

SERVICIILE PUBLICE DE SĂNĂTATE ȘI DEZVOLTAREA SOCIALĂ

CRISTINA DOBOȘ

INTRODUCERE

Materialul de față analizează serviciile de sănătate din România, subliniind semnificația pe care calitatea, echitatea și accesibilitatea acestora o au asupra stării de sănătate a populației, cu implicații asupra dezvoltării sociale. Mă voi referi, astfel, la importanța existenței unui capital uman sănătos în dezvoltarea socială, cât și la implicațiile nivelului de dezvoltare economic asupra stării de sănătate și calității serviciilor sanitare.

Nivelul de dezvoltare economic din România, în perioada tranziției, a determinat, pentru grupurile care au căzut în sărăcie, apariția, sau perpetuarea dinainte de 1989, a unor elemente care au influențat negativ starea de sănătate a acestor grupuri: o alimentație insuficientă sau dezechilibrată, condiții necorespunzătoare de locuit, o lipsă a unor condiții de igienă (prin lipsa apei, toaletei în locuință) (a se vedea și Stănculescu M., (coord), 2004).

Dincolo de fenomenul sărăciei însă, o mare parte a populației din România are probleme legate de educația sanitară sau serviciile de sănătate de care beneficiază. Nivelul scăzut de dezvoltare economic a însemnat resurse mai puține și pentru sistemul sanitar și apariția de probleme ale acestuia, de lung termen. Astfel, pe deo parte, se constată (în grupurile cu un nivel redus de educație și în mediul rural, cu precădere) un deficit de educație sanitară, ce se materializează în lipsa conștientizării rolului prevenției și lipsa informațiilor de planning familial.

Pe de altă parte, problemele legate de calitatea, echitatea și accesibilitatea serviciilor medicale influențează, la rândul, lor rezolvarea eficientă a problemelor de sănătate ale populației. Cea mai mare parte a populației rurale are un acces dificil la serviciile publice de sănătate, multe dintre sate neavând nici măcar unități de asistență primară (medic de familie). Schimbările din sistemul sanitar de după 1996 nu au rezolvat problemele de acces ale acestor grupuri la asistența primară și nici multiplele probleme legate de dotări cu tehnică medicală de nivel european. Investițiile s-au făcut, cu precădere, în continuare, în sectorul spitalicesc, ducând la menținerea polarizării în oferta de servicii de calitate. O parte a populației din marile orașe beneficiază de servicii spitalicești de o calitate ridicată, în contextul național, pe când cea mai mare parte a populației rurale nu beneficiază decât (în cel

mai fericit caz) de asistență primară, în condiții minime sau subminime de dotare a dispensarelor. În condițiile unei populații sărace sau izolate din punctul de vedere al drumurilor de acces, transportul celor din rural până la servicii spitalicești reprezintă o stavilă pentru aceștia, prin costul sau posibilitățile de deplasare necesare. De asemenea, prețul crescut al medicamentelor în România constituie un obstacol pentru cei săraci. O altă problemă ține de accesibilitatea la servicii prin calitatea de asigurat la sistem. Trecerea la sistemul de asigurări a lăsat o parte din populație, care după estimări se ridică la 5–6%, fără asigurare, deci complet nebeneficiari de servicii (date de la CNAS, 2004).

România a ales în reformarea sistemului medical public, modelul german al asigurărilor de sănătate. Modificările ultimilor ani din sistemul medical nu au rezolvat problemele serviciilor oferite, sistemul din momentul de față fiind unul hibrid, punând chiar sub semnul întrebării nevoia de trecere la asigurări sociale de sănătate. Trebuie precizat că fiecare dintre modelele actuale europene de organizare și finanțare a serviciilor întâmpină probleme legate de costuri înalte, disparități între regiuni, grupuri sociale, în oferta de servicii, neputând asigura toate obiectivele propuse, la cel mai înalt nivel.

Dincolo de invocarea permanentă a lipsei resurselor ca motivație a nerezolvării unor probleme ale sistemului actual public de sănătate din România, unele tipuri de politică socială adoptată în timp util în sfera sănătății, pot determina schimbări benefice. Unele dintre obiectivele de dezvoltare socială durabilă ar putea fi creșterea finanțării serviciilor sanitare de prevenție și curative și un management mai eficient al resurselor existente, având în vedere că dezvoltarea socială este influențată, direct, de investirea în capitalul uman.

CÂTEVA CONSIDERAȚII PRIVIND RELAȚIA DINTRE DEZVOLTAREA SOCIALĂ ȘI SERVICIILE DE SĂNĂTATE

Starea de sănătatea a unei națiuni corelează cu multiple dimensiuni ale calității vieții: venit, loc de muncă, locuire și utilități, echitate și calitate a serviciilor de sănătate și educație și nu numai. Conform definițiilor Organizației Mondiale a Sănătății, adoptate în ultimii 30 de ani, sănătatea unui om nu ar trebui să se rezume doar la o lipsă a bolii, ci la o stare de prosperitate atât fizică, cât și mentală și socială. Prin această definiție modernă, sănătatea individului este strâns legată de conceptul de calitate a vieții, mai mult ca niciodată. Pornind de la această viziune, în țările dezvoltate oferta de servicii de sănătate este combinată cu succes, în prezent, cu servicii de consiliere psihologică sau de asistare socială, cu servicii la domiciliul pacientului sau servicii eficiente medico-sociale, pentru persoane cu dizabilități sau persoane cu alte tipuri de probleme medicale și sociale, în același timp. Politicile sociale în domeniul sanitar se combină, eficient, cu alte tipuri de politică socială, pentru o investire cât mai adecvată în recuperarea capitalului uman al respectivei comunități.

Modelul lui Lalonde (Mincă D., Marcu M. (coord), 2004) demonstrează că factorii care influențează sănătatea au diverse ponderi în această corelație. Astfel, dezvoltarea economică a societății (standardul de viață al individului) are cea mai mare influență, de peste 50% asupra sănătății acestuia, urmează materialul genetic moștenit, stilul de viață adoptat și factorii de mediu (obiceiuri de alimentație, exercițiu fizic, stres, condiții de muncă, comportament de prevenirea și tratare a problemelor de sănătate, consumul de tutun, alcool, droguri etc.), nivelul de educație al individului, în cele din urmă, serviciile medicale intervenind doar cu o pondere de 15–20%.

Este necesară o analiză pertinentă realizată de către factorii de decizie asupra dimensiunilor sociale care corelează în acest model pentru a se putea face previziuni pe termen lung și a se știi în ce punct trebuie acționat, pentru a se obține rezultatele dorite.

Omenirea a făcut progrese remarcabile în secolul al XX-lea (foarte evidente, pentru țările dezvoltate) în privința dezvoltării economice, în primul rând, dar și a dezvoltării tehnologiei (inclusiv medicale), a descoperirii fără precedent de noi medicamente, a eradicării unor boli, înainte, mortale, a informării populației cu privire la prevenție/tratament, ceea ce a dus, pe parcursul ultimelor șase decenii, la o creștere spectaculoasă a speranței de viață și a calității vieții în țările dezvoltate. În ciuda acestor progrese în partea dezvoltată al lumii, în cazul țărilor sărace, dezvoltarea economică este prima stavilă care determină o sănătate precară a populației și o speranță de viață scăzută. În țările sărace există încă oameni care suferă de inaniție sau care mor din cauza unor boli, eradicate de mult în țările dezvoltate.

Țările dezvoltate au și ele probleme nerezolvate, legate de existența unor grupuri dezavantajate economic și sosiosanitar, de disparități în oferta de servicii medicale între regiuni, de unele boli răspândite, pentru care nu există încă tratament la nivel global (printre care cele mai cunoscute: infecția HIV și cancerul), legate de poluarea mediului, de consumul de droguri etc. Acestea au demonstrat că unele probleme nu își au rezolvarea doar în creșterea economică și au incitat discuții despre ce anume ar însemna o dezvoltare socială eficientă și prin ce mecanisme sociale ar putea fi rezolvate aceste probleme.

Dezvoltarea economică rezolvă multe dintre problemele societăților sărace: aduce o îmbunătățire a sănătății populației și a calității serviciilor de sănătate oferite, însă, pe de altă parte, experiențe de succes ale unor țări au demonstrat că și unele tipuri de politică socială, precum o strategie de investiție în educație, în general și în educație pentru prevenție și comportament sanogen, în particular, duce, pe termen lung, la un impact pozitiv asupra sănătății populației. Țări în curs de dezvoltare care au făcut investiții crescute în educație, așa numiții *tigrii asiatici* (Malaezia, Singapore etc) au demonstrat, deja, prin indicatorii obținuți în decurs de 20 de ani, progrese în starea de sănătate a populației, prin influența educației asupra mortalității infantile și materne, asupra îmbunătățirii cunoștințelor legate de igienă și prevenție.

Se poate spune că, în cazul societăților mai sărace, există un cerc vicios între starea de sănătate și resursele disponibile pentru investirea în sănătate, cerc care poate fi rupt printr-un efort bugetar accentuat de a investi în sănătate pe termen lung. O societate săracă este mai bolnavă decât una bogată și ar avea nevoie de o investire în servicii medicale mai accentuată. Pe de altă parte, o societate săracă nu are resurse suficiente de a investi în sănătatea populației ei, iar împărțirea puținelor resurse o face să le centreze pe ceea ce decidenții consideră urgent. În același timp, o societate bolnavă este mai puțin productivă, ceea ce este o stavilă în dezvoltarea economică și impune costuri ridicate pentru tratare, costuri suportate tot de beneficiari, finalmente. O societate bolnavă poate costa bugetul mai mult, prin consecințele pe termen lung, decât rezolvarea unor probleme de sănătate în punctele-țintă, în prezent.

Țări cu o dezvoltare economică asemănătoare alocă, totuși, sănătății sau educației un procent diferit față de România, din buget sau PIB. O astfel de investiție în sănătatea populației este amânată de unele state sărace, pentru că ea aduce roade pe termen lung și nu rezultate pe termen scurt, cu impact electoral. Astfel, domeniul precum sănătatea sau educația au ajuns să fie considerate în România domenii mai puțin prioritare, cărora li se alocă resurse financiare publice mai reduse decât altor domenii. Alte probleme au contribuit, de asemenea, la deficitul financiar al sistemului sanitar în România, precum promisa independență financiară a fondului de asigurări sociale. Deși statuată legislativ, ea nu există, în fapt, (așa cum vom discuta în capitolul despre finanțarea serviciilor de sănătate publică în România), astfel că o creștere a resurselor sistemului de sănătate prin trecerea la asigurări nu a fost decât un succes parțial.

Direcții de dezvoltare a serviciilor de sănătate

În epoca modernă, sănătatea unei comunități a devenit mult mai vulnerabilă și dependentă de sănătatea altor comunități, datorită deschiderii granițelor și posibilităților de transport rapide către oricare colț al lumii. Transportul oamenilor și mărfurilor ca și migrarea intensificată prezintă un risc care poate fi doar parțial controlat de către autoritățile sanitare, în ciuda eficienței politicilor naționale adoptate în domeniu. Astfel, problemele de dezvoltare și sănătate ale unor societăți mai puțin dezvoltate pot afecta indirect și societățile dezvoltate.

Aceste tipuri de probleme au generat strategii comune de cooperare regională, între țări, cu sprijinul unor organizații globale, precum Organizația Mondială a Sănătății sau regionale, precum foruri ale Uniunii Europene, cu obiectivul de a găsi soluții pentru ameliorarea problemelor globale sau comunitare de sănătate și standard de viață.

Națiunile Unite au stabilit, pentru perioada 1990–2015, un plan de acțiune pe plan mondial, pentru a îmbunătăți unii indicatori globali implicați în dezvoltarea socială. Mă voi referi, în continuare, la obiective propuse, legate de îmbunătățirea indicatorilor de sănătate:

– Obiectivul nr. 4: se referă la reducerea mortalității infantile, la nivel global (ținta este reducerea cu două treimi, între 1990 și 2015, a numărului de decese sub 5 ani);

– Obiectivul nr. 5: îmbunătățirea sănătății mamelor (reducerea cu trei pătrimi, între 1990 și 2015, a ratei mortalității materne);

– Obiectivul nr. 6: combaterea HIV, a malariei și a altor boli, precum tuberculoza, spre exemplu.

Raportul dezvoltării umane pe 2004 prezintă toate aceste obiective ale mileniului propuse în sensul dezvoltării și soluții pentru atingerea acestora. Principalele cauze ale problemelor legate de starea de sănătate rezidă și în problemele sistemelor sanitare. Se menționează:

– resursele limitate investite de unele guverne în asistența medicală și insuficiența resurselor pentru asistența primară;

– inechitatea în oferta de servicii medicale (insuficiența resurselor dedicate mamelor și copiilor în mediul rural);

– ineficiența de organizare și financiară în domeniul sanitar (programele specifice pentru diverse boli nu sunt integrate în sistemul general, într-un mod eficient).

Principalele puncte nevralgice în care trebuie acționat sunt în funcție de obiectivele propuse. În cazul mortalității infantile: malnutriția (starea de sănătate și nutriție a mamei înainte și în timpul sarcinii), boli parazitare sau infecțioase ale nou-născutului, imunizarea, nevoia de vitamina A, fier, zinc, iod a copilului mic).

În cazul mortalității infantile, se poate acționa prin creșterea numărului de servicii de obstetrică de urgență în regiunile unde nu există, răspândirea mai bună a informațiilor de planning familial și sănătatea reproducerii, creșterea numărului de nașteri asistate de o persoană cu pregătire medicală (medic, moașă).

În ceea ce privește stoparea răspândirii unor boli, precum TBC-ul, care reprezintă o problemă pentru România, se recomandă strategia DOTS, ceea ce înseamnă, în traducere, urmarea tratamentului medicamentos sub strictă supraveghere (a medicului sau a unei persoane abilitate) (Raportul dezvoltării umane, 2004).

Pe fondul problemelor economice, de politică socială, inclusiv sanitară, unii indicatori de mortalitate și morbiditate plasează România pe ultimele locuri din Europa. Boli ale mizeriei, precum TBC-ul, au sporit îngrijorător de mult în România, plasându-ne pe primele locuri în Europa, în sens negativ. Mortalitatea infantilă și maternă ridicată în România sunt indicatori ai problemelor de acces a unor mame și copii nou-născuți la asistență medicală, ai calității reduse a serviciilor oferite, cât și ai gradului de educație sanitară redus. Copii provenind din familiile sărace prezintă anemii, deficiențe în dezvoltarea conform vârstei, fapt cu consecințe pe termen lung asupra viitoarei lor stări de sănătate. În același timp, dezorganizarea familială, stresul, starea psihică a individului sărac, de multe ori cu un nivel de educație scăzut au generat o abandonare a grijii față de propria sănătate

și a copiilor sau un stil nesănătos de viață (incluzând alcoolismul), acestea ducând, treptat, la o acumulare de boli insuficient tratate.

Integrarea noastră viitoare în Uniunea Europeană ne obligă, în plus, să acționăm asupra acestor indicatori de mortalitate și morbiditate, pentru a ajunge la nivelul celorlalte țări europene dezvoltate.

Speranța de viață a crescut în Uniunea Europeană, deci și ponderea populației îmbătrânite (principalul consumator de servicii) în totalul populației; de asemenea, medicamentele și tehnicile de ultimă generație sunt costisitoare. Resursele alocate sănătății reprezintă un efort chiar și în țările dezvoltate, îngrijirea de calitate a sănătății fiind un consumator important de resurse al comunității.

La nivelul tuturor sistemelor europene de sănătate se discută despre direcția de dezvoltare într-un mod profitabil, eficient pentru o națiune, a serviciilor de sănătate, în sensul unei dezvoltări sociale durabile. Presiunile fiscale fac ca și țările dezvoltate să își pună probleme asupra unor surse noi financiare, asupra unui management cât mai eficient al acestora sau a unor modalități alternative de organizare a serviciilor.

Fiecare dintre modelele europene se confruntă cu dificultăți; nici un sistem nu poate realiza, din păcate, toate obiectivele propuse la un nivel maximal în mod simultan. Majoritatea țărilor europene acordă prioritate unuia sau altuia dintre obiectivele următoare, pentru serviciile lor sanitare:

- acces universal și echitabil la un pachet de servicii;
- libertatea opțiunilor pentru consumatori și furnizori;
- utilizarea eficientă a resurselor disponibile.

Rămâne la latitudinea fiecărei țări să stabilească ponderea și prioritatea unuia sau altuia dintre aceste obiective, în funcție de factorii economici, ideologici, sociali existenți la nivelul acesteia. O libertate ridicată de alegere din partea beneficiarilor, dar și a furnizorilor determină costuri crescute și o îngrădire a accesibilității, fiindcă pacienții trebuie să suporte costuri ridicate. SUA au un astfel de sistem care accentuează libertatea opțiunilor. Acest tip de sistem sanitar face ca, în ciuda investiții înalte de către stat în sănătate (cheltuieli de 14% din PIB pentru sănătate), să existe 35 de milioane de cetățeni care nu au asigurare și nu beneficiază de servicii.

Un alt tip de model este cel britanic, în care există acces crescut la asistența sanitară, echitate, dar însoțită de o limitare a opțiunilor, a libertății de alegere. Sistemul britanic este dintre sistemele cel mai puțin costisitoare din UE, dar opțiunile sunt limitate și există lungi liste de așteptate. Peste un milion de pacienți sunt pe listele de așteptare pentru diferite intervenții.

Concluzionând, se poate spune că sănătatea este considerată, la nivel european un drept social, la care trebuie să aibă acces toți cetățenii, spre deosebire de SUA, spre exemplu, unde sănătatea este un bun individual, pentru care trebuie să plătești costuri ridicate. (C. Vlădescu (coord.), 2004).

PROBLEME ALE SISTEMULUI SANITAR DIN ROMÂNIA

Necesitatea creșterii nivelului de finanțare a sistemului de sănătate din România

Unul dintre obiectivele de dezvoltare socială durabilă ar putea fi, prin urmare, creșterea finanțării serviciilor sanitare și un management mai eficient al resurselor existente, având în vedere că dezvoltarea socială este influențată direct de investirea în capitalul uman. Întrebarea este dacă România are un sistem eficient de colectare și management al resurselor și dacă a conștientizat importanța domeniului sănătății publice ca sector necesar de investire, pentru o dezvoltare durabilă pe termen lung.

Ceea ce s-a întâmplat în România după introducerea sistemului asigurărilor din 1997 a fost, în fapt, (în contradicție cu obiectivele statuate la inițierea reformei) existența unui sistem hibrid între controlul financiar al Casei de asigurări și în același timp, al Ministerului finanțelor, fapt care a generat numeroase distorsuni în alocarea resurselor și, în primul rând, o deturnare a unei părți a lor dinspre sistemul medical. Urmărind funcționarea acestui sistem hibrid, unii specialiști în domeniu consideră că nu era necesară o trecere a României la sistemul de asigurări de sănătate.

Una dintre rațiunile schimbării, invocate de către decidenți, a fost faptul că structura de sistem centralizat, finanțat direct de la bugetul de stat, structură venită pe filiera sovietică, înainte de 1989, era asociată cu regimul centralizat comunist. Nemulțumirile și așteptările populației erau însă difuze și ele nu erau legate de un mod sau altul de funcționare, ci de calitatea evident proastă a serviciilor medicale, iar nemulțumirile medicilor, legate de salariile reduse și condițiile dificile de muncă, în condițiile lipsei de materiale sanitare, dotări și utilități. Trecerea la noua schemă financiară a creat, în opinia mea, un nou mamut administrativ consumator anual de resurse financiare importante, mă refer la Casa Națională de Asigurări de Sănătate (incluzând aici și ramurile sale județene), a cărei eficiență administrativă raportată la costuri este discutabilă.

De ce s-a ales sistemul bazat pe asigurări? Este una dintre întrebări. Analizând modelele europene, cele două opțiuni de schimbare ar fi fost: modelul actual de tip *Bismark* prezent azi în Germania, Austria, Franța, bazat pe asigurări și modelul de tip *Beveridge* din Anglia, Italia, Suedia, bazat pe impozite generale. Una dintre explicațiile specialiștilor (C. Vlădescu (coord.), 2004) ar fi că modelul ales era mai aproape de realitatea românească interbelică și reprezenta o cale de mijloc între două opțiuni susținute de două tabere: suporterii pieței libere pentru funcționarea sistemului de sănătate și suporterii ai planificării guvernamentale.

Din unele interviuri purtate cu decidenți din domeniul sanitar a rezultat însă că trecerea la noul sistem s-a făcut fără o analiză foarte clară a implicațiilor diverselor modele europene în contextul românesc și a presupus, mai degrabă, unele preferințe ale funcționarilor și oficialilor din guvernul de atunci pentru

sistemul de tip german al asigurărilor. De fapt, România nici nu avea pregătiți, în perioada imediată momentului '89, prea mulți specialiști în domeniul managementului sanitar sau al politicilor sanitare.

Întrebarea este dacă așteptările inițiale ale populației și profesioniștilor din sistem au fost îndeplinite. Printre aceste așteptări, figurau: creșterea calității serviciilor și creșterea salariilor personalului medical, prin independența financiară a sistemului, creșterea resurselor financiare ale acestuia și transparența ridicată a alocării resurselor.

Cristian Vlădescu susținea, în volumul său din 2004, că problemele actuale din sistem țin de faptul că funcționarea și legislația curentă s-au îndepărtat de scopurile și filosofia inițială a Legii Asigurărilor, analizele efectuate de autorul menționat indicând o diferență importantă între politica afirmată și realitatea implementată, în aproape toate secțiunile enumerate: descentralizarea, mecanismele noi de alocare a resurselor, autonomia instituțională.

Legea asigurărilor de sănătate a intrat complet în funcțiune abia în 1999. Ea a suferit însă o serie de amendamente consecutive în decursul anilor, care au trecut de la implementare (una dintre tradițiile românești postrevoluționare, căci s-a întâmplat în cazul a nenumărate legi), astfel că filosofia ei inițială a fost schimbată serios. Așa cum arată unele studii, noua lege a introdus, încă de la început, doar schimbări parțiale, prin reglementările ei.

Precaritatea resurselor financiare alocate sectorului sanitar, în perioada 1990–2005, a continuat *trendul* investirii deficitare în sistemul de sănătate al ultimelor decenii din România. Aceasta a determinat dotarea la un nivel slab a unităților sanitare publice cu aparatura medicală modernă și utilități performante și acordarea unor salarii mici personalului din sistem, comparativ cu statutul autoperceput al acestora. Acest fapt s-a răsfrânt direct asupra calității serviciilor medicale de care a beneficiat populația. Percepția personalului medical asupra condițiilor de muncă pe care le oferă sistemul și asupra statutului său social, cumulată cu insatisfacția față de salarizarea de nivel redus legitimează, în opinia personalului medical, pretinderea unor extra-plăți pentru prestarea actului medical. Aceasta limitează accesul la servicii al populației sărace, care percepe, la rândul ei, drept necesară/încetățenită plata suplimentară.

Cheltuielile publice cu sănătatea, ca procent din PIB, au fost doar de 2,8% în 1997 și de 3,8% în 2000 (sursa datelor: C. Vlădescu (coord.), 2004). Astfel, totalul cheltuielilor pentru sănătate ca procent din PIB și ca venit net plasează România la coadă, între țările central europene și între țările cu PIB/per capita similar. Cheltuielile publice cu sănătatea reprezintă mai puțin de jumătate, comparativ cu multe țări europene. Deci, prin introducerea asigurărilor sociale resursele au crescut doar cu 1% din PIB. (C. Vlădescu, 2004).

Pe de altă parte, independența financiară a fondului de sănătate, care era unul dintre obiectivele principale ale noii legi, este încălcată prin procedurile actuale. Sistemul este, din punctul de vedere al alocării resurselor, un hibrid între sistemul public și cel al asigurărilor. Contribuțiile din asigurări sunt colectate la

fondul de asigurări sociale, în timp ce guvernul, prin Ministerul Finanțelor, a continuat până în 2003 să intervină în alocarea fondurilor și stabilirea unei limite superioare a cheltuielilor mereu inferioară veniturilor colectate. Astfel, surplusul colectat a fost folosit, în mod ilegal, la acoperirea deficitului bugetar. În 2001, chltuielile au fost stabilite la 91% din veniturile încasate, iar în 2002 la 95% dintre acestea (sursa datelor: C. Vlădescu (coord.), 2004). Această practică a redus controlul financiar al Casei și a produs acumularea de datorii în fiecare an, generând crize temporare, precum cea a medicamentelor compensate, în mod succesiv, alei cărei efecte se resimt și în prezent (2005). Cunoscând dificultățile financiare ale sistemului și întârzierile de plată către ei, furnizorii de medicamente au introdus prețuri crescute produselor medicamentoase vândute pentru a-și asigura acoperirea pierderilor. Așa s-a ajuns ca, într-unul dintre cele mai slab finanțate sisteme, o populație sărăcită să beneficieze de cele mai crescute prețuri la medicamente, dintre țările central-estice.

Principiul echității a fost încălcat și prin existența caselor paralele de asigurări de sănătate (a Ministerului de interne, a Apărării, a Justiției, a SRI, a Ministerului transportului). Aceste case au venituri peste media națională pe cap asigurat, căci au o componentă a asiguraților cu salarii mari și cu riscuri mai scăzute. Veniturile medii per asigurat sunt de trei ori mai mari la CAST și cu 30 % mai mari la CASAOPSNAJ, față de veniturile medii per asigurat ale caselor județene (C. Vlădescu (coord.), 2004). Astfel cheltuielile cu serviciile sanitare per asigurat au fost mai mari la casele paralele, ceea ce încalcă principiul echității față de asigurați, dar și al descentralizării și autonomiei (sistemele acestea fiind închise și puternic controlate de ministere). Pe de altă parte, case multiple înseamnă și cheltuieli administrative paralele.

Chiar și în cazul Casei naționale, așa cum arată raportul CNAS pe 2002, disparitățile financiare între regiuni pe cap de asigurat sunt mari: Cheltuielile pe persoană asigurată diferă foarte mult de la un județ la altul, cu variații între 34,9% și 202,3% față de media pe țară, reflectând disparitățile între regiunile bogate sau sărace ale țării (Raportul CNAS pe 2002, apărut în 2003).

Disparități în oferta de servicii și probleme de acces la serviciile de sănătate

Dincolo de problemele legate de nivelul de finanțare redus al sistemului, alte distorsiuni din sistem limitează calitatea, echitatea și accesibilitatea serviciilor, cu efect asupra întârzierii rezolvării problemelor de sănătate ale populației. În România, în perioada de tranziție, au apărut segmente de populație defavorizate social și economic, cu dificultăți de accesibilitate la servicii medicale (conform unui studiu realizat de către ICCV și Facultatea de sociologie, *Polarizarea serviciilor de sănătate și de educație ca sursă a sărăcirii în viitor*, coord. Ioan Mărginean, 2003–2005):

1. un segment din populație este neasigurat din cauza neplății contribuției la asigurările de sănătate sau are un acces limitat, din cauza veniturilor insuficiente pentru costurile din buzunar ale actului medical;

2. un segment din populație, deși este asigurat, accesează insuficient serviciile medicale, în special cele preventive, datorită unei instrucții/educații insuficiente;

3. un segment din populație, deși asigurat prin plata contribuției, nu poate beneficia de serviciile medicale necesare, datorită inexistenței/insuficienței furnizorilor în aria geografică de domiciliu.

În prezent, accesul la serviciile publice de sănătate se realizează pe principii contributive, prin plata cotizației lunare. 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. Persoanele neasigurate se selectează din rândul următoarelor segmente: persoane neîncadrate pe piața formală a muncii, liber profesioniști, familii sărace din mediul urban neacoperite de către ajutorul social, familii (sărace) din mediul rural (o mare parte a țăranilor care obțin venituri din agricultura de subzistență), o parte a populației de romi. Populația neasigurată se ridică, după estimările CNAS, doar la 5–6% din totalul populației.

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 co-plățile implicate de solicitarea serviciilor medicale și achiziționarea medicamentelor necesare, achitarea costurilor de transport și extra-plata pentru medic și personalul auxiliar.

Tabelul nr. 1

**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 total populație	Da % din populația din urban	Da % din populația din rural
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 de sănătate, realizat în rândul populației din România, 2003, Centrul pentru politici și servicii de sănătate.

Conform datelor din 2003, pentru 40% din populația din rural, existența mijlocului de transport și costul acestuia reprezintă o problemă de acces la

serviciile medicale în afara localității. De asemenea, co-plata adresată personalului medical și timpul de așteptare sunt văzute ca obstacole, atât de către cei din rural, cât și de către cei din urban.

Slaba informare în rândurile populației asupra necesității asigurării medicale și a condițiilor de acces la serviciile medicale menține unii beneficiari în afara sistemului public de asigurare. Conform datelor din barometrul pentru serviciile de sănătate pe 2003, 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.

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.

Diferențele urban–rural sunt serioase, în ceea ce privește infrastructura. Există zone izolate în rural, în care populația nu are acces la dispensare, pentru servicii medicale primare, sau aceste dispensare există, dar nu au medici permanenți și prezintă o dotare foarte rudimentară. Ceea ce este mai grav este că tocmai zonele cu populație săracă mai multă, deci și cu cerințe crescute de îngrijiri medicale, au aceste probleme. Nu există politici sanitare eficiente de atragere a medicilor în aceste zone defavorizate, problema acoperirii cu medici de familie fiind foarte presantă, în mediul rural și în zonele *pungi de sărăcie*. Diferențele între județele sărace și cele bogate sunt semnificative în ceea ce privește personalul medical și dotarea și ele se perpetuează, având în vedere fondurile mai puține colectate de către casele de asigurări județene, în zonele sărace.

CONCLUZII

Problemele de sănătate ale populației ca și dificultățile sistemului medical românesc sunt probleme apărute pe termen lung și ale căror consecințe se vor resimți încă în viitor, neputând fi rezolvate pe termen scurt. Standardul de viață scăzut al populației și resursele scăzute ale sistemului medical sunt primele cauze ale situației actuale a stării de sănătate a populației din România: față de celelalte țări europene, unele rate înalte ale morbidității, cât și o rată mai ridicată a mortalității materne și infantile.

Toate mecanismele distorsionante de care am vorbit mai sus au creat tensiuni financiare, în unele părți ale sistemului sanitar dezavantajate față de altele și au redus controlul eficient și transparent al resurselor și așa insuficiente. Pe parcursul

tranziție s-a constatat perpetuarea mării majorități a problemelor vechiului sistem în ceea ce privește calitatea slabă a unora dintre serviciilor acordate de serviciile publice, cauza fiind dotarea redusă cu utilități și tehnologie modernă a multora dintre unitățile sanitare, deteriorate în prezent (excluzând aici centrele universitare, care au avut un statut privilegiat).

De asemenea, a existat lipsa unei politici eficiente de investire în diminuarea disparităților urban-rural, în oferta de servicii publice (pentru a fi rezolvată problema accesului la asistența primară în spațiul rural) cât și implicarea financiară redusă în inițierea unor programe eficiente de sănătate publică/prevenire. Disparitățile financiare dintre regiunile bogate și sărace explică deficiențele de investiție în zonele sărace. Nu a existat o politică eficientă de atragere, prin stimulente financiare serioase, a personalului medical, în zonele rurale.

Îmbunătățirea sistemului de sănătate în România este corelată cu dezvoltarea economică a țării, fiind, deci, o problemă de lung termen. În acest context, trebuie avute în vedere o serie de politici care să țintească prin implicare financiară crescută rezolvarea principalelor puncte slabe ale stării de sănătate în România: îmbolnăvirile cu TBC, îngrijirea mai eficientă a mamei și nou-născutului, investirea în copii și în educarea pentru prevenire, asistența primară în mediul rural. De asemenea, pentru grupurile sărace, găsirea de soluții de creștere a accesului la servicii prin alocații suplimentare de ajutor pentru cumpărarea medicamentelor sau în cazul celor săraci din mediul rural s-ar putea discuta punerea la dispoziție a unor mijloace de transport gratuit, pentru a putea ajunge la ambulatoriu în orașele apropiate.

Alocarea resurselor în sistem trebuie regândită, în sensul investirii mai mult în asistența primară rurală, așa cum și-a propus reformarea sistemului, la începutului anului 1996, o dată cu trecerea la asigurări. De asemenea, trebuie regândite alte dimensiuni ale sistemului, pentru a crește calitatea actului medical și accesul populației la el.

BIBLIOGRAFIE

1. Mărginean Ioan, (coord), Doboș Cristina, Stanciu Mariana, Stoica Laura, Neagu Gabriela, Vlădescu Cristian, Manea Livius, Stănescu Alin, *Polarizarea serviciilor de sănătate și de educație ca sursă a sărăcirii în viitor*, contract VIASAN, ICCV și Facultatea de sociologie, 2003–2005, 2005.
2. Mincă Dan, Marcu Mihail, *Sănătate publică și management sanitar*, București, Editura Universitară Carol Davila, 2004.
3. Preda Marian (coord), *Aspecte privind dezvoltarea, populația și sănătatea reproducerii la nivel național și studii de caz*, UNFPA, 2003.
4. Scambler Graham, *Health and social change. A critical theory*, Buckingham, Open University Press, 2002.
5. Stănculecu Manuela (coord), *Sărac lipit caut altă viață*, București, Editura Nemira, 2004.
6. Vlădescu Cristian, Dragomireșteanu Aurora, Enăchescu Dan, *Politici de alocare a resurselor și de planificare a personalului medical în sistemele de sănătate. România în context internațional*, București, Editura CPSS, 2001.

7. Vlădescu Cristian (coord.), *Sănătate publică și management sanitar. Sisteme de sănătate*, București (Centrul pentru politici și servicii de sănătate), Editura CPSS, 2004.
8. Zarcovic Grujica, Enăchescu Dan, *Probleme privind politicile de sănătate în țările Europei centrale și de răsărit. Evoluția recentă și perspectivele sistemului de sănătate în România*, București, Editura Infomedica, 1998.
9. * * *Health and care in an enlarged Europe*, European Foundation for the Improvement of living and Working Conditions, 2003.
10. * * *Barometrul de opinie privind serviciile sănătate realizat în rândul populației din România*, Centrul pentru politici și servicii de sănătate, 2003.
11. * * *Raportul dezvoltării umane*, www.undp.org, 2004.