in Spain](#) (Freire et al., 2015)

European Junior Doctors - Spain profile

<https://www.juniordoctors.eu/medicalmobility/spain>

<https://universidades.sede.gob.es/>

GERMANIA

Asociația Medicală Germană (Bundesärztekammer) - (Model) Formare de specialitate
Regulamente https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO_Englisch.pdf

Pregătirea medicală suplimentară pentru medicii din Germania

<https://www.medicaltopjobs.de/blog/ID1456672-medical-training-doctors-in-germany>

Commonwealth Fund - International Health Care System Profiles: Germany

<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany>

Colegiul German al Medicilor Generaliști și al Medicilor de Familie (DEGAM)

<https://www.degam.de/>

Legea medicilor practicieni (Bundesärzteordnung) https://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html

[Deloitte US Center for Health Solutions - 2025 global health care outlook](#)

[Integrated care A position paper of the WHO European office for integrated health care services](#)

https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-03/2017_blocks_en_0_0.pdf

<https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/11/health-at-a->

[glance-europe-2024_bb301b77/b3704e14-en.pdf](#)

OECD - [Good practices in delivering integrated care examples from the Netherlands, Denmark, France and Ontario, Canada](#)

Centrele integrate

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1525335/>

https://joint-research-centre.ec.europa.eu/simphs-strategic-intelligence-monitor-personal-health-systems/simphs3-integrated-care-services_en

<https://www.hse.ie/eng/services/list/2/primarycare/enhanced-community-care/>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2707593/>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211883724000595>

https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_16_1903

<https://eurohealthobservatory.who.int/themes/observatory-programmes/integration>

<https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2022/05/Integrated-Care-around-the-world.-Examples-to-help-improve-primary-health-care-in-Poland..pdf>

[https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/about/programmes/dg-reform/ireland/Good%20practices%20in%20delivering%20integrated%20care%20%E2%80%93%20examples%20from%20the%20Netherlands,%20Denmark,%20France%20and%20Ontario,%20Canada%20\(Output%204\).pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/about/programmes/dg-reform/ireland/Good%20practices%20in%20delivering%20integrated%20care%20%E2%80%93%20examples%20from%20the%20Netherlands,%20Denmark,%20France%20and%20Ontario,%20Canada%20(Output%204).pdf)

<https://www.improvingphc.org/portugal-organisation-services>

https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/addressing-poverty-and-supporting-social-inclusion/active-inclusion/access-high-quality-social-services_en

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571813/>

ANEXA I

TABEL COMPARATIV PRIVIND SALARIZAREA INTERNAȚIONALĂ A MEDICILOR

În funcție de:

- costurile medii pentru pregătirea academică pentru a deveni doctor
- salariul mediu pentru un medic care își începe cariera în țara respectivă.

TABEL COMPARATIV PRIVIND SALARIZAREA INTERNAȚIONALĂ A MEDICILOR			
1	STATELE UNITE ALE AMERICII	270.588 €	159.093 €
2	Islanda	2.961 €	155.516 €
3	Belgia	8.155 €	152.906 €
4	Australia	47.927 €	130.008 €
5	Elveția	7.550 €	130.000 €
6	Norvegia	685 €	125.811 €
7	Canada	10.4575 €	125.226 €
8	Irlanda	39.395 €	122.722 €
9	Hong Kong	27.435 €	117.925 €
10	Noua Zeelandă	51.305 €	116.651 €
11	Wales	53.872 €	116.379 €
12	Danemarca	0 €	113.939 €
13	Finlanda	0 €	110.929 €
14	Irlanda de Nord	27.415 €	105.283 €
15	Singapore	120.069 €	102.478 €
16	Emiratele Arabe Unite	130.750 €	99.824 €
17	Japonia	101.806 €	98.289 €
18	Coreea de Sud	24.747 €	95.094 €
19	Scotia	10.894 €	94.650 €
20	Austria	228 €	94.588 €
21	Olanda	12.153 €	91.084 €
22	Anglia	66.442 €	87.928 €
23	Italia	14.068 €	84.598 €
24	Germania	2.743 €	82.086 €
25	Suedia	0 €	76.278 €
26	China	3.961 €	73.537 €
27	Arabia Saudită	0 €	67.859 €
28	Franța	9.068 €	63.893 €
29	Chile	46.782 €	62.666 €
30	Israel	53.039 €	62.216 €
31	Africa de Sud	28.851 €	59.553 €
32	Portugalia	4.315 €	54.518 €
33	Spania	38.224 €	53.092 €
34	Polonia	46.396 €	49.178 €
35	Grecia	0	48.913 €

36	Lituania	5.367 €	46.221 €
37	Brazilia	92.467 €	44.762 €
38	Nigeria	901 €	42.498 €
39	Republica Cehă	0 €	41.815 €
40	Bulgaria	2.601 €	35.294 €
41	Malaiezia	53.951 €	34.535 €
42	Jamaica	26.872 €	33.826 €
43	România	9.014 €	33.798 €
44	Mexic	37.902 €	25.642 €
45	Argentina	4.109 €	23.846 €
46	Indonezia	55.130 €	23.054 €
47	Turcia	165 €	21.978 €
48	Ucraina	7.069 €	20.823 €
49	Rusia	20.620 €	17.377 €
50	India	42.599 €	12.388 €

Sursa: [Globaler Gehaltsreport: Arzt-Gehalt im internationalen Vergleich](#) 2023