

ACCESUL POPULAȚIEI LA SERVICIILE PUBLICE DE SĂNĂTATE

CRISTINA DOBOȘ

România avea în anul 1990 un sistem medical exclusiv public, puternic centralizat, susținut financiar de către bugetul de stat și coordonat de către Ministerul Sănătății și inspectoratele sale sanitare județene. Serviciile erau oferite populației, oficial în mod gratuit, însă subfinanțarea gravă a sistemului o lungă perioadă de timp a dus la scăderea calității serviciilor oferite și transferul unei părți a costului acestora către populație. Multe dintre policlinici și spitale funcționau în clădiri deteriorate, fără dotare tehnică corespunzătoare, medicamentele românești și materialele sanitare nu acopereau cererea din unitățile sanitare, iar medicamentele din import, noi și eficiente, erau inaccesibile pentru majoritatea populației. Astfel, o parte din costurile tratamentelor erau transferate, direct sau indirect, către beneficiar, inclusiv prin plățile informale către personalul medical, limitând astfel accesul unor segmente din populație la serviciile medicale.

Pe de o parte, centrele universitare ofereau spitale performante, în contextul românesc al calității serviciilor medicale, pe de altă parte, la celălalt pol, asistența medicală primară nu avea acoperire suficientă în teritoriu, prin lipsa dispensarelor și medicilor din numeroase zone, în special din rural. Acest fapt a devenit unul dintre factorii care a favorizat polarizarea accesului la serviciile medicale și rămâne, în continuare, un factor important de polarizare.

România, ca majoritatea țărilor din estul Europei, avea un model al serviciilor de sănătate publică centrat pe îngrijirile spitalicești. Acest sistem reprezenta o povară enormă pentru un buget sărac, având în vedere că într-o astfel de structură, cea mai mare parte a fondurilor pentru sănătate trebuiau alocate spitalelor (până la 70% dintre acestea) (IMSS, 2002). Asistența sanitară la nivel primar și ambulatoriu suferea, astfel, în mod sever, din cauza lipsei de fonduri.

Calitatea redusă a serviciilor și lipsurile din sistem, datorate bugetului redus, impuneau luarea unor decizii, în sensul îmbunătățirii asistenței medicale publice în România. Trecerea la un model bazat pe asigurări de sănătate a fost evaluată de către decidenți, la momentul respectiv, drept soluția optimă pentru multe dintre problemele sistemului. Drept urmare, principiile de organizare, finanțare și oferire către populație a serviciilor sistemului sanitar public au fost modificate, începând cu anul 1996, din punct de vedere legislativ, iar din punctul de vedere al transformărilor efective, începând cu anul 1999.

Serviciile medicale sunt, astfel, în prezent, acordate în baza contribuției la fondul de asigurări de sănătate (6,5 % din salariul brut al angajatului și 7% din partea angajatorului). Asiguratul beneficiază, pe baza acestei contribuții, în mod gratuit de un pachet de servicii definite drept vitale și reglementate legislativ. Asistența medicală primară este, în prezent, oferită de către medicul de familie, dorindu-se o accentuare a rolului serviciilor primare, ca prim filtru de rezolvare a problemelor. Accesul la asistența ambulatorie și cea spitalicească (în afara urgențelor) și accesul la medicamentele compensate și gratuite se face prin medicul de familie. Medicii nu mai au statutul de salariați ai statului, ci devin furnizorii de servicii medicale care încheie un contract cu Casa de asigurări de sănătate, noua coordonatoare a sistemului. Personalul medical mediu este angajat de către acești furnizori de servicii (medici și spitale). Ministerul sănătății își menține doar rolul de finanțare și coordonare a programelor naționale de sănătate publică.

Dificultățile actuale în asigurarea asistenței medicale pun însă sub semnul întrebării chiar justetea deciziei de trecere la modelul asigurărilor. Modificarea sistemului a însemnat costuri suplimentare, o stare de confuzie în rândul personalului medical, întâzieri în reglementarea legislativă a atribuțiilor părților componente ale sistemului, o circulare disfuncțională a fondurilor, luarea unor decizii punctuale, pe parcurs, fără a se cunoaște repercusiunile sociale pe termen lung ale acestora – toate acestea afectând, în cele din urmă, calitatea serviciilor medicale oferite beneficiarului.

De asemenea, noul model a dus la o reducere a accesului populației la serviciile medicale, prin apariția unor persoane care nu pot beneficia de asistența medicală (în afara celei de urgență, minimale) neavând asigurare de sănătate.

În al doilea rând, există încă elemente moștenite din vechiul sistem care nu și-au găsit rezolvarea și care favorizează reducerea accesului la serviciile medicale, sau reducerea calității acestora: absența asistenței medicale primare în unele localități din rural, existența unităților medicale deteriorate și lipsite de dotarea necesară, salariile reduse ale personalului medical, practica încetățenită a plății informale din partea bolnavului pentru serviciile primite.

După 1990, au fost realizate și modificări în sens pozitiv, în oferirea asistenței medicale. Unele dintre policlinicile și spitalele din sectorul public oferă astăzi servicii îmbunătățite și diversificate față de acum 13 ani, iar pe piață există medicamente noi și eficiente, inclusiv din import. Există, de asemenea, un sistem privat de acordare a serviciilor medicale, adiacent celui public și o rețea extinsă de farmacii private. În același timp, în contextul sărăcirii populației, un segment larg al acesteia, deși asigurat, nu își permite costul tratamentelor, accesarea serviciilor spitalicești performante aflate în afara localității de reședință sau apelarea la serviciile sistemului privat, ca alternativă la sistemul public.

În anul 2003, problemele asistenței medicale publice au devenit foarte vizibile social, prin imposibilitatea financiară a sistemului de a acorda, o perioadă de timp, medicamentele compensate și gratuite cerute. Implicarea accentuată a

mass-media a făcut cunoscute public tot mai multe probleme ale sistemului medical public, inducând o percepție negativă a populației asupra acestuia: întârzieri în plata salariilor personalului medical, deficit în asigurarea hranei celor internați în spitale, dotarea, sub standardele europene minime, a unor unităților medicale cu aparatură și utilități.

Factori determinanți ai deteriorării stării de sănătate a populației

Starea de sănătate a unei populații este afectată negativ de lipsa de acces/acces redus la serviciile de îngrijire a sănătății, la medicație și programele de educație/prevenție sanitară, dar și de lipsa de acces/accesul redus la condițiile de viață necesare menținerii unei stări de sănătate (acces la sursă de apă potabilă, la alimentație sănătoasă, echilibrată, la o locuință dotată cu facilități sanitare, salubră, încălzită pe timpul iernii).

Evaluările actuale, pe baza statisticilor sanitare, relevă înrăutățirea stării de sănătate a populației României, pe parcursul celor 13 ani de tranziție.

La această înrăutățire a contribuit, în mod deosebit, scăderea standardului de viață al populației. Analizele generale ale Organizației Mondiale a Sănătății arată că speranța de viață la naștere, mortalitatea standardizată, prin toate cauzele, dar, în special, mortalitatea prin boli cardio-vasculare și incidența tuberculozei, au o corelație ridicată cu situația economică generală (MSF, 2003).

Sărăcia a însemnat, pentru unele categorii ale populației, o alimentație insuficientă sau dezechilibrată, condiții mizere de locuit, lipsa condițiilor elementare de igienă, stres. Astfel, incidența unor boli cunoscute ca boli ale mizeriei, precum TBC-ul, a crescut îngrijorător de mult, plasându-ne pe primele locuri în Europa. Morbiditatea prin sifilis, angina cu streptococi, boli ale aparatului de nutriție, toxinfecții alimentare, salmoneloză, boli asociate și cu fenomenul sărăciei, prezintă o incidență mărită în ultimii ani. Copiii provenind din familiile sărace prezintă anemii, deficiențe în dezvoltarea conform vârstei, fapt cu consecințe pe termen lung asupra viitoarei lor stări de sănătate.

Dezorganizarea asociată sărăciei generează o abandonare a grijii față de propria sănătate și cea a copiilor, un stil nesănătos de viață (incluzând alcoolismul), acestea ducând la o acumulare treptată de boli netratate sau insuficient tratate.

O mare parte a populației din România are, în prezent, un deficit de educație sanitară și *planning* familial, incluzând lipsa conștientizării rolului prevenției și al obișnuinței de consult medical, în cazul apariției unei probleme, elemente care demonstrează rolul redus pe care sistemul de sănătate l-a acordat programelor de educație sanitară și prevenție în rândul populației.

Ca urmare, în România se întâlnesc cele mai înalte valori (în context european) ale incidenței bolilor aparatului circulator, TBC-ului și ale altor boli infecțioase sau parazitare.

Tabelul nr. 1

Evoluția incidenței TBC, total și copii între 0–14 ani (la 100.000 de locuitori)

	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
Copii	12,7	13,2	16,1	20,7	19,8	21,0	26,4	26,3	27,8	31,9	42	47,1
Total	64,6	61,6	73,4	82,5	87,3	95	98,6	95,8	101,2	104,1	105,5	115,3

Sursa: *Anuarul de statistică sanitară*, Centrul de calcul, statistică sanitară și documentară medicală, MSF, 2001.

Tabelul nr. 2

Incidența TBC în unele țări europene în 2000 (la 100.000 de locuitori)

Moldova	Ucraina	Bulgaria	Ungaria	Cehia	Austria	Danemarca	Germania	Spania	România
68,7	66,9	41,0	30,7	30,8	13,6	11,1	11,0	15,5	105,5

Sursa: *Anuarul de statistică sanitară*, Centrul de calcul, statistică sanitară și documentară medicală, MSF, 2001.

Mortalitatea infantilă și maternă sunt indicatori relevanți ai problemelor de acces ale unor mame și copii nou-născuți la asistență medicală, ai calității reduse a serviciilor oferite acestora, cât și ai gradului de informare insuficient în privința metodelor de prevenire a bolilor și de menținere a igienei sanitare. În ciuda tendinței descrescătoare de după 1990, rata mortalității infantile în România este de trei ori mai mare decât media țărilor Uniunii Europene și de două ori mai mare decât în țările est-europene. Rata mortalității materne, deși de aproximativ cinci ori mai mică în anul 2001 față de 1989, rămâne totuși ridicată, în comparație cu celelalte țări europene.

Tabelul nr. 3

Rata mortalității infantile (nr. decese între 0–1 ani la 1000 de nou-născuți vii)

Anul	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
Rata	26,9	22,7	23,3	23,3	23,9	21,2	22,3	22,0	20,5	18,6	18,6	18,4

Sursa: *Anuarul de statistică sanitară*, Centrul de calcul, statistică sanitară și documentară medicală, MSF, 2002.

Înscrierea la medicul de familie, ca primă formă de acces la serviciile medicale

În prezent, în România accesul la serviciile publice de sănătate se realizează pe principii contributive, prin plata cotizației lunare. Copiii, persoanele cu handicap și veteranii de război cu venituri scăzute, persoanele dependente de o altă persoană asigurată și fără venit propriu au acces gratuit la serviciile de sănătate.

Acoperirea prin asigurări de sănătate ridică probleme într-o economie în tranziție, în care structurile salariale și-au restrâns dimensiunile. Condiționarea accesului la servicii, prin introducerea asigurării de sănătate, a dus la apariția de

segmente ale populației care, prin neasigurare, nu mai pot beneficia decât de serviciul de urgență.

Populație înscrisă la medicul de familie – 91, 1% (iulie 2000)

Urban – 92,9%;

Rural – 89,1%.

Sursa: Starea de sănătate a populației din România, INS, 2001.

Sunteți înscris la un medic de familie?

(2002) Da – 95% Nu – 4%

(2003) Da – 96% Nu – 3%

Sursa: *Barometrele de opinie privind serviciile de sănătate, realizat în rândul populației din România, 2002, 2003, Centrul pentru politici și servicii de sănătate.*

Datele CNAS, conținând însă și un procent al înscrierilor duble, arată la finele anului 2002, 21 221 646 de persoane înscrise la medicul de familie. Existența în afara casei naționale și a altor case, ale ministerelor, a dus la un deficit de monitorizare a numărului asiguraților și la existența unor duble înscrieri. Raportul CNAS anunță, pentru anul 2002, la nivel național, cel puțin 1,2 milioane de persoane aflate în afara rețelei de asistență medicală. Conform datelor din Barometru, pentru 2002, procentul de populație neînscrisă la medicul de familie este de 5%.

Persoanele neasigurate par să se selecteze din rândul următoarelor segmente:

- persoane neîncadrate pe piața formală a muncii, liber profesioniști;
- familii sărace din mediul urban, neacoperite de către ajutorul social.

Segmentul săracilor pentru care a fost recunoscut dreptul de a obține ajutor social (VMG) ar trebui, teoretic, să fie beneficiar al asigurării medicale. Pentru aceștia apare însă o altă problemă: costurile adiționale solicitării serviciilor medicale. Medicamentele prea costisitoare limitează sever accesul la consum al acestora:

- familii (sărace) din mediul rural (o mare parte a țăranilor care obțin venituri din agricultura de subzistență);
- o parte a populației de romi.

În cazul inexistenței unui contract de muncă, persoana își poate încheia, pe cont propriu, un contract de asigurare cu CNAS. Resursele financiare reprezintă însă o problemă pentru categoria celor care lucrează ca zilieri sau sunt plătiți în produse, deși aceste persoane ar avea o nevoie crescută de asistență medicală, fiind mai expuse riscului de îmbolnăvire, prin condițiile necorespunzătoare de muncă.

O altă problemă este cea a existenței unor cazuri de refuz, din partea unor medici de familie, de a lua pe listele lor pacienți aparținând etniei rome.

Lipsa de informare

Slaba informare în rândurile populației asupra necesității asigurării medicale și asupra condițiilor de acces la serviciile medicale menține unii potențiali

solicitanți în afara sistemului public de asigurare. Într-o asemenea situație se află grupuri din zonele izolate geografic, grupuri foarte sărace (fără domiciliu stabil), grupuri de romi. Nivelul de educație scăzut favorizează comportamentul de neasigurare.

Conform datelor din barometrul pentru serviciile de sănătate, mai mult de jumătate dintre români nu își cunosc drepturile și obligațiile privind asigurarea medicală, iar peste 80% dintre cei asigurați nu cunosc deloc sau au doar vagi informații despre serviciile medicale la care sunt îndreptățiți. Trecerea la noul model de oferire a asistenței medicale s-a făcut fără o campanie adecvată de informare a populației

Considerați că aveți suficiente informații despre sistemul de îngrijire a sănătății din România? (2002)

Nu+mai degrabă nu – 58%

Da+mai degrabă da – 39%

NR – 3%

Știți aproximativ ce procent din venitul dvs. plătiți drept contribuție la sistemul de asigurări? (2002)

Nu – 58%

Da – 42%

Dintre cei care au răspuns cu „da” și au fost puși să numească procentul, doar 50% au răspuns corect.

Știți în ce constă pachetul de servicii medicale de bază (asigurat de către contribuția dvs. la asigurările de sănătate)? (2002)

Nu – 65%

Da – 13%

Parțial – 22%

Sursa: *Barometrul de opinie privind serviciile de sănătate realizat în rândul populației din România, 2002*, Centrul pentru politici și servicii de sănătate.

Pachetul de servicii primit în baza calității de asigurat

Calitatea de asigurat dă dreptul la asistență medicală primară, secundară și terțiară, cei neasigurați putând beneficia doar de pachetul minimal de urgență. Legea lasă însă loc de abuzuri în calificarea a ceea ce înseamnă urgență.

Pachetul de servicii oferite de sistemul public de asistență medicală din România cuprinde:

1. asistența medicală primară oferită prin intermediul medicilor de familie. Legea dă dreptul asiguratului de a-și alege și schimba medicul de familie;
2. asistența secundară furnizată de rețeaua de ambulatorii de spital, de centrele de diagnostic și tratament și cabinetele de specialitate;
3. asistența terțiară, care este asigurată în spitalele universitare și în cele specializate, majoritatea aflându-se sub administrația statului;
4. un pachet minimal de urgență.

Pachetul de servicii reglementat legislativ cuprinde doar ceea ce se află sub denumirea de vital, prezentând unele lipsuri în acoperirea nevoilor. Astfel, tratamentele stomatologice, chiar și cele de urgență, sunt acoperite de CNAS doar în proporție de 40–60%.

În prezent (septembrie 2003), se lucrează la revizuirea pachetului de bază de servicii medicale, care va fi suportat de Fondul unic de sănătate, în sensul reducerii unor prestații oferite. Pentru serviciile definite în noua formulă ca neimplicând un risc vital se va stabili o coplată (MSF, sept. 2003). O restructurare în sensul introducerii coplăților pentru unele dintre servicii va accentua, în viitor, limitarea accesului, în condițiile actuale ale existenței unui procent important al populației aflat în sărăcie, care nu își permite aceste costuri

Revizuirile sunt necesare datorită neacoperirii, în prezent, a costurilor din sistem. Suma necesară acoperirii cheltuielilor este de 100 000 miliarde lei, în timp ce colecta este de 64 000 miliarde lei, existând 3,6 milioane plătitori și peste 6 milioane de bolnavi în costurile estimate (MSF, sept. 2003).

Calitatea serviciilor medicale oferite de către sistemul public

Potrivit studiului la nivel național realizat de către Interhealth Institute, în 1998, serviciile medicale de asistență primară oferite sunt de o calitate scăzută. Foarte puține dispensare asigură asistență medicală 24 de ore din 24, echipamentele de diagnostic și tratament sunt inexistente în cele mai multe dintre ele, cu excepția asistenței stomatologice în dispensarele mari. Deși există stipulat dreptul asiguratului la asistență de urgență, nu există o acoperire teritorială necesară în acest sens, drepturile asiguratului fiind, astfel, limitate de lipsa resurselor.

Controalele realizate de către CNAS, în 2002, în unitățile medicale, au semnalat o serie de nereguli privind:

- *autorizația de funcționare* a unităților medicale* (lipsă de autorizație sanitară sau autorizație sanitară de funcționare emisă pe termen limitat, expirată);

- *personalul medical* (încadrarea cu personal medico-sanitar și alte categorii de personal, neconformă normativelor de personal în vigoare, personal mediu subnormal, număr mare de medici în centrele universitare);

- *dotarea cu aparatură* (repartiție neoptimă a aparaturii medicale în cadrul unităților medicale și în plan teritorial);

- *neglijențe, abuzuri în serviciu* (neglijențe în serviciu, indisciplină, superficialitate în abordarea terapeutică a cazurilor, automatisme ce produc prejudicii; modalitatea de restructurare și de eficientizare a unităților sanitare nu a adus ameliorări privind calitatea serviciilor oferite);

- *folosirea ilegală sau necorespunzătoare a fondurilor* (cazuri în care fondurile primite de la casa de asigurări în scopul furnizării directe de servicii

medicale au fost utilizate pentru efectuarea unor reparații capitale, cazuri de raportare a unui număr mai mare de servicii medicale);

– *alte tipuri de încălcare a prevederilor legale* (aspecte legate de încălcarea normelor programului de lucru al personalului și supraevaluarea gărzilor);

– *alimentația deficitară a bolnavilor internați* (alimentația oferită bolnavilor este săracă, nediversă, având ca materie primă în special alimente cu aport caloric și nutritiv relativ scăzut (varza, fasolea, cartoful). În multe spitale, carnea și produsele lactate lipsesc din meniu, luni și chiar ani de zile (CNAS, 2003).

Aprecierea populației asupra calității cabinetelor medicilor de familie reflectă problemele actuale în dotarea cu echipament medical, în starea clădirilor care adăpostesc cabinetul, în dotările sanitare și curățenie. Dacă unele probleme țin de resursele financiare deficitare, altele, precum curățenia sau solitudinea cadrelor medicale, sunt probleme care ar putea fi mult mai simplu remediate.

Tabelul nr. 4

**Percepția populației asupra cabinetului medicului de familie
Cum apreciați următoarele aspecte ale cabinetului medicului de familie?**

	Proastă	Satisfăcătoare	Bună	Non-răspuns	Total
Dotare, echipament medical	36%	37	17	9	100
Starea clădirii	52	31	9	7	100
Dotările sanitare: wc, baie	40	27	14	19	100
Curățenie	63	26	4	7	100

Sursa: *Barometrul de opinie privind serviciile sănătate realizat în rândul populației din România, 2003*, Centrul pentru politici și servicii de sănătate.

Percepția negativă a populației asupra calității serviciilor și a relației medic-pacient se poate constitui într-un factor demotivator al apelului la medic. Nemulțumirea populației față de calitatea prestațiilor sistemului public de sănătate scade încrederea populației și duce la scăderea adresabilității. Cumularea acestui aspect cu lipsa veniturilor necesare pentru procurarea medicamentelor prescrise sau extra-plățile pretinse de personalul medical pot explica preferința unor grupuri sărace sau cu nivel scăzut de educație pentru autoaplicarea unor tratamente, fără consultarea medicului. În mediul rural, dificultățile acoperirii distanței mari până la medic, în timp util, determină apelarea la remedii tradiționale. Doar 68,2 % din totalul celor care utilizau medicamente în iulie 2000 o făceau la recomandarea medicului.

<p>Dintre persoanele care au luat medicamente în ultimele două săptămâni premergătoare interviului:</p> <p>68,2% prescrierea, recomandarea medicului</p> <p>28,7% din proprie inițiativă</p> <p>5,8% la recomandarea farmacistei</p> <p>3,1% la sugestia altor persoane</p>

Sursa: *Starea de sănătate a populației din România, INS, 2001.*

Tabelul nr. 5

**Unele categorii de vârstă ale populației care au fost la medicul de familie,
după motivul ultimei vizite**

Grupe de vârstă	Total	Boală	Control	Examinare, testare preventivă	Repetarea unei rețete medicale	Proceduri administrative	Altul
total	100%	60,4	15,7	6,4	11,5	3,4	2,5
55-64	100	58,4	13,3	5,0	19,3	1,4	2,5
65-74	100	60,9	10,9	4,5	21,3	9,9	1,6

Sursa: *Starea de sănătate a populației din România*, INS, 2001.

Așteptarea prelungită pentru a beneficia de consultație este o altă problemă semnalată de către populație, reflectând, în unele zone, deficitul de medici și unități sanitare. Pe de altă parte, reglementările legislative prevăd reînnoirea periodică de către medic a rețetei, în cazul tratamentelor de lungă durată, ceea ce duce la aglomerarea acestor persoane la ușa medicului, mărin timpului de așteptare. Acest sistem îl pune pe medic în situația de a-și pierde o parte din timp completând scripte, în defavoarea oferirii de consultații.

Un procent de 20% dintre persoanele de peste 55 de ani care au apelat la medic au făcut-o pentru reînnoirea rețetei, și nu pentru consultare în cazul unei boli.

Deși, prin lege, medicii de familie sunt obligați să efectueze un control anual al fiecărui pacient arondat, se constată neimplicarea acestora în consultul preventiv al pacienților.

În anul 2002 medicul dvs. de familie v-a chemat la cabinet pentru a verifica starea dvs. de sănătate?
 Nu – 70%
 Da – 29%
 NR – 1%

Sursa: *Barometrul de opinie privind serviciile sănătate realizat în rândul populației din România*, 2003, Centrul pentru politici și servicii de sănătate

Rata ridicată de internare arată că pacienții sunt admiși în spital, fără a avea o îngrijire ridicată în ambulatoriu (70,3% din totalul internărilor sunt internări de urgență), semnalând deficiențele asistenței medicale primare și secundare, cât și accesarea redusă de către bolnavi a acestor servicii de la primele simptome ale bolii.

Ponderea celor care au apelat la medicul de familie în 2000 este de 40% din populație, cu o pondere mai scăzută în mediul rural.

Ponderea celor care au apelat la medicul de familie, în ultimele 12 luni:
 36,8% în mediul rural
 43,2% în mediul urban

Numărul mediu de vizite la medicul de familie, în ultimele 12 luni:
 3,6 în rural
 4,3 în urban

Sursa: *Starea de sănătate a populației din România*, INS, 2001.

Accesul la serviciile stomatologice

Starea proastă a dentiției populației în prezent este un fapt îngrijorător. Conform legislației, adulții au dreptul la servicii stomatologice preventive gratuite o dată pe an, iar asigurarea acoperă 40–60% din costul protezelor dentare și al tratamentelor ortodontice. Reducerea masivă a ofertei de servicii stomatologice în sectorul public, absența dotărilor și materialelor performante, existența coplăților au limitat sever accesul populației la sectorul medical stomatologic public.

Sectorul privat, foarte dezvoltat, oferă servicii de o calitate ridicată, dar foarte costisitoare, chiar și pentru un salariat cu venituri medii. În acest context, o mare parte a populației nu apelează la asistența stomatologică decât în caz de urgență, neglijându-și problemele dentiției. Populația din rural este cea mai afectată de deficiențele în oferirea asistenței stomatologice, doar 8,9% din aceasta adresându-se, în anul 2000, stomatologului, față de 20,5% din cea urbană.

Populația peste 3 ani care s-a adresat medicului stomatolog – 15,2% (2000) Rural – 8,9% din populație Urban – 20,5%

Sursa: *Starea de sănătate a populației din România*, INS, 2001.

Luând în considerare motivul care a determinat ultima vizită la medicul stomatolog, se constată că românii efectuează, într-o mică măsură, vizite cu caracter preventiv – doar 6,9% din cei care au apelat, în timp ce 35,8% din cei care s-au adresat stomatologului au făcut-o pentru tratament.

Apelarea la cabinete private – din total populație care a apelat la stomatolog – 57,5% Apelarea la cabinete publice – 41,2% Apelarea la cabinete publice în funcție de mediul de rezidență: Rural – 51,6% Urban – 37,4%
--

Sursa: *Starea de sănătate a populației din România*, INS, 2001.

Accesul la medicamente

Liberalizarea pieței medicamentului și scăderea producției interne de medicamente au dus la creșterea exagerată a prețurilor produselor farmaceutice. Pe de altă parte, taxele vamale și TVA scumpesc în România medicamentele cu 50%, comparativ cu alte țări din Europa (MSF, 2003).

Astfel, costul crescut al medicamentelor a diminuat accesul la acest tip de consum al familiilor sărace, chiar și în ceea ce privește tratamentele vitale, obligatorii.

Criza financiară actuală (vara lui 2003) a determinat incapacitatea accesării de către populație a unor servicii la care erau îndreptățiți, precum: analize medicale de bază oferite de laboratoare, medicamente acordate compensat sau gratuit, în cazul copiilor sau al unor boli grave.

Lipsurile financiare ale sistemului privesc, în ultimii ani, bolnavii cu probleme grave (SIDA, hemofilie) de beneficiile cuvenite gratuit, sau cu înlesniri de plată. Deși, formal, aceste persoane figurează ca beneficiare de gratuitate, în fapt, ele nu primesc medicamentele corespunzătoare decât parțial, sau deloc, de ani de zile.

Noua listă a medicamentelor gratuite, aflată în proces de aprobare (MSF, aprilie 2003), elimină gratuitatea pentru medicamentele ce se adresează unor boli grave, cu impact social ridicat, precum TBC sau bolile venerice, diabetul, modificări care au consecințe sociale negative importante, pe termen lung. Pentru viitor se analizează și perspectiva plafonării compensării doar pentru 65% din prețurile medicamentelor și doar a medicamentelor mai ieftine. Accesul la medicamentele compensate este foarte important, în cazul persoanelor aflate în sărăcie, fiind singura posibilitate a acestora de a putea beneficia de anumite medicamente. Persoanele neasigurate care trăiesc în sărăcie nu beneficiază de compensări, iar pentru acestea medicamentele necesare sunt deosebit de costisitoare.

Legislația prevede ca medicamentele prescrise fără contribuția asiguratului să se facă în limita unui plafon de 2 000 000 de lei, iar numărul de medicamente care sunt prescrise să fie de maximum trei la o consultație (art. 103, 104), fapt ce limitează eficiența tratamentului, în unele cazuri.

O serie de nereguli depistate în urma controalelor CNAS prejudiciază financiar sistemul: apariția unor rețete cu aceeași serie și număr în cadrul unor farmacii diferite, medici care emit prescripții medicale unor asigurați ce nu sunt înscrși pe listele medicilor de familie, eliberarea în mod deliberat de medicamente cu valoare mare.

Probleme de acces determinate de standardul de viață precar al populației. Problema coplăților

Un număr mare de persoane, deși sunt asigurate, au acces limitat la asistența medicală, pe fondul bugetului foarte redus al gospodăriei. Familiile sărace nu își pot permite coplățile implicate de solicitarea serviciilor medicale și achiziționarea medicamentelor necesare, achitarea costurilor de transport și extraplata pentru medic și personalul auxiliar.

Pentru 40% din populația din rural, mijlocul de transport și costul acestuia reprezintă o problemă de acces la serviciile medicale, în afara localității. De asemenea, coplata adresată personalului medical și timpul de așteptare sunt văzute ca obstacole, atât de către cei din rural cât și de către cei din urban.

În 1996, cheltuielile private pentru sănătate reprezentau aproximativ 29% din totalul cheltuielilor pentru sănătate, reprezentând o pondere mai ridicată decât nivelul mediu al cheltuielilor private în totalul cheltuielilor, în țările OECD (Vlădescu, 2000). Cea mai mare proporție identificabilă este acordată medicamentelor, categoria „alte” părând a fi fost indicată de cei chestionați pentru plățile informale, sub formă de bacșiș (49,4%).

Tabelul nr. 6

Percepția populației asupra accesului la asistența medicală secundară și terțiară.
Următoarele aspecte reprezintă sau nu o problemă în privința accesului la serviciile medicale oferite de alte instituții decât medicul de familie?

	Răspuns: da % din totalul populației	Da % din populația din urban	Da % din populația rurală
Posibilitatea de transport până la instituție	25	17	34
Costul transportului	31	21	45
Programul medicilor	25	22	28
Timpul de așteptare	38	41	37
Atitudinea cadrelor medicale	22	26	19
Costul consultației, tratamentului	52	56	48
Faptul că trebuie să dau bani, cadouri	39	39	39
Altele	7	7	7

Sursa: *Barometrul de opinie privind serviciile sănătate realizat în rândul populației din România, 2003*, Centrul pentru politici și servicii de sănătate.

Tabelul nr. 7

Estimarea cheltuielilor private pentru asistența de sănătate, în bunuri și servicii (1996)

	%
Medicamente	33,3
Consultații și teste de laborator	9,7
Servicii stomatologice	5,4
Proteze și aplicații	2,2
Altele	49,4
total	100

Sursa: *Sisteme de sănătate în tranziție, 2000*, p. 24.

Problema rolului scăzut acordat prevenției

Una dintre problemele grave ale sistemului românesc de ocrotire a sănătății publice este și insuficiența programelor medicale preventive și ineficiența acestora.

Programele de *planning* familial și cabinetele cu acest scop sunt insuficient dezvoltate, acest fapt reflectându-se în rata mare a avorturilor și în slaba informare a populației din rural sau orașele mici, în ceea ce privește avantajele *planningului* familial. Comunitățile de rromi sau comunitățile rurale izolate și sărace nu au informații privitoare la modalitățile de protecție împotriva bolilor cu transmitere sexuală, folosind mijloace de protecție într-o proporție redusă, nu cunosc și nu respectă regulile de igienă.

Subfinanțarea redusă a programelor destinate prevenirii îmbolnăvirii populației se reflectă în indicatorii de morbiditate. Bolile cardiovasculare, pentru

prevenirea căroră, în lume, există în prezent programe speciale de formare a unui comportament alimentar sănătos în rândul populației, constituie în țara noastră principala cauză de deces pentru populația sub 64 de ani.

Nemulțumirea specialiștilor din sistem este legată de modul lipsit de raționalitate, uneori, al alocării fondurilor pentru diverse programe medicale de interes național, de către Ministerul Sănătății și Familiei.

MSF lucrează în prezent (sept. 2003) la regândirea celor 32 de programe de sănătate naționale, dorindu-se reducerea numărului lor la 6-7, pentru restul bolilor cu risc crescut avându-se în perspectivă realizarea unor programe al căror cost va fi suportat de CNAS.

*
* *

Standardul scăzut de viață în România și condițiile oferite de către sistemul sanitar românesc, în ultimele decenii, au dus, treptat, la o polarizare în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate, fapt cu consecințe pe termen lung asupra stării de sănătate a populației și în contradicție cu principiile echității sociale statuate de legislația sanitară. În timp ce un segment al populației are acces la servicii performante, oferite de asistența specializată din centrele universitare, la asistență medicală privată și medicamente eficiente costisitoare, un alt segment al populației are probleme în accesarea asistenței și medicației de calitate și, ceea ce este mai grav, chiar în accesarea asistenței primare (inclusiv stomatologice).

BIBLIOGRAFIE

1. Panduru, F., Porojan, D., *Starea de sănătate a populației din România*, INS, 2001.
2. Pop, L. M. (coord.), *Dicționar de politici sociale*, București, Editura Expert, 2002.
3. Vlădescu, C., Rădulescu, S., Olsavszky, V., *Sisteme de sănătate în tranziție*, Observatorul European al sistemelor de sănătate, 2000.
4. *Anuar de statistică sanitară*, Centrul de calcul, statistică sanitară și documentară medicală, MSF, 2001.
5. *Planul național anti-sărăcie și promovare a incluziunii sociale*, CASPIS, Guvernul României, 2002.
6. *Barometrul de opinie privind serviciile de sănătate*, Centrul pentru politici și servicii de sănătate, 2002.
7. *Barometrul de opinie privind serviciile de sănătate*, CPSS, 2003.
8. Revista „Management în sănătate”, IMMS, 2002, nr. 3.
9. *Raport de activitate al CNAS pe anul 2002*, CNAS, 2003.
10. *Declarațiile mass-media ale reprezentanților MSF și CNAS*, Rompress, TVR, 2003.