

PREMISE ACTUALE DE EXCLUZIUNE, ÎN DOMENIUL ASISTENȚEI MEDICALE

MARIANA STANCIU

MODALITĂȚI MODERNE DE PROTECȚIE ÎMPOTRIVA COSTURILOR ÎMBOLNĂVIRII

În secolul douăzeci, la nivel mondial, s-au produs mari progrese în sfera dezvoltării serviciilor medicale. Acestea au fost posibile atât ca urmare a creșterii volumului veniturilor populației, cât și a adoptării unor politici sociale, adresate direct sau indirect, ocrotirii sănătății populației.

Între politicile sociale care au vizat ocrotirea sănătății publice, aplicate de majoritatea țărilor industrializate, de-a lungul secolului trecut, menționăm: înființarea și dezvoltarea, în numeroase țări, a unor rețele publice de servicii sanitare și medicale, ameliorarea condițiilor de locuire pentru categorii largi de populație, securizarea surselor de apă potabilă și a rezervelor de alimente strategice, generalizarea educației laice și creșterea nivelului general de educație și instruire, diminuarea decalajelor educaționale dintre sexe etc. Marile progrese din sfera ocrotirii sănătății publice au rezultat, în esență, și din mai largă conștientizare din partea populației a cauzelor de îmbolnăvire, precum și din adoptarea de către specialiștii în medicină a unor noi metode de prevenire și tratament a diverselor afecțiuni patologice.

Revoluția științifică a adus, și în domeniul medicinei moderne, expansiunea rapidă a cunoașterii privind cele mai avansate modalități de diagnostic, intervenție și tratament al afecțiunilor patologice. În paralel, s-au dezvoltat și noi metode de evaluare a costurilor ocrotirii sănătății și au fost formulate priorități în dezvoltarea medicală.

Pe măsură ce unele metode de tratament costisitoare au devenit disponibile, în condiții de aplicare tot mai complexe, funcțiile sistemelor de ocrotire a sănătății publice și-au adâncit specializarea. În prezent, în principiu, *planificarea activității medicale* are ca obiectiv prognozarea nevoilor sociale viitoare de asistență și tratament pe baza indicatorilor sociali relevanți, de natură să avertizeze asupra unor evoluții previzibile în sfera nevoilor și cererii de servicii medicale. Totuși, între nevoile reale și cererea de servicii medicale există decalaje, care sunt cu atât mai mari cu cât nivelul ofertei sociale de asistență medicală este mai scăzut.

Oferta serviciilor medicale include serviciile medicale publice sau private (spitale, policlinici etc.), serviciile clinice de diagnostic, serviciile ambulatorii, ori alte instituții cu activități ce vizează domeniul medical sau paramedical, care oferă facilități medicale la locuința beneficiarilor.

Structurarea și conținutul concret al funcțiilor de planificare, finanțare, producție și ofertă a serviciilor medicale sunt influențate, pe de o parte, de politicile guvernelor în domeniul sănătății publice, iar pe de altă parte, de validarea directă a ofertei, prin cererea de servicii a populației.

Una dintre cele mai importante mutații produse, în secolul douăzeci, în sfera finanțării serviciilor medicale, a decurs din schimbarea centrului de greutate al cererii de servicii, de la negocierea directă prin intermediul pieței și achitarea imediată a serviciilor de către beneficiari, la finanțarea serviciilor prin crearea unei baze largi de asigurare socială (Preker, 1998, p. 103–124). În numeroase țări însă, a devenit masivă și implicarea directă a guvernelor în finanțarea serviciilor medicale – prin intermediul bugetului public. În astfel de țări – cum sunt Marea Britanie, Franța ș.a. – gradul de acoperire a populației cu servicii de asistență medicală a fost și este mult mai ridicat decât în țările unde implicarea guvernamentală este mai slabă.

Ca urmare a dezvoltării pe scară largă a sistemelor publice de servicii medicale, o proporție însemnată a populației mondiale este protejată, în prezent, împotriva unor costuri relativ mari, ale tratamentelor diverselor afecțiuni.

Cheltuielile globale pentru ocrotirea sănătății publice au oscilat, în secolul douăzeci, între 3 și 8 procente din PIB mondial, ceea ce, într-o expresie mai concretă, înseamnă cam 2 800 miliarde USD. Într-o perspectivă viitoare imediată, la o rată globală curentă de creștere a PIB de 3,5%, cheltuielile pentru activitățile privind sănătatea publică vor crește la nivel mondial cu aproape 98 miliarde USD pe an. Pentru țările cu venituri mici sau mijlocii, cheltuielile cu asistența medicală s-au situat în jurul a 3–4% din PIB-ul mondial (adică 250 miliarde USD). Pentru aceste țări, creșterea așteptată a cheltuielilor pentru sănătate va fi de 8 miliarde USD pe an (A. S. Preker, J. Langenbrunner, M. Jakab, 2001).

Raportul asupra sănătății mondiale, din anul 2000 (WHO, 2000), relevă că deși *ponderea finanțării sănătății publice în PIB* este indicatorul sintetic cheie al nivelului de protecție împotriva costurilor mari ale îmbolnăvirii, alături de acest indicator mai sunt relevanți și: *transparența distribuției fondurilor și echitatea financiară, expectația din domeniul patologiei medicale* (un indicator sintetic ce combină *speranța de viață* cu *incidența cazurilor de îmbolnăvire și incapacitate*) și *nivelul de satisfacție* al beneficiarilor de servicii medicale.

Instabilitatea macroeconomică existentă adesea în țările cu venituri mici, ca urmare a deficitelor fiscale mari, a inflației, a fluctuației ratelor de schimb etc. contribuie, de asemenea, la instabilitatea fluxurilor menite să susțină financiar sistemele de asistență medicală. Astfel de fenomene pot să apară chiar și în țările care au deja structuri publice de asistență medicală relativ consolidate, unde

accesul la servicii este universal – când aceste țări trec prin perioade de criză economică și transformări economice și sociale severe. Un astfel de exemplu poate fi regăsit în țările europene, în tranziție la economia de piață, care au părăsit sistemele centralizate de servicii medicale, orientându-se spre structuri mai mult sau mai puțin conectate la economia de piață. Experiența a demonstrat și că, în toate acele țări care, la un moment dat, au avut sectoare ale muncii informale consistente și proporții însemnate ale populației rezidente în mediul rural, schemele de finanțare de tip contributiv direct ale serviciilor medicale au intrat în colaps (Preker, Jakab și Schneider, 2002).

În principiu, când capacitatea de impozitare a unei țări este relativ scăzută – în jurul a 10 procente din PIB sau mai puțin – va fi nevoie de cel puțin 30% din veniturile guvernamentale, pentru a acoperi, la nivelul a 3 procente din PIB, cheltuielile cu sănătatea publică, efectuate prin intermediul unor structuri formale de finanțare. Dar chiar și la un asemenea nivel de finanțare, asistența medicală publică va răspunde doar la minimum nevoilor sociale, cele mai multe dintre acestea rămânând neacoperite. Un exemplu în acest sens îl constituie chiar sistemul de asistență medicală din țara noastră care, în intervalul 1991–2000, a alocat pentru sănătatea publică, între 2,6–4,1 procente din PIB, în condițiile în care ponderea veniturilor fiscale în PIB a oscilat între 26,7 și 33,5 procente (PNUD, 2002, p. 92 și 107).

În cele mai multe țări din lumea a treia însă, cheltuielile publice cu finanțarea sănătății se situează sub acest procent, adesea acestea nedepășind 10 procente din bugetul public, adică mai puțin de 1 procent din PIB.

Aceasta face ca, în multe cazuri, populațiile din țările cu venituri relativ mici să aibă o mai mare încredere în achitarea pe loc a costului estimat al serviciilor medicale, decât în resursele sărace ori inexistente ale sistemelor de asistență medicală finanțate public. În țările cu populație rural-agricolă preponderentă, ori cu număr mare de angajați pe cont propriu, în țările cu populație urbană săracă sau neangajată în muncă cu contract permanent, excluziunea socială în sfera serviciilor medicale este mai ridicată.

SPECIFICUL CONCEPTULUI DE EXCLUZIUNE ÎN DOMENIUL ASISTENȚEI MEDICALE

Cele mai evidente caracteristici ale categoriilor de populație excluse social sunt următoarele: aceste categorii dispun de venituri monetare reduse, au un nivel relativ scăzut de educație, au o sănătate precară, dispun de un acces dificil la servicii, ca efect al plasamentului rezidențial, dispun de un status etnic sau profesional minoritar etc. În unele țări există și discriminări de gen. Excluziunea socială poate fi, uneori, o consecință a unei capacități scăzute a persoanei de a-și identifica nevoile privind propria sănătate, ori propriul set de priorități. Așadar,

cauzele excluziunii sociale de la consumul de servicii medicale sunt multifactoriale și nu sunt întotdeauna corelate cu sărăcia.

În multe situații, interacțiunile economice ale populației excluse social de la consumul de servicii medicale nu sunt de natură monetară (lucrează ca zilieri, sunt plătiți în produse, desfășoară relații economice care implică schimbul de servicii etc.). Ca urmare, a pretinde acestei categorii de populație să-și achite în expresie monetară consumul de servicii medicale, este echivalent cu a-i exclude din zona cererii.

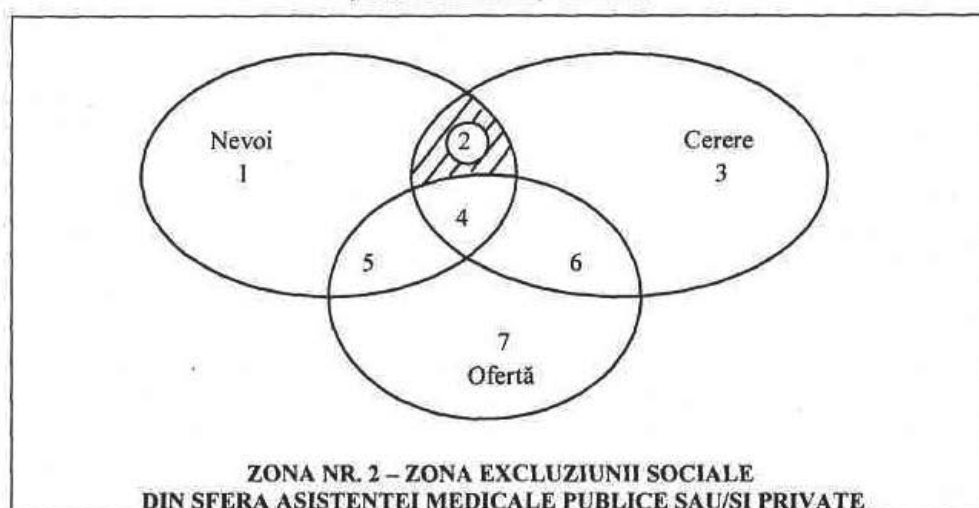
În general, schemele de asigurări pentru sănătate pretind o contribuție monetară periodică, în sumă fixă – schemele de acest tip fiind modelate pe structurile de tip salarial. Astfel de scheme se pot dovedi mult prea rigide pentru persoanele care, în fapt, nu realizează venituri periodice, și ca urmare, acestea nu pot garanta un asemenea tip de contribuție decât sporadic și neregulat. Pentru multe sisteme publice de asistență medicală se poate dovedi însă, că o astfel de contribuție cu caracter neregulat este de preferat situației în care nu se realizează nici o contribuție din partea categoriilor de populație foarte sărace. A trăi și a munci pe piața informală a muncii implică expunerea la o seamă de riscuri suplimentare, care vizează sănătatea, fără a se limita la aceasta. Aceste categorii au mai multe probleme de sănătate și o nevoie crescută de asistență medicală. Dar un mediu social care conștientizează prea puțin sau deloc riscurile la adresa sănătății și care, simultan, impune raționalizarea drastică a cheltuielilor de consum este, în general, prea puțin compatibil cu mentalitatea de a cotiza pentru asigurările de sănătate. Pe de altă parte, mulți dintre potențialii beneficiari de servicii medicale văd relația directă medic-pacient, chiar și din perspectivă economică, mult mai profitabilă, decât introducerea în această relație a unui intermediar – agentul de asigurare – care la rândul său, va crește prețul serviciilor medicale solicitate.

În *România*, în prezent, bugetul de stat finanțează parțial costurile legate de programele naționale de sănătate, acestea fiind suportate și de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin intermediul CAS-urilor județene. Fondul de asigurări sociale de sănătate se constituie în baza contribuțiilor individuale, de 7% din salariul (venitul) net, ale beneficiarilor. În aceste condiții, sistemul de asistență medicală din țara noastră trece prin cea mai profundă criză de finanțare pe care a cunoscut-o de la înființarea sa. Atât la nivelul beneficiarilor, cât și al specialiștilor din sistem, există o puternică frustrare din cauza modului netransparent, și adesea lipsit de raționalitate, al alocării fondurilor pentru diverse programe medicale de către Ministerul Sănătății. În plus, la nivelul beneficiarilor, cuantumul coplăților legale ori nelegalizate încă, dar ca și obligatorii (în sensul suplimentării veniturilor medicilor) este deosebit de ridicat, ceea ce-i face pe mulți să se întrebe de ce mai trebuie să suporte costul asigurărilor de sănătate, de vreme ce orice solicitare a unor servicii medicale este echivalentă cu diminuarea sensibilă a bugetului beneficiarilor.

În principiu, cererea de servicii medicale (ca distinctă de cererea pentru asigurări medicale) nu reflectă în sine, coerent, prioritățile absolute ale beneficiarilor, care pot conștientiza mai mult sau mai puțin propriile lor nevoi în materie de sănătate. Acest fapt ridică probleme deosebite în spațiul ofertei de servicii medicale. În diverse conjuncturi economice, problematica ce apare în planul intersectării celor trei spații virtuale *nevoi*, *cerere*, *ofertă*, este extrem de diferită (Dror D. M., Preker A. S., Jakob M., în WHO 2002, p. 38–40). Prin intersectarea *sferei nevoilor* cu *sfera cererii* și cu *sfera ofertei* se formează *șapte zone distincte*, fiecare reprezentând un anumit echilibru între interacțiunile ce au loc pe piața serviciilor medicale (*figura nr.1*).

Figura nr. 1

Descriere schematică a interacțiunii dintre nevoile sociale, cererea și oferta de asistență medicală



Zona nr. 1. – Include nevoile neexprimate, în sfera cererii sau a ofertei de asistență medicală, din diverse cauze: neconștientizarea nevoilor de către beneficiari, presupunerea unor costuri prohibitive a serviciilor, existența unor externalități etc. Este și zona de exprimare a tuturor percepțiilor privind potențiala îmbunătățire a stării de sănătate, la nivel individual sau social.

Zona nr. 2 – Concentrează nevoile exprimate prin intermediul cererii, dar pentru care nu există ofertă în cadrul sistemelor publice de asistență medicală, și cu atât mai puțin pe piața serviciilor. În această zonă pot fi regăsite categoriile de populație cu venituri mici și cele situate în zone rezidențiale cu acces dificil la serviciile publice. **Este zona socială ce poate fi numită a excluziunii sociale, pe diverse criterii. Indiferent care ar fi criteriul excluziunii, efectele sale sociale sunt deosebit de mari, acestea exprimându-se frecvent prin creșterea generală**

a mortalității și morbidității cronice. Acesta ar trebui să devină spațiul predilect de acțiune al politicilor sociale adresate asistenței medicale, în țările sărace și în cele care traversează perioade de criză economică.

Zona nr. 3 – Conține cererea socială pentru servicii nedisponibile momentan în cadrul ofertei (include preferințe ale consumatorilor al căror specific sau rafinament nu găsesc ecou nici măcar pe piața serviciilor medicale private).

Zona nr. 4 – Simbolizează spațiul de intersecție dintre unele nevoi sociale, cererea socială și oferta de servicii medicale. Este vorba despre oferta adecvată în raport cu nevoile sociale prioritare, pentru care populația este capabilă și doritoare să plătească (cererea solvabilă). Această arie include activitatea sistemelor comunitare de intervenție, dar și piața serviciilor medicale private. **Echilibrul ideal, în spațiul dirijării resurselor sociale spre susținerea ofertei sociale de servicii medicale, decurge din maximizarea acestei zone, prin înglobarea – într-o primă fază – în Zona nr. 4, până la dispariția completă, a Zonei nr. 2, iar apoi, în măsura posibilităților, și a celorlalte zone, până la suprapunerea celor trei sfere.** Este zona spre care, în mod statistic, se îndreaptă preferențial în prezent atenția decidenților din sfera politicilor sociale adresate sectorului medical.

Zona nr. 5 – Reprezintă existența unor nevoi potențiale fără acoperire reală în spațiul cererii. Astfel de situații apar în cazul incidenței unor maladii acute contagioase, care presupun externalități foarte mari și – poate tocmai de aceea – pentru care există o cerere mică sau chiar nulă de prevenire la nivel individual. Astfel de nevoi sunt însă avute în vedere principial, prin finanțarea serviciilor medicale moderne, ce desfășoară acțiuni cu caracter preventiv și intervin în caz de nevoie.

Zona nr. 6 – Reprezintă spațiul economic în care oferta induce cererea, necorelat cu nevoile medicale reale și poate chiar dăunând stării de sănătate a beneficiarilor. Existența acestei zone poate fi rezultatul unei publicități sau marketizării agresive a unor produse farmaceutice, ori a unor metode de diagnostic, servicii etc.

Zona nr. 7 – Reprezintă spațiul ofertei de servicii medicale în exces, pentru care nu există nevoi sociale și nici cerere. Astfel de situații apar în cazul ofertei unor servicii de joasă calitate, a unor echipamente prea costisitoare ori depășite fizic/moral etc.

Graficul pune în evidență și faptul că procesul de finanțare, ori stimulare prin diverse politici sociale, a uneia (unora) sau alteia (altora) dintre cele șapte zone identificate, poate produce rezultate diferite, din perspectiva eficacității intervențiilor în spațiul social, dar și din perspectiva eficienței utilizării resurselor. De aceea, se impune studierea atentă a tuturor consecințelor socioeconomice pe care o decizie sau alta le poate induce, în toate cele șapte zone de manifestare ale complexului nevoi – cerere – ofertă de servicii medicale, dar în special, în Zonele nr. 2 și 4. Zona nr. 2 trebuie menținută în atenție permanent, pentru a se ține sub control fenomenul de excluziune socială medicală.

Opțiunea pentru finanțarea unui sistem de asistență medicală de tip universalist – pentru un pachet definit de servicii – constituie o decizie de politică socială vitală, din perspectiva nevoilor de incluziune socială medicală totală.

Problema celor aproximativ 1,3 miliarde de săraci, care există în prezent în lume și nu au acces măcar la un pachet minim de servicii medicale, la un consum minim de medicamente, ca urmare a politicilor adoptate în sfera finanțării acestor servicii în diverse țări ale lumii, nu mai poate fi ignorată.

În prezent, categorii largi de populație, cu venituri mici și foarte mici, din țările lumii a treia, dar și din unele țări dezvoltate, se bazează încă pe apelul la serviciile medicale, în stilul caracteristic secolului nouăsprezece – adică prin achitarea directă din buzunar, a costului tratamentelor. De aceea, aceste populații sunt expuse unui dublu risc: cel al suportării unor costuri foarte mari ale actului medical și cel al diminuării drastice a veniturilor pe perioada îmbolnăvirii prin incapacitatea de muncă. Astfel se explică faptul că, în caz de nevoie, populația din mediul rural optează mai curând pentru remedii tradiționale ale sănătății, ori apelează la vindecători din afara sistemelor medicale alocate.

Statistic, în țările lumii a treia, doar populația cu stare materială bună și reprezentanții clasei de mijloc din mediul urban beneficiază de progresele științei medicale alocate, care au avut loc în secolul douăzeci, având acces la îngrijirea sănătății prin intermediul ofertei publice de servicii.

În multe dintre țările unde populația realizează venituri mici, și veniturile bugetelor sociale alocate sănătății publice sunt relativ scăzute (sub 10% din PIB-ul național), iar capacitățile instituționale ale sectoarelor publice sunt preponderent slabe, o mare parte a resurselor financiare disponibile nu sunt totuși alocate înființării sau dezvoltării structurilor de diminuare a riscurilor sociale masive de îmbolnăvire (serviciile preventive). Ca urmare, în prezent aproape 84% din populația săracă a lumii suportă 93% din povara economică globală a îmbolnăvirilor.

În trecut, țările cu venituri mici și mijlocii au beneficiat de numai 11% din cele 2 800 miliarde USD, cheltuite la nivel mondial, pentru îngrijirea sănătății (WHO, OMS, 2000). Țările sărace au cheltuit mai puțin pentru sănătate, atât în cifre relative (procente din PIB) cât și absolute (dolari pe locuitor). De aceea, populațiile din aceste țări s-au bazat mai mult pe achitarea contravalorii serviciilor medicale direct din buzunar, în caz de nevoie, decât pe apelarea la serviciile publice. Iminența unor asemenea cheltuieli presupune, de multe ori, eforturi economice foarte mari, uneori destabilizatoare, pe termen lung, pentru veniturile celor în cauză.

INDICATORI PRIVIND ACCESUL POPULAȚIEI LA SERVICIILE MEDICALE ȘI LA RESURSELE MENITE SĂ ASIGURE O VIAȚĂ SĂNĂTOASĂ

Evaluarea dimensiunilor fenomenului de excludere socială, din perspectiva crotirii sănătății publice, se poate realiza prin măsurarea unor indicatori sintetici privind accesul populației la serviciile medicale, dar și la unele servicii sau resurse sociale, cu impact direct în domeniul sănătății publice.

În anul 2002, PNUD utilizează, în „Raportul Global al Dezvoltării Umane” (UNDP, 2002) o serie de indicatori simpli sau sintetici, pe baza cărora țările sunt departajate în țări cu dezvoltare umană *ridicată*, *medie* sau *scăzută*. Indicatorii utilizați creează o imagine destul de sugestivă asupra fenomenului excluziunii sociale, din această perspectivă, în cele trei categorii de țări (*tabelul nr. 1*).

Tabelul nr. 1

Indicatori privind accesul populației la resurse sociale cu impact asupra sănătății publice

| Nr. crt. | Țara | Populație care utilizează facilități sanitare adecvate în anul 2000 (%) | Populație care utilizează surse de apă potabilă îmbunătățite în anul 2000 (%) | Populație cu acces la medicamentele esențiale în anul 1999 (%) | Medici/100 000 locuitori în intervalul 1990–1999 (în cel mai recent an disponibil) |
|----------------------------|----------------|---|---|--|--|
| <i>Țări cu IDU ridicat</i> | | | | | |
| 2. | Suedia | 100 | 100 | 95–100 | 311 |
| 13 | Regatul Unit | 100 | 100 | 95–100 | 164 |
| 35 | Ungaria | 99 | 99 | 95–100 | 357 |
| 36 | Slovacia | 100 | 100 | 95–100 | 353 |
| <i>Țări cu IDU mediu</i> | | | | | |
| 60 | Federația Rusă | ... | 99 | 50–79 | 421 |
| 62 | Bulgaria | 100 | 100 | 80–94 | 345 |
| 63 | România | 53 | 58 | 80–94 | 184 |
| 96 | China | 38 | 75 | 80–94 | 162 |
| <i>Țări cu IDU scăzut</i> | | | | | |
| 138 | Pakistan | 61 | 88 | 50–79 | 57 |
| 142 | Nepal | 27 | 81 | 0–49 | 4 |

Sursa: *Human Development Report 2002*, UNDP, p. 167–168.

Din datele de mai sus observăm că, deși țara noastră este inserată în rândurile țărilor cu IDU de valoare medie, indicatorii săi sociali prezintă valori cu mult sub cei ai altor țări din cadrul aceleiași grupe. Proporția populației care utilizează facilități sanitare adecvate la nivelul anului 2000, era în România de numai 53%, spre deosebire de Bulgaria, unde acest indicator a atins cota de 100%. O situație similară există și în ceea ce privește accesul populației la o sursă de apă potabilă îmbunătățită (58% în anul 2000). Analizând ponderea populației fără acces la instalația de apă, în profil zonal, observăm că cele mai dezavantajate zone sunt: zona de sud, sud-vest, și nord-est, iar pe ansamblul țării, *populația din rural* (84,3%, în anul 1992) (Raportul Dezvoltării Umane 2001–2002, PNUD).

O situație cu totul specială s-a creat, în ultimii ani, și prin deconectarea unor categorii largi ale populației din România de la sistemul public de distribuție a apei calde și termoficării, ca urmare a creșterii costurilor economice a acestor

utilități. Dimensiunile exacte ale acestui fenomen social nu sunt cunoscute încă, dar se știe că în această situație se află numeroși consumatori din orașe ca Reșița, Hunedoara, Brăila, Suceava, București etc.

Există însă și alți indicatori cu semnificații în sfera excluziunii/incluziunii sociale, ce vizează direct sau indirect sănătatea populației. De exemplu: *ponderea născuților vii subponderali*, în intervalul 1991–2000, a oscilat în țara noastră între 7,9% (valoare minimă) în anul 1991 și 10,9% (valoare maximă) în anul 1993. Acest indicator creează o imagine, fie și aproximativă, asupra stării de sănătate și a calității/cantității regimului alimentar al viitoarelor mame. De asemenea, *mortalitatea maternă* cuprinsă între 66,5–32,8 (la 100 000 născuți vii) în intervalul 1991–2000, oferă o imagine elocventă asupra nivelului general de acces al viitoarelor mame, la serviciile de asistare a nașterilor, deși mortalitatea maternă poate viza și alte cauze decât fenomenul excluziunii sociale.

La nivel mondial, în prezent, se vorbește despre o *criză globală a sănătății publice* și despre o serie de dificultăți în calea eforturilor de depășire a acestei crize. În acest context, în „Raportul Global al Dezvoltării Umane – 2000”, sunt utilizați indicatori care se referă direct, mai curând, la standardul economic al populației și doar indirect, la starea de sănătate: procentul de populație subnutrită (ca % din total populație), copiii subponderali în raport cu vârsta (% sub vârsta de 5 ani), copiii sub înălțime în raport cu vârsta (% sub vârsta de 5 ani), copiii cu greutate scăzută la naștere (%). Tot la acest capitol mai sunt utilizați indicatori corelați direct cu starea de sănătate: persoane infectate cu SIDA, cazuri de tuberculoză la 100 000 locuitori, consumul de țigări pe adult (medie anuală). În ce măsură însă astfel de indicatori exprimă și situații sociale ce vizează fenomenul de excluziune socială este discutabil, pentru fiecare indicator în parte. La această categorie de indicatori, țara noastră prezintă cifre mari, în ceea ce privește numărul de copii (între 0–14 ani) infectați cu SIDA – 4 000 cazuri, în anul 2001, și consumul de țigări – 1 726 țigări – în medie anual, pe cap de adult, în intervalul 1992–2000. Remarcăm și faptul că, la capitolul „populație subnutrită”, România nu oferă date în contextul respectiv, deși în țară există studii relevante privind situația sărăciei extreme după anul 1990.

BIBLIOGRAFIE

1. Preker, A. S., *The Introduction of Universal Access to Health Care in the OECD: Lessons for Development Countries*, în S. Nitayurumphong și A. Mills, eds., „Achieving Universal Coverage of Health Care”, Bangkok: M P. H., 1998.
2. Preker, A. S., J. Langenbrunner, M. Jakab, *Rich-Poor Differences in Health Care Financing*, în „Social Reinsurance: A New Approach to Sustainable Community Health Financing”, WHO, 2002.

3. Preker, A. S., M. Jakob, M. Schneider, *Health Financing Reform in Central and Eastern Europe and the Former Soviet*, în E. Mossalios, J. Figueras și A. Dixon, eds., *Funding Health Care: Options for Europe*, Copenhaga: WHO Observatory, 2002.
4. UNDP, *Human Development Report 2002, Deepening democracy in a fragmented world*, 2002.
5. UNDP, *Raportul național al dezvoltării umane, România 2001–2002, Un deceniu de tranziție în România – coordonator A. Teodorescu*, p. 92 și 107.
6. World Health Organization (WHO), *World Health Report 2000 – Health Systems: Measuring Performance*, Geneva, WHO, 2000.