

## **„Programul de mediere sanitară între necesitate și inovație”**

Autor drd. Daniel Rădulescu

### **1. Introducere**

Începând cu anul 2001, romii din România au constituit subiectul mai multor politici publice menite să contribuie la îmbunătățirea situației acestei categorii de populație defavorizată. Dezideratele politicilor publice pentru romi sunt îmbunătățirea situației romilor (Strategia Guvernului), reducerea sărăciei și a excluziunii sociale (PNAinc), promovarea susținută a unei societăți coezive și incluzive (JIM) și promovarea politicilor active de incluziune socială a Romilor (Deceniul de incluziune a romilor: 2005 - 2015), toate aflate în legătură cu Planul Național de Dezvoltare 2007-2013. Toate aceste documente de politici publice pentru romi fac referire la programul de mediere sanitară și îl plasează ca activitate prioritară în procesul de îmbunătățire a situației sanitare a romilor din România.

Pornind de la documentele fundamentale privind Deceniul, fiecare stat participant și-a elaborat un Plan Național de Acțiune propriu, care prevede obiectivele și indicatorii de îndeplinit în domeniile de intervenție. Planurile Naționale de Acțiune (PAD) au fost construite pe baza Strategiei naționale pentru îmbunătățirea situației romilor din România. Propunerile de PAD în domeniul sănătății fac referințe la extinderea rețelei de mediatorii sanitari, la dezvoltarea programelor de îngrijire preventivă și educație sanitară în comunitățile cu romi și măsuri anti-discriminare, care vizează asigurarea accesului egal la servicii de sănătate de calitate pentru romi. Toate aceste măsuri conduc către mediatorul sanitar și îl plasează ca principală componentă în procesul de îmbunătățire a situației sanitare a romilor.

Programul de mediere sanitară funcționează în România la nivel național, începând cu anul 2002, în conformitate cu Ordinul 619/2002 emis de Ministerul Sănătății, și este considerat de specialiști ca fiind unul dintre cele mai bune modele de colaborare între societatea civilă și autoritatea centrală, parteneriat responsabil de aplicarea unor măsuri concrete în beneficiul membrilor comunităților cu romi defavorizate în contextul implementării măsurilor din Strategia națională de îmbunătățire a situației romilor.

Studiile, cercetările, rapoartele și analizele realizate în domeniul sănătății romilor furnizează, secvențial, date cu privire la situația sanitară a romilor din România, însă toate au în componența lor o analiză a programului de mediere sanitară. Concluziile acestor materiale conduc către rezultatele obținute în programul de mediere sanitară și determină cititorul să constate că este o practică pozitivă și că, prin intermediul acestui program de mediere sanitară, România contribuie la îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate. În

ceea ce privește amenințările la care este supus programul de mediere sanitară, aceste studii nu oferă astfel de informații.

Inițial, programul de mediere sanitară a fost conceput pentru a îmbunătăți comunicarea dintre membrii comunităților cu romi și personalul autorităților locale sanitare, comunicare denaturată datorită diferențelor culturale dintre cele două părți cât și prejudecăților și stereotipurilor personalului medical față de membrii comunităților cu romi. S-a proiectat un program menit să contribuie la îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate publică, bazat pe principiul egalității de șansă, un program cu obiective clare atât pentru societatea civilă, cât și pentru autoritatea centrală, și un program inovativ care, pe termen mediu și lung, își propunea să contribuie la schimbarea comportamentelor și adoptarea unui stil de viață sănătos.

Mediatorul sanitar este o femeie de etnie romă, care are rolul de a fi „puntea de legătură”, de a media relația dintre membrii comunităților locale cu romi și autoritățile sanitare. Activitatea mediatorului sanitar se centrează, în special, pe creșterea eficacității intervențiilor de sănătate publică, cu scopul de a contribui la îmbunătățirea situației socio-medice a romilor. De asemenea, rolul mediatorului sanitar este și acela de a întări legăturile între reprezentanții autorităților locale și comunitatea locală de romi, bazat pe principiul egalității de șansă și a parteneriatului local.

## **2. Scurt istoric al programului de mediere sanitară**

În istoria programului de mediere sanitară se constată că, inițial, în perioada 1998-2000, mediatorul sanitar era numit mediator socio-sanitar, iar fișa de post a mediatorului prevedea activități de informare, educare și comunicare în domeniul medical și social.

Inițiatorul programului de mediere sanitară este Romani CRISS, care, în perioada 1998-2000, cu suport financiar din partea CCFD Paris, a demarat implementarea unui program de mediere socio-sanitară în 6 comunități cu romi din România. Mediatorul sanitar era proiectat să lucreze în comunitatea cu romi în care locuia și din care făcea parte. Faptul că era o persoană acceptată și respectată de către membrii comunității a constituit punctul forte al programului de mediere sanitară implementat în acea perioadă.

În prima etapă a proiectului derulat de Romani CRISS, respectiv august 1999 - iulie 2000, formarea mediatorului sanitar se realiza la nivel de comunitate și în funcție de nevoile comunității. În a doua etapă, respectiv august 2000 - iulie 2001, echipa responsabilă de implementarea proiectului, delegată de Romani CRISS, a conștientizat nevoia de interacțiune cu autoritatea locală și a concentrat formarea mediatorilor sanitari din perspectiva instituțională.

Astfel, după 2 ani de pilotare a proiectului și în urma unei analize de impact realizată în anul 2001 de către un evaluator extern, s-a definitivat metodologia de funcționare a programului de mediere sanitară, metodologie preluată mai târziu de Ministerul Sănătății prin Ordinul 619/2002, care reglementează funcționarea programului de mediere sanitară, finanțat de Ministerul Sănătății.

Procedura de preluare și instituționalizare a programului de mediere sanitară de către Ministerul Sănătății a demarat în luna august 2001, în urma unei audieri publice organizată la Parlamentul României – Senatul României - Comisia pentru sănătate și familie, intitulată „Mediatorul sanitar între necesitate și inovație”. În cadrul acestei dezbateri, au fost analizate rezultatele obținute în cele 6 comunități și s-a analizat inclusiv posibilitatea încheierii unui parteneriat între Romani CRISS și Ministerul Sănătății, parteneriat la care a aderat și OSCE/ODIHR – Punctul de contact pentru Romi și Sinti, care în acea perioadă implementa în România proiectul „Pactul de stabilitate”, proiect cu o însemnătate deosebită pentru Strategia de îmbunătățire a situației romilor din România. Parteneriatul propus în cadrul acestei dezbateri publice avea ca principal obiectiv instituționalizarea mediatorilor sanitari și multiplicarea programului la scară națională.

În perioada octombrie 2001 - iunie 2002, echipa responsabilă de implementarea programului de mediere sanitară de la Romani CRISS, în parteneriat cu consilierul personal al Ministerului Sănătății, au realizat documentația necesară instituționalizării meseriei de mediator sanitar, respectiv introducerea în nomenclatorul meseriilor din România a meseriei de mediator sanitar, definitivarea fișei de post a mediatorului sanitar, dezvoltarea unei curricule de formare a mediatorilor sanitari, definitivarea metodologiei de monitorizare și evaluare a mediatorilor sanitari. În luna august 2002, Ministerul Sănătății a emis Ordinul 619/2002 cu privire la funcționarea programului de mediere sanitară pentru comunitățile cu romi. Conform anexei 1 a Ordinului 619/2002, pentru anul 2002 au fost prevăzute un număr de 166 de locuri pentru mediatorii sanitari. Având în vedere faptul că, în luna iunie 2002, au fost instruiți de către Romani CRISS un număr de 86 mediatori sanitari, care să devină activi, în conformitate cu Ordinul 619 emis de Ministerul Sănătății, începând cu luna septembrie 2002, principalul obiectiv al societății civile a devenit formarea și angajarea mediatorilor sanitari, în conformitate cu Ordinul 619.

Formarea mediatorilor sanitari a constituit o provocare pentru programul gestionat de Ministerul Sănătății. Formatorii recunoscuți de MS erau angajații organizației Romani CRISS, meseria de mediator sanitar nu avea standard ocupațional, iar CNFPA nu putea elibera diplome de calificare în domeniul medierii sanitare. S-a agreat o formulă mai simplă de formare, și anume organizarea de cursuri de formare inițială, pe durata a 4 zile de instruire, organizate la nivelul Direcțiilor de Sănătate Publică și susținute de formatorii Romani CRISS și organizarea de cursuri de instruire continuă, organizate de Direcțiile de Sănătate Publică

cu tematică din domeniul sanitar. Această formulă de lucru s-a menținut până în anul 2007, când s-a realizat standardul ocupațional al mediatorului sanitar. În perioada 2002-2007 au fost instruite peste 2000 de persoane în meseria de mediator sanitar.

În ceea ce privește angajarea mediatorilor sanitari, în perioada 2002-2007, numărul mediatorilor sanitari a crescut anual, ajungând în anul 2007 la numărul de 788 persoane înregistrate în baza de date a Ministerului Sănătății.

În anul 2007, Ministerul Sănătății a postat pe site-ul oficial al instituției, strategia de descentralizare a serviciilor de sănătate publică. În cadrul acestei strategii, programul de asistență medicală comunitară (în care este inclus și mediatorul sanitar) trecea în subordinea autorităților locale, la serviciile sociale din cadrul primăriilor. În perioada ianuarie 2007 - noiembrie 2008, au fost purtate o serie de discuții în cadrul Comisiei Ministeriale pentru Romi din cadrul MSP, ca mediatorul sanitar să rămână în subordinea Ministerului Sănătății, astfel încât munca de mediere sanitară să nu se denatureze. Bineînțeles, părerile au fost împărțite. Voci din societatea civilă romă, fără experiență în programul de mediere sanitară, au afirmat că aceasta schimbare este benefică pentru programul de mediere sanitară, însă au fost și păreri care au menționat să nu se treacă la faza de transfer fără o evaluare a capacității autorității locale de administrare a programului de mediere sanitară. Au fost făcute o serie de demersuri, însă fără niciun rezultat. În luna noiembrie 2008, Ministerul Sănătății a emis un ordin prin care s-a aprobat transferul mediatorilor sanitari și asistenților medicali comunitari către autoritatea locală, în baza unui protocol de preluare, finanțarea asigurându-se, în continuare, de la bugetul Ministerului Sănătății.

Din luna noiembrie 2008 a început declinul programului de mediere sanitară. O mare parte dintre autoritățile locale care au fost contactate a refuzat preluarea mediatorilor sanitari deoarece nu aveau siguranța că vor avea continuitate din punct de vedere financiar, iar în unele cazuri, autoritatea locală nu a înțeles rolul acestor mediatori sanitari și de ce trebuie să fie preluați de autoritatea locală. Nu a existat o metodologie foarte clară de predare a mediatorilor sanitari către autoritatea locală. În luna martie 2011, experții Agenției Naționale pentru Romi menționau că, în sistemul de mediere sanitară, au fost preluați de către autoritățile locale un număr de cca 210 mediatori sanitari, dintre care marea majoritate nu are un statut bine definit în procesul de mediere sanitară. Analizând, comparativ, datele din 2010 cu cele din 2007, ~~vedem~~ observăm o scădere dramatică a numărului de mediatori sanitari cu aproximativ 73% din numărul total înregistrat în anul 2007.

### **3. Impactul mediatorilor sanitari în comunitățile cu romi**

Așa cum am menționat anterior, au fost relizate o serie de studii, cercetări și analize în domeniul medierii sanitare, care au scos în evidență programul de mediere sanitară ca fiind o practică pozitivă și un program care aduce beneficii membrilor comunităților cu romi.

Studiul realizat în anul 2005 de către Maria Mailat, antropolog francez, a scos în evidență experiența Romani CRISS în domeniul medierii sanitare, însă, în același timp, a scos în evidență și anumite probleme cu care se confruntă programul de mediere sanitară, din perspectiva activității în comunitățile cu romi. De exemplu, Maria Mailat și-a exprimat îngrijorarea cu privire la nivelul de instruire a mediatorului sanitar în domeniul sănătății reproducerii. În acea perioadă, în România, Ministerul Sănătății implementa un program în domeniul sănătății reproducerii, unde beneficiari erau membrii comunităților defavorizate din România, în special din mediul rural. Conform programului național de sănătate, mediatorul sanitar era plătit din banii acestui program, iar în fișa de post a mediatorului sanitar era stipulată obligația de a promova în comunitatea cu romi activități de sănătatea reproducerii, încadrat în sistemul cultural-tradițional al comunității. Activitatea mediatorului sanitar în acest domeniu sensibil nu s-a realizat încadrat în sistemul cultural al comunităților cu romi. În unele comunități tradiționale au fost înregistrate plângeri ale membrilor comunității la adresa activității mediatorului sanitar. Mediatorul sanitar era obligat să raporteze activități în domeniul sănătății reproducerii, conform machetelor de raportare. O altă problemă, semnalată de Maria Mailat, este reprezentată de lipsa unui sistem de monitorizare și evaluare a activității mediatorului sanitar. Dacă Romani CRISS monitoriza activitatea mediatorilor sanitari, Direcțiile de Sănătate Publică Județene nu s-au implicat în această activitate și s-au rezumat numai la organizarea de întâlniri lunare în care mediatorul sanitar prezenta raportul de activitate. Maria Mailat nu face aprecieri cu privire la impactul mediatorului sanitar în comunitățile cu romi, menționează doar faptul că este un program benefic comunităților cu romi și recomandă adoptarea unor măsuri concrete de monitorizare și evaluare a activității mediatorilor sanitari, astfel încât, pe termen mediu, să poată fi analizat impactul activității mediatoarelor sanitare și să se asigure sustenabilitatea programului de mediere sanitară.

Studiul realizat în anul 2006 de Open Society Institute, constituie o analiză comparativă a activității de mediere sanitară în 5 țări. În acest studiu, pentru România, autorul analizează un program de educație pentru sănătate, implementat de Doctors of the World în România, care a instruit un număr de 15 educatori pentru sănătate, și pune în oglindă acest program cu munca de mediere sanitară. Și acest studiu scoate în evidență faptul că programul de mediere sanitară este o practică pozitivă și că experiența României trebuie preluată și în alte țări candidate la UE. Consideră că programul din România a înregistrat unele progrese importante și că munca mediatorului sanitar contribuie, pe deplin, la rezolvarea problematicei romilor în domeniul sănătate. Se face referire la sistemul deficitar de

monitorizare și evaluare a activității de mediere sanitară și se recomandă îmbunătățirea procesului de instruire a mediatorilor sanitari și continuarea activității de mediere sanitară. În ceea ce privește impactul programului de mediere sanitară în comunitățile cu romi, acesta este apreciat ca fiind pozitiv, însă metodele de cercetare folosite nu sunt relevante pentru analizarea impactului.

În anul 2007, JSI Research and Training Institute Romania realizează un raport cu privire la activitatea mediatorilor sanitari din România. Trebuie menționat faptul că JSI a implementat în România un program de instruire a mediatoarelor sanitare în domeniul sănătății reproducerii și a realizat un manual al mediatorului sanitar pentru sănătatea familiei și a comunității. Studiul aprofundează activitatea mediatorului sanitar în domeniul sănătății reproducerii, oferă o serie de date cantitative și calitative cu privire la activitatea mediatoarelor sanitare în domeniul sănătății reproducerii, însă nu face referire la riscurile la care este supus programul de mediere sanitară, în conformitate cu strategia de descentralizare a serviciilor de sănătate publică. În capitolul de concluzii și recomandări regăsim sintagma că programul de mediere sanitară este o practică pozitivă și că impactul mediatorului sanitar în comunitățile cu romi este pozitiv, însă studiul nu scoate în evidență aspectele amenințătoare la care poate fi supus programului de mediere sanitară.

De menționat este faptul că, în urma analizei rapoartelor întâlnirilor de lansare a studiilor/cercetărilor, participanții au oferit feedback autorilor, în special cu privire la nivelul de instruire, monitorizare și evaluare. S-a adus în discuție statutul mediatorului sanitar, și anume acela de angajat pe perioadă determinată în cadrul Spitalelor Județene, s-a adus în discuție necesitatea de îmbunătățire a legislației care reglementează programul de mediere sanitară, discuțiile concentrându-se doar pe statutul mediatorului sanitar. Din păcate, reprezentanții Ministerului Sănătății au acceptat recomandările, însă nu au făcut demersurile necesare pentru a îmbunătăți programul de mediere sanitară. În plus, reprezentanții Ministerului Sănătății nu au comunicat cu partenerii din societatea civilă cu privire la inițiativa Guvernului României de a descentraliza serviciile de sănătate publică. În ceea ce privește impactul programului de mediere sanitară, participanții au avut păreri împărțite, respectiv cei care cunoșteau programul de mediere sanitară au menționat că este prea devreme să analizăm impactul mediatorului sanitar în comunitate, deoarece programul era încă în construcție, iar cei care aveau cunoștințe minime au apreciat că munca mediatorilor sanitari are un impact pozitiv în comunitățile cu romi.

În anul 2009, în contextul descentralizării serviciilor de sănătate publică, Sastipen-Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate realizează o cercetare cu privire la accesul romilor la serviciile de sănătate publică în 48 de comunități cu romi în care activau mediatorii sanitari. Concluziile studiului scot la iveală faptul că în marea majoritate a comunităților, după anul 2008, activitatea mediatoarelor sanitare s-a diminuat și, în unele cazuri, s-a denaturat.

Respondenții au menționat faptul că mediatoarele sanitare nu îi mai vizitează așa de des și că acum locul lor de muncă s-a mutat în cadrul primăriei, locație unde mulți dintre membrii comunităților cu romi nu au acces. Din interviurile aprofundate, realizate cu mediatoarele sanitare, s-a constatat că munca de mediere sanitară nu este recunoscută de autoritatea locală și că, în conformitate cu noul context, mediatoarea sanitara sprijină activitatea departamentului de asistență socială din cadrul primăriei. Fișa de post nu este respectată și, în unele cazuri, activitatea de mediere sanitară este desfășurată după orele de program de la primărie, fiind considerată ca munca voluntară. Totodată, autorul afirmă în secțiunea "Concluzii și recomandări" faptul că „Singura inițiativă transformată în politică publică – mediatorul sanitar rom – deși începuse să dea rezultate bune, riscă datorită procesului de descentralizare să rămână doar un experiment social - doar o treime dintre romi au în comunitatea din care fac parte un mediator sanitar căruia i se pot adresa în situații deosebite”. Se recomandă înființarea de birouri regionale de monitorizare și evaluare a activității și se recomandă identificarea de soluții sustenabile pentru ca programul de mediere sanitară să beneficieze de asistență metodologică din partea DSP Județene. Acest raport nu analizează impactul programului de mediere sanitară în comunitățile cu romi, însă, prin datele oferite, scoate în evidență, timid, anumite aspecte calitative ale activității mediatorilor sanitari.

Cel mai recent studiu în domeniul medierii sanitare este realizat în perioada aprilie-iunie 2011, de către organizația nonguvernamentală Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate – Sastipen, și urmărește, pe de o parte, măsurarea impactului real pe care mediatorii sanitari l-au avut în procesul de îmbunătățire a accesului romilor la serviciile de sănătate, iar pe de altă parte, evaluarea modului în care s-a desfășurat procesul de descentralizare și efectele acesteia. Potrivit concluziilor analizei, reprezentanții autorităților administrației publice locale precizează faptul că mediatoarele sanitare au în comunitate un rol distinct, respectiv că activitățile acestora nu se suprapun deloc sau se suprapun doar într-o mică măsură cu cele îndeplinite de alți actori comunitari, precum medicul de familie și asistenta medicală, asistentul medical comunitar, asistentul social din primărie, consilierul local pe probleme de romi, liderul informal din localitate, mediatorul școlar sau reprezentanții Direcțiilor Județene de Sănătate Publică. Analiza de impact a programului de mediere sanitară a evidențiat o anumită lipsă de comunicare între Direcțiile de Sănătate Publică (DSP) și primării, în sensul în care reprezentanții DSP-urilor nu știu motivele pentru care, în unele primării, nu mai există mediatorii sanitari, iar uneori activitatea DSP se rezumă la contabilizarea primăriilor în care s-au păstrat aceste posturi. Reprezentanții DSP au o atitudine ambiguă față de program, uneori fiind evidentă tendința lor de a se delimita de orice responsabilitate cu privire la program.

Cu privire la monitorizarea și evaluarea activității mediatorilor sanitari, *Analiza de impact* evidențiază faptul că, deși în contractele de muncă este stipulată obligația de a prezenta regulat rapoarte de activitate, acestea rămân doar o formalitate, în condițiile în care mediatorii sanitari primesc rar feed-back pe conținutul lor. Există situații foarte diferite în teritoriu în ceea ce privește monitorizarea și evaluarea. Astfel, există primării care cer rapoarte de activitate săptămânale, dar acestea sunt mai degrabă excepțiile. Aproape o treime din reprezentanții primăriilor, intervievați, precizează faptul că mediatorii sanitari au fost evaluați cel puțin o dată, prin aceasta înțelegând o analiză a activității lor mai serioasă decât simpla lectură a rapoartelor de activitate periodice, în cadrul primăriei sau a Direcției de Asistență Socială.

În ceea ce privește activitățile mediatorilor sanitari, potrivit *Analizei de impact* realizată de Asociația Sastipen, suprasolicitarea acestora este vizibilă nu doar prin analiza numărului de zone de romi acoperite, ci și prin analiza numărului de beneficiari, mai bine de 1400 de romi în medie, în condițiile în care, conform Ordinului 619/2002, mediatorul sanitar deservește între 500-750 persoane. Activitățile de care se ocupă cel mai frecvent mediatorii sanitari sunt de facilitare a vaccinării, catagrafierea gravidelor, catagrafierea lehzurilor, consiliere pentru sarcină, consiliere pentru îngrijirea sugarului, consiliere pentru alăptare. Printre cele mai importante activități pe care le desfășoară mediatorii se află informarea privind vaccinarea, precum și depistarea și consilierea gravidelor. Nu există un calendar al activităților, mediatorii sanitari lucrează după un program variabil, care este influențat de cazurile care apar pe teren, de programările pentru vaccinare, de campaniile de sănătate. În stabilirea priorităților de acțiune ale mediatorii sanitare, potrivit concluziilor studiului, un rol esențial îl are medicul de familie. Pe de altă parte, mediatorii desfășoară și activități care nu sunt prevăzute în fișa postului, acestea având legătură cel mai adesea cu activitatea Direcției de Asistență Socială, pentru anchete sociale sau pentru sprijin în alcătuirea dosarului necesar evaluării eligibilității pentru anumite ajutoare (alocație pentru susținere, ajutor social, indemnizație pentru creșterea copilului, ajutor pentru încălzire, alocație de susținere pentru familiile cu mulți copii). Legat de nevoia de formare a mediatorilor sanitari, atât reprezentanții DSP, cât și mediatorii sanitari declară că este necesar ca acestea din urmă să participe cu regularitate la cursuri de formare. Cursurile de instruire, considerate ca fiind necesare, nu ar urma să se refere mai ales la informații medicale, ci să ofere pregătire în alte domenii cum ar fi comunicare, informatică, psihologie, asistență socială etc. Salarizarea mediatorilor sanitari este diferită de la o localitate la alta, în funcție de grila de încadrare a spitalului în care mediatorii sanitari au funcționat anterior. Mediatorii sanitari manifestă o stare de insatisfacție cu privire la nivelul salariilor și nesiguranța locului de muncă, ceea ce reprezintă, potrivit concluziilor *Analizei de impact*, principalele surse de orientare către alte meserii, atunci când apar oportunități de acest tip.



Ce aduce nou acest studiu este faptul că, cercetatorii au analizat în oglinda comunități care au mediatori sanitari și comunități care nu au mediatori sanitari. Din aceasta analiză rezultă, în mod clar, impactul pozitiv al mediatorilor sanitari în comunitățile cu romi și nevoia de a consolida programul de mediere sanitară, astfel încât să se asigure sustenabilitatea și multiplicarea programului și în alte comunități.

#### **4. Concluzii finale**

Studiile și cercetările analizate scot în evidență faptul că programul de mediere sanitară s-a dezvoltat într-un ritm amețitor, ritm care nu a permis actorilor implicați în procesul de implementare să identifice din timp posibile amenințări, care ar putea denatura activitatea de mediere sanitară. Faptul că actorii implicați în procesul de implementare a programului de mediere sanitară nu au cunoscut intențiile Ministerului Sănătății de a transfera programul către autoritatea locală, a constituit un punct negativ al programului și a determinat o scădere a numărului de mediatori sanitari activi în sistem.

Lipsa unei structuri de implementare a programului și lipsa unui cadru legal coerent a afectat programul de mediere sanitară. Metodologia de monitorizare și evaluare, precum și o structură responsabilă din partea Ministerului Sănătății nu au existat în adevăratul sens al cuvântului. În ordinul 619/2002 se menționa faptul că monitorizarea și evaluarea se realizează de către Ministerul Sănătății prin Direcțiile de Sănătate Publică Județene, însă în realitate acest lucru nu s-a realizat. Din acest motiv, unele mediatore sanitare s-au rezumat numai la redactarea rapoartelor de activitate, fără a mai implementa și activitățile din fișa de post. Verificarea activităților la fața locului nu s-a realizat, coordonatorul delegat de DSP mizând pe încredere și pe corectitudinea mediatoarelor sanitare. În unele cazuri, liderii comunităților cu romi s-au revoltat cu privire la activitatea mediatoarelor sanitare și au transmis adrese de informare către DSP Județene, prin care semnalau faptul că unele mediatore sanitare nu își desfășoară activitatea în comunitatea cu romi. Aspectele semnalate nu au fost verificate, mediatorul sanitar beneficiind de imunitate în rândul DSP Județene și, astfel, în momentul transferării către autoritatea locală, liderii s-au împotrivit și au determinat autoritatea locală să nu asigure continuitatea programului.

Cadrul legal în care se desfășoară programul de mediere sanitară din România nu este actualizat. În continuare se ia în calcul Ordinul 619/2002 emis de MSP, care reglementează funcționarea programului de mediere sanitară, însă, în contextul descentralizării, acest ordin ar trebui actualizat și adaptat noului context. Autoritățile locale au menționat faptul că vor asigura continuitatea programului doar pe perioada finanțării acestuia de către Ministerul Sănătății.

Cercetarile analizate recomandă îmbunătățirea cadrului în care se desfășoară programul de mediere sanitară și dezvoltarea unui sistem de monitorizare și evaluare, care să sprijine activitatea de mediere sanitară. Ca să poți dezvolta un sistem de monitorizare și evaluare a programului de mediere sanitară trebuie să consolidezi cadrul legal în care se desfășoară activitatea de mediere sanitară și să dezvolți instrumente de lucru pentru autoritățile locale responsabile de gestionarea programului de mediere sanitară. Fără aceste instrumente de lucru, autoritatea locală nu va asigura sustenabilitatea programului și există riscul ca, într-un timp foarte scurt, programul de mediere sanitară să se stingă.

Totodată, actorii implicați în procesul de consolidare a programului de mediere sanitară trebuie să adapteze fișa de post a mediatorului sanitar, astfel încât să răspundă și nevoilor noului angajator. Autoritatea locală folosește în prezent mediatorul sanitar în activitățile derulate de serviciul social din cadrul autorității locale. Standardul ocupațional al mediatorului sanitar trebuie să aducă noi competențe mediatorilor sanitari în domeniul social. Fișa de post trebuie actualizată și adaptată, în conformitate cu noile atribuții distribuite de către autoritatea locală.

În momentul de față se impun noi viziuni, noi paradigme și noi conduite în procesul de îmbunătățire a programului de mediere sanitară, căci, dacă în perioada următoare acest program nu se va schimba funcțional în beneficiul comunităților de romi, cu impact concret, devine tot mai evident că efectele cronicizării situației sanitare a romilor vor evolua în direcții tot mai dificil de controlat.

## **Bibliografie:**

–Cace, Sorin și Cristian Vlădescu (coord). 2004. *Starea de sănătate a populației Roma și accesul la serviciile de sănătate*. București: Ed. Expert

–Comisia Prezidențială pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România. 2008. *Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului*

–Fleck, Gábor și Cosima Rughiniș. 2008. *Vino mai aproape: Incluziunea și excluziunea romilor în societatea românească de azi*. București: Human Dynamics

–Open Society Institute. 2005. *„Mediating Romani Health: Policy and Program Opportunities”*, New York: OSI

–Sastipen - Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate. 2011. *„Analiza de impact a mediatorilor sanitari in comunitatile cu romi”*