

Sănătatea populației și accesul la serviciile medicale din România

Mariana Stanciu*

Institutul de Cercetare a Calității Vieții, Academia Română

Abstract: *This article shows some of the contrasts among the Romanian quality of health services and that from European Community. Through its medical practices and critical health state of its population, Romania seems deeply dissociated from European Union realities in this respect. Since two decades, the Romanian public health system is situated at the tail-end of the European systems in what concerns social prevention, care for population's health, application of some sanitary public programmes and performances of the medical services providing. And all these after about twenty years of health services reform, and multiplying of public health care spending of five times. The article includes two chapters focused on some health and demographic indicators, and on the existing difficulties in accessing public health services encountered by various disadvantaged categories of population – with an accent on some new research data concerning the access of the Roma ethnic group to the public health services. There are used data published by Eurostat, but also from the national and territorial health statistics.*

Keywords: indicators, causes, disadvantaged social categories.

Cuvinte-cheie: indicatori, cauze, categorii sociale defavorizate.

Introducere

Rapoartele asupra stării de sănătate a populațiilor europene publicate periodic de Comisia Europeană, din anul 1996, au devenit o prezență constantă în conștiința socio-medicală din UE. Cu fiecare nou raport, preocuparea față de factorii corelați cu starea de sănătate comunitară și cu creșterea calității serviciilor medicale s-a accentuat. Probleme sunt destule, mai ales în țările nou intrate în UE, însă chiar și în aceste condiții, starea de sănătate a populației europene și multe dintre sistemele naționale de servicii medicale din

Europa au devenit termeni de referință pentru alte țări ale lumii. România, deși țară europeană dintotdeauna, a recurs la compararea indicatorilor naționali ai sănătății publice cu cei din țările UE, abia după anul 1990. Tot de atunci, populația autohtonă și-a conturat așteptările în materie de calitate a serviciilor medicale, privind spre Occident. Din păcate însă, nici compararea cu Occidentul, nici adoptarea unor măsuri occidentale de reformă (de tipul introducerii medicului de familie, sau al privatizării serviciilor medicale) nu au reușit să schimbe în mai bine situația, și să micșoreze radical decalajele față de alte state europene. Acest fapt a fost recunoscut și în

* Institutul de Cercetare a Calității Vieții, Academia Română, Calea 13 Septembrie nr. 13, sector 5, București. E-mail: mariana1stanciu@yahoo.com.

Raportul Comisiei Prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România (2008): „un copil născut în România, în anul 2007, avea șanse de 6 ori mai mari de a deceda înaintea primei sale aniversări, în comparație cu un copil născut în aceeași perioadă în Suedia și de aproape 3 ori mai mare decât unul născut în Ungaria... afecțiuni care în multe state ale UE sunt aproape eradicate continuă să afecteze un număr mult prea mare de români, mai ales dintre acelea care pot fi prevenite și controlate printr-un sistem sanitar public eficient... mortalitatea evitabilă, adică acele afecțiuni ce pot fi tratate de un sistem de sănătate funcțional, plasează România într-o situație și mai dificilă: aproape jumătate din decesele la bărbați și peste o treime din cele la femei puteau fi evitate... datorită disfuncțiilor sistemului sanitar în România mor anual peste 60.000 de oameni, în fiecare an „dispărând” populația echivalentă a unui oraș de talia Sloboziei sau Giurgiului...” (p. 6). De atunci au trecut cinci ani în care nimic nu s-a schimbat în mai bine.

Până în anul 2007, România a pierdut prin emigrație 14.000 de medici, în pregătirea cărora a investit 3,5 miliarde de euro (Gheorghiu, 2013), numai pentru că politicienii români nu au găsit o soluție de legiferare a unor salarii decente pentru medici. Pe un asemenea fond, starea de sănătate a populației a regresat continuu. Realitățile descrise prin indicatorii europeni privind sănătatea populației, prin determinanții sănătății și performanța serviciilor medicale (European Commission, 2012), sunt atestate și prin „indicele european al sistemelor medicale (EHCI)”, calculat de Björnberg (2012) pentru mai mulți ani. Acesta evaluează performanțele diferitelor sisteme medicale naționale, pe o scară ce cuprinde trei grade pentru fiecare indicator utilizat. Pentru România, *indicele EHCI* arată că, în pofida contribuției financiare a UE la reformarea sistemului medical național, acesta nu dă semne de schimbare în bine. Litera-

tura de specialitate în ceea ce privește exigențele ce se impun sistemelor medicale publice pentru a fi performante conține numeroase alte contribuții deosebit de apreciate pe plan internațional precum Garner, Docherty, Somner, Sharma, Choudhury, Clarke, Littlejohns (2013), Elissen, Nolte, Knai, Brunn, Chevreul, Conklin, Durand-Zaleski, Erlor, Flamm, Frölich, Fullerton, Jacobsen, Saz-Parkinson, Sarria-Santamera, Sönnichsen, Vrijhoef (2013) ș.a.

Prin prezentul articol ne propunem identificarea stării de fapt din sfera sănătății populației din România, utilizând o perspectivă comparativă europeană. În acest scop vom prezenta o serie de indicatori relevanți, publicații de Eurostat și alte instituții ale UE, precum și unele date referitoare la accesul populației la serviciile medicale autohtone, publicate de Institutul Național de Statistică, CNAS și alte instituții de profil. Demersul nostru a pornit de la constatarea că deși sistemul românesc de servicii medicale a parcurs, în aproape două decenii, diverse etape de reformare, acesta se află încă într-o stare atât de critică încât, din barometrele de opinie publică dar și din alte tipuri de investigații sociale, reiese că populația este profund nemulțumită de calitatea serviciilor.

Articolul se adresează publicului larg interesat, politicienilor și specialiștilor din sfera politicilor medicale și managementului serviciilor medicale. În articol sunt inserate trei capitole principale cu următoarele tematici: indicatorii stării de sănătate, morbidității și mortalității în context european și dificultățile de acces ale populației la serviciile publice, acestea fiind urmate de un capitol de concluzii și recomandări.

Indicatorii stării de sănătate în context european

Programul de Monitorizare a Sănătății Publice al Comunității Europene, inițiat în

perioada 2003-2008, a elaborat o listă de 88 de indicatori relevanți pentru evaluarea sănătății publice, referindu-se și la valorile/concepția europeană asupra ocrotirii sănătății publice (*ECHI European Community Health Indicators*). În etapa 2008-2013 acest program realizează monitorizarea sănătății publice din țările europene. Lista ECHI include: indicatori demografici și socio-economici; indicatori privind statusul sănătății; indicatori privind determinanții sănătății; indicatori privind intervenții asupra stării de sănătate – serviciile medicale; indicatori ai promovării sănătății (European Commission, 2012). În cele ce urmează prezentăm o mică parte a indicatorilor incluși în această listă, suficientă însă pentru a crea o imagine concludentă.

Speranța de viață în spațiul european.

Din anul 1970, speranța de viață din spațiul european a început să crească, nu uniform, dar s-a conturat un trend. Până în 1992,

decalajul dintre bărbați și femei a crescut (exceptând Marea Britanie), iar în intervalul 1992-1997 decalajul a stagnat (European Commission, 2003). În anul 2009, speranța de viață la naștere în UE 27, s-a situat în intervalul 67,5-79,8 ani (12,3 ani diferență) pentru bărbați, și între 77,4 și 85,0 ani (7,6 ani diferență) pentru femei. Diferențele dintre țări în termeni de calitate a vieții/stare de sănătate au fost mult mai accentuate decât cele în termeni de ani ai speranței de viață, deoarece creșterea speranței de viață nu presupune întotdeauna creșterea calității vieții. Totuși, starea de sănătate este un potențator al calității vieții și al dorinței de a trăi. Iar indicatorul *ani de viață sănătoși (AVS)* este un evaluator relevant al stării de sănătate, ce semnifică anii de viață fără dizabilități sau afecțiuni grave, ce pot imobiliza la pat, pe care poate spera să-i trăiască, în medie, o persoană dintr-o anumită populație.

Tabel 1: *Topul sănătății populațiilor europene în anul 2010*

Poziția	Țara	Ani de viață în sănătate - femei	Ani de viață în sănătate - bărbați	Ani de viață în sănătate - medie
1.	Suedia	71	71,7	71,35
2.	Malta	71,6	70,2	70,90
3.	Italia	67,3	67,3	67,30
4.	Grecia	67,6	66,4	67,00
5.	Irlanda	66,9	65,9	66,40
6.	M. Britanie	65,6	64,9	65,25
7.	Luxemburg	66,0	64,5	65,25
8.	Bulgaria	67,2	63,0	65,10
9.	Cipru	64,9	65,1	65,00
10.	Spania	63,7	64,3	64,00
11.	R. Cehă	64,6	62,2	63,40
12.	Belgia	62,6	64,0	63,30
13.	Franța	63,5	61,9	62,70
14.	Danemarca	61,9	62,3	62,10
15.	Olanda	60,2	61,1	60,65
16.	Polonia	62,2	58,5	60,35
17.	Austria	60,7	59,3	60,00
18.	Lituania	62,3	57,7	60,00
19.	Germania	58,6	57,9	58,25

Poziția	Țara	Ani de viață în sănătate - femei	Ani de viață în sănătate - bărbați	Ani de viață în sănătate - medie
20.	Finlanda	57,8	58,5	28,15
21.	Portugalia	56,6	59,2	57,90
22.	Ungaria	58,6	56,4	57,50
23.	România	57,4	57,4	57,40
24.	Estonia	58,1	54,0	56,05
25.	Letonia	56,5	53,5	55,00
26.	Slovenia	54,5	53,2	53,85
27.	Slovacia	52,1	52,3	52,20

Sursa: Eurostat, 2012e.

Acest indicator se exprimă în funcție de gen, la momentul nașterii sau la vârsta de 65 de ani, și se calculează utilizând *ponderea populației sănătoase în totalul populației și mortalitatea specifică diferitelor categorii de vârstă*. Pentru țările din UE, datele disponibile pentru AVS (din aprilie 2012) se referă la anul 2010. Cei mai numeroși AVS s-au înregistrat, pentru femei în Malta (71,6 ani), iar pentru bărbați în Suedia (71,7 ani). Și alte populații europene s-au remarcat prin AVS: Italia (AVS medie = 67,3), Grecia (67 de ani), Irlanda (66,40 ani) ș.a. România ocupă unul dintre cele mai modeste locuri – 23 în UE 27 cu AVS = 57,40 ani, egal pentru bărbați și femei. *Anii de viață sănătoși* au oscilat de la 52,1 la 70,5 ani (18,4 ani diferență) pentru bărbați și de la 52,3 la 70,6 ani (18,3 ani diferență) pentru femei. În Bulgaria, Estonia, Lituania și Polonia diferența în materie de AVS a fost în jur de patru ani în

favorearea femeilor. Speranța de viață a fost relativ stabilă între anii 2007 și 2010, în condițiile în care totuși, AVS la naștere au scăzut pentru bărbați în opt țări membre, iar pentru femei în 12 țări membre ale UE 27. În același interval, *speranța de viață pentru femei*, în UE 27 a fost, în medie, cu șase ani mai mare decât cea pentru bărbați. Femeile prezintă tendința de a trăi un interval de viață suplimentar dar beneficiind de o stare a sănătății mai precară decât bărbații. Decalajul dintre genuri este mai redus în privința *anilor de viață* trăiți într-o stare bună a sănătății – în medie, în jur de un an în favoarea femeilor. Bărbații trăiesc mai puțin, dar o mai mare pondere a vieții într-o stare bună a sănătății (Eurostat, 2012d).

Mortalitatea și morbiditatea. Două sunt cauzele majore de deces în țările UE 27 – cancerul și bolile sistemului circulator. Aceste două cauze de deces clasifică țările în două grupuri:

Table 2: Rata standardizată a mortalității pe cauze de deces în țările UE 27 (la 100.000 de locuitori), în anul 2009 (1)

Țara	Cancer (2)	Cancer pulmonar (3)	Cancer de colon	Total					Femei	
				Afecțiuni circulatorii	Afecțiuni ale inimii (4)	Sinucidere (5)	Accidente de circulație	Cancer la sân	Cancer Uterin	
UE 27	71,9	18,5	6,3	45,0	19,4	9,5	7,1	13,3	4,2	
Belgia	73,5	21,8	5,7	37,6	16,5	16,5	10,4	17,7	3,0	
Bulgaria	88,3	23,7	8,8	151,1	37,1	7,7	10,8	13,1	9,8	
R. Cehă	81,8	19,5	8,9	61,3	29,6	11,7	8,6	9,9	5,0	
Danemarca	68,7	18,3	7,2	29,2	11,2	8,7	5,2	13,7	2,8	
Germania	65,9	16,5	5,9	37,0	16,7	8,3	4,7	13,0	3,0	
Estonia	81,6	16,6	7,0	100,6	40,3	17,1	7,7	13,4	5,7	
Irlanda	65,2	14,3	6,2	34,8	21,1	11,9	5,6	15,0	5,0	
Grecia	61,6	18,9	3,4	46,3	28,8	2,9	13,3	10,9	2,6	
Spania	65,7	18,3	6,7	26,8	11,7	5,5	5,4	10,7	3,1	
Franța	75,0	20,7	5,4	25,6	8,9	13,5	6,8	14,3	3,3	
Italia	61,9	13,7	5,8	26,6	11,5	4,8	8,0	13,6	2,5	
Cipru	46,7	10,2	3,3	35,3	22,8	3,5	0,5	13,3	1,1	
Letonia	94,0	19,1	6,4	144,2	71,7	20,0	10,9	16,9	7,7	
Lituania	93,1	19,6	6,9	122,2	64,7	30,6	12,4	15,7	10,2	
Luxemburg	61,5	18,1	4,7	30,8	11,4	9,8	8,6	12,2	3,1	
Ungaria	132,2	45,3	13,5	104,3	53,0	19,8	9,5	17,1	6,7	
Malta	57,4	10,1	6,6	29,7	18,3	7,9	4,1	21,1	2,4	
Olanda	70,3	18,8	6,9	27,6	10,3	8,2	3,4	15,3	2,4	
Austria	64,4	16,7	5,3	31,3	17,2	10,8	6,3	11,6	3,3	
Polonia	93,1	27,3	7,4	84,8	27,1	15,4	11,4	12,5	7,5	
Portugalia	70,6	15,0	7,5	27,6	9,7	16,3	8,2	12,9	4,4	
România	100,4	26,6	7,7	115,9	49,2	10,5	14,0	14,4	13,4	
Slovenia	79,3	18,5	8,5	36,6	17,4	16,7	8,4	12,1	4,8	
Slovacia	91,1	18,9	9,9	89,2	47,4	9,8	8,8	11,5	7,3	
Finlanda	50,7	9,8	4,2	44,9	22,2	18,2	5,3	11,5	2,6	
Suedia	50,7	9,1	5,3	28,8	15,0	11,8	3,4	11,0	2,8	
M. Britanie	62,8	13,6	5,6	36,2	20,4	6,7	4,0	14,5	3,0	

(1) Franța și Italia, 2008, Belgia, 2005; (2) Neoplasm malign al laringelui, traheei, bronhiilor, plămânilor; (3) Neoplasm malign al laringelui, traheei, bronhiilor, plămânilor; (4) Cardiopatie ischemică; (5) Sinucidere și auto provocări de leziuni
Sursa: Eurostat, 2012b.

I. **Țările a căror primă cauză de deces este cancerul**, iar a doua cauză derivă din bolile aparatului circulator – din această categorie fac parte țările vestice și țările central europene.

II. **Țările a căror primă cauză de deces este generată de bolile aparatului circulator**, iar a doua cauză, de cancer – țările est europene. Bolile sistemului circulator includ acele afecțiuni corelate cu hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, dezechilibrul colesterolului și fumatul, cele mai frecvente cauze de deces fiind cardiopatia ischemică și afecțiunile cerebrovasculare.

Cea mai ridicată rată a mortalității din UE 27 din cauza *cardiopatiei ischemice* s-a înregistrat în țările baltice, Bulgaria, România și Ungaria (în toate aceste țări s-au înregistrat peste 100 de decese la 100.000 de locuitori în anul 2009), în timp ce în Olanda, Portugalia, Spania, Luxemburg și Franța s-au înregistrat cele mai scăzute (sub 50 de decese la 100.000 de locuitori). În România decesele provocate de bolile aparatului circulator și afecțiunile inimii au fost cele mai numeroase în anul 2009 – peste 165 la 100.000 de locuitori, aceasta constituind *cea mai importantă cauză de deces în țara noastră*.

Cancerul – a doua cauză de deces în UE 27 (în medie, 169 de decese la 100.000 de locuitori, în anul 2009). Ungaria, Slovenia, Slovacia, R. Cehă, Polonia, Letonia și Lituania au fost cele mai puternic afectate de această grupă de boli. Cele mai răspândite forme de cancer au fost cele maligne ale laringelui, traheei, bronhiilor, plămânilor și cancerul de colon. Bărbații au suferit mai mult decât femeile de asemenea afecțiuni, din cauza obiceiului de a fuma (Ungaria – cea mai ridicată rată a deceselor, urmată de Polonia, țările baltice, Belgia și România). În rândurile femeilor, cele mai ridicate rate ale mortalității din cauza cancerului s-au înregistrat în Danemarca și Ungaria.

În anul 2009, bolile aparatului circulator și cancerul au generat, de departe, cele mai frecvente cauze de deces în țările europene. Între anii 2000 și 2009, s-a înregistrat o reducere a ratelor mortalității din

cauza afecțiunilor ischemice ale inimii și din cauza accidentelor de circulație (cu peste 30%), iar numărul deceselor din cauza cancerului s-a redus cu 10%.

Cauze de deces externe. În această categorie sunt incluse *decesele cauzate prin sinucidere* și prin *accidentele de circulație*. Deși prin numărul relativ redus, sinuciderile pot să nu fie considerate o cauză majoră de deces, totuși, acestea constituie un indicator extrem de relevant al calității vieții. În anul 2009, cele mai ridicate rate ale sinuciderii s-au înregistrat în țările baltice (Lituania – 30,6 la 100.000 de locuitori, Letonia – 20,0), iar cele mai scăzute, în Grecia (2,9 la 100.000 de locuitori) și Cipru (3,5). *Din cauza accidentelor de circulație, cele mai numeroase decese s-au înregistrat în România (14,0 la 100.000 de locuitori) și în Grecia (13,3), iar cele mai puține – în Suedia, Olanda și Marea Britanie (sub 4 decese la 100.000 de locuitori).*

Rata mortalității în funcție de gen. În anul 2009, în țările UE 27 s-au înregistrat rate ale mortalității mai mari pentru bărbați decât pentru femei, pentru toate cauzele principale de deces (excepție bolile genului feminin). Decesele din cauza *afecțiunilor ischemice ale inimii* au fost de două ori mai numeroase pentru bărbați (110 decese pentru bărbați, respectiv 56 de decese pentru femei la 100.000 de locuitori). Ratele deceselor au fost de patru ori mai ridicate pentru bărbați din cauza *dependenței de droguri* și a *consumului abuziv de băuturi alcoolice*, și de trei ori mai ridicate din cauza *HIV/SIDA* și a *sinuciderii*. Incidența deceselor din cauza *bolilor cardiovasculare* a fost mai ridicată decât cea din cauza *cancerului* pentru ambele genuri în țările baltice, Slovacia și România, în Finlanda, acest fenomen înregistrându-se mai mult în rândurile populației masculine.

Rata mortalității în funcție de vârstă. Pentru populația sub vârsta de 65 de ani prima cauză de deces, ca importanță relativă, a fost *cancerul*, aceasta fiind urmată de *bolile aparatului circulator*, de *cauzele externe ale mortalității și morbidității* și de *afecțiunile aparatului digestiv*.

Tabel 3: Cauze majore de deces pentru persoanele de 65 de ani și peste – rata standardizată a mortalității la 100.000 de locuitori, în anul 2009, în țările UE 27

Țara	Cardio-patie ischemică	Afecțiuni cerebro-vasculare	Boli respiratorii	Cancer pulmonar	Cancer colorectal	Cancer de sân (femei)	Cancer de prostată (bărbați)
UE 27	568,8	397,4	326,0	201,2	120,4	102,4	167,3
Belgia	480,7	340,0	541,6	244,8	121,9	124,1	190,1
Bulgaria	755,6	1.310,2	204,8	137,7	126,8	87,5	133,8
R. Cehă	1.308,3	640,4	299,3	219,8	173,4	102,1	186,0
Danemarca	453,2	315,1	524,1	290,0	157,8	151,8	267,6
Germania	632,54	297,3	299,8	178,9	117,4	112,7	162,5
Estonia	1.535,9	485,2	129,2	188,1	133,9	92,2	301,6
Irlanda	759,0	324,2	583,0	247,4	132,5	133,6	220,7
Grecia	379,3	611,2	426,1	211,6	85,6	102,7	141,5
Spania	317,7	284,7	395,9	180,0	128,6	74,0	139,9
Franța	235,8	208,0	209,8	165,2	107,9	103,5	169,3
Italia	455,1	388,7	232,2	209,1	110,8	103,7	129,4
Cipru	458,4	301,4	311,7	144,5	64,2	88,4	143,3
Letonia	1.734,0	977,5	86,2	182,2	136,5	91,6	161,7
Lituania	2.250,2	895,8	197,9	178,1	142,3	93,1	241,1
Luxemburg	314,2	376,9	331,6	222,7	138,4	123,5	202,3
Ungaria	1.523,9	666,4	273,3	273,9	207,1	117,0	171,0
Malta	905,0	485,7	428,6	177,4	113,7	142,1	122,4
Olanda	306,1	266,9	426,3	267,8	135,8	119,5	207,8
Austria	749,4	263,2	216,2	160,8	105,6	113,8	174,3
Polonia	660,3	516,4	287,3	260,9	139,0	82,9	177,5
Portugalia	304,7	598,4	510,9	119,7	138,5	79,3	195,0
România	1.317,7	1.276,5	260,9	169,5	114,7	88,8	122,9
Slovenia	444,9	531,2	318,0	204,2	171,7	134,3	281,8
Slovacia	2.072,4	715,0	338,1	188,7	181,9	100,9	186,2
Finlanda	934,0	354,0	178,5	155,8	86,9	83,8	188,9
Suedia	639,0	325,7	239,1	155,0	113,7	84,0	271,3
M. Britanie	569,6	343,8	539,6	256,1	109,3	113,1	196,1

Sursa: Eurostat, 2012j.

Principalele cauze ale mortalității și morbidității din România

Prima cauză a mortalității populației din România o constituie *bolile aparatului*

circulator (accident cerebrovascular, infarct miocardic). În anul 2010, numărul deceselor de acest tip a fost în jur de 729 la 100.000 de locuitori.

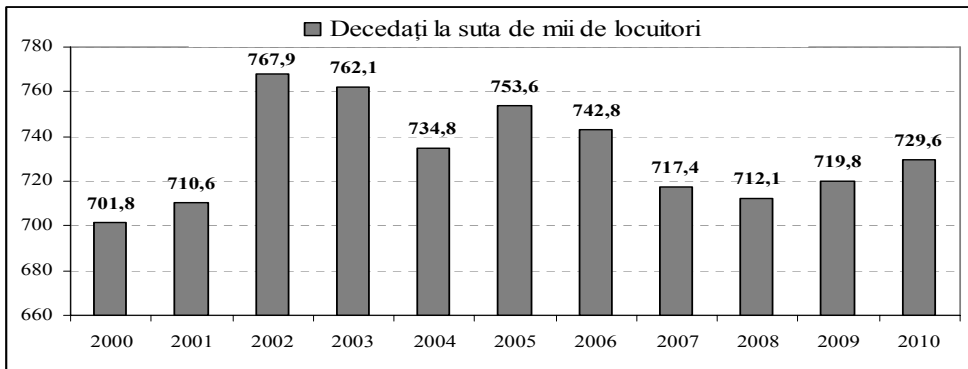


Figura 1: Decese din cauza bolilor aparatului circulator. Sursa: Culita L., 2012.

A doua cauză a mortalității românilor este generată de *diverse forme de cancer*. Incidența deceselor din cauza cancerului a crescut sistematic din anul 2000 până în 2010, ceea ce atestă că factorii de risc

specifci au devenit tot mai prezenți în viața românilor. În anul 2010, numărul deceselor din cauza cancerului a fost de 221,7 de cazuri la 100.000 de locuitori.

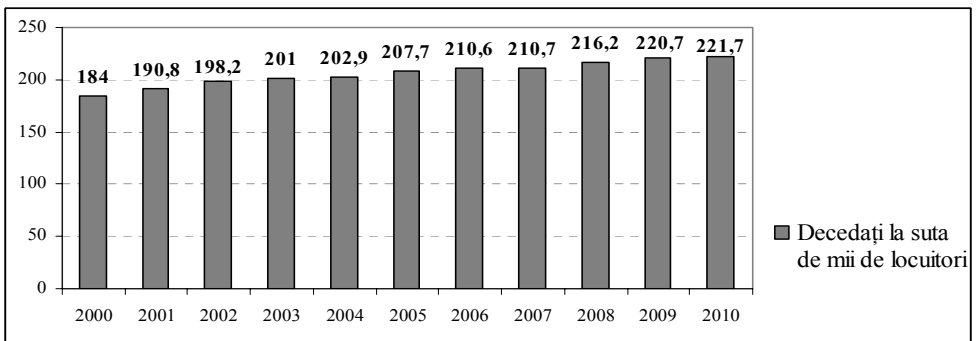


Figura 2: Decese din cauza tumorilor. Sursa: Culita L., 2012.

A treia grupă de afecțiuni ce determină decesul în rândurile populației din

România este cea a bolilor aparatului respirator.

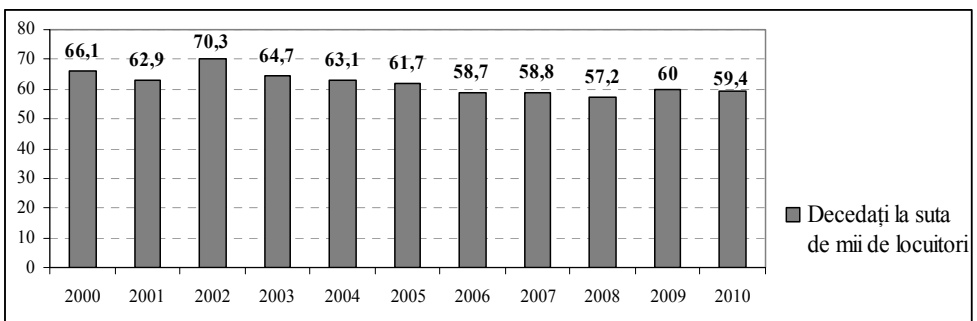


Figura 3: Decese din cauza bolilor aparatului respirator. Sursa: Culita L., 2012.

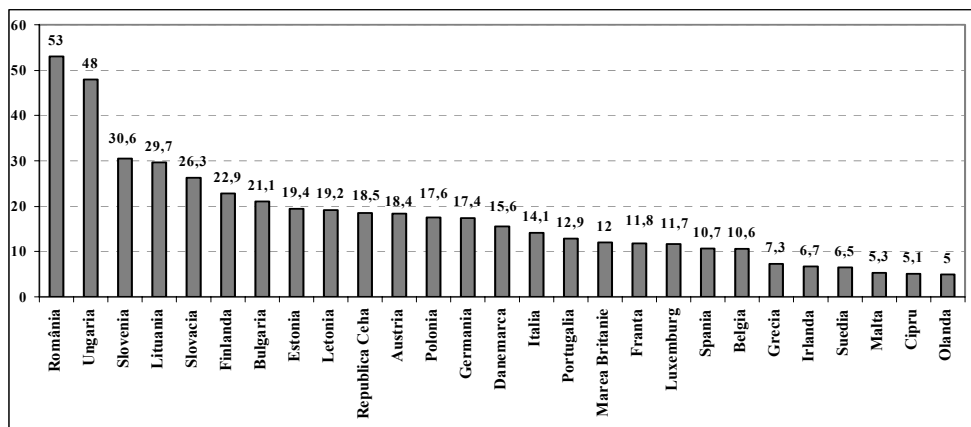


Figura 4: Decese la 100.000 de locuitori din cauza bolilor hepatice, în anul 2010.
Sursa: Cristescu A., 2011.

România este, de asemenea, țara cu cel mai mare număr de decese din cauza bolilor de ficat.

În România, rata mortalității din cauza bolilor de ficat este de 53 de persoane la 100.000 de locuitori, adică în anul 2010, în jur de 11.000 de români au murit din cauza bolilor hepatice.

Următoarele cauze principale de deces pentru populația din România sunt, în

ordine: traumatisme, otrăviri, boli ale sistemului digestiv, boli ale aparatului genitourinar, anomalii congenitale și tuberculoză.

Principalele boli infecțioase și parazitare din România. Tuberculoza a redevenit prima pe lista bolilor infecțioase din România, aceasta fiind urmată de sifilis și hepatită virală.

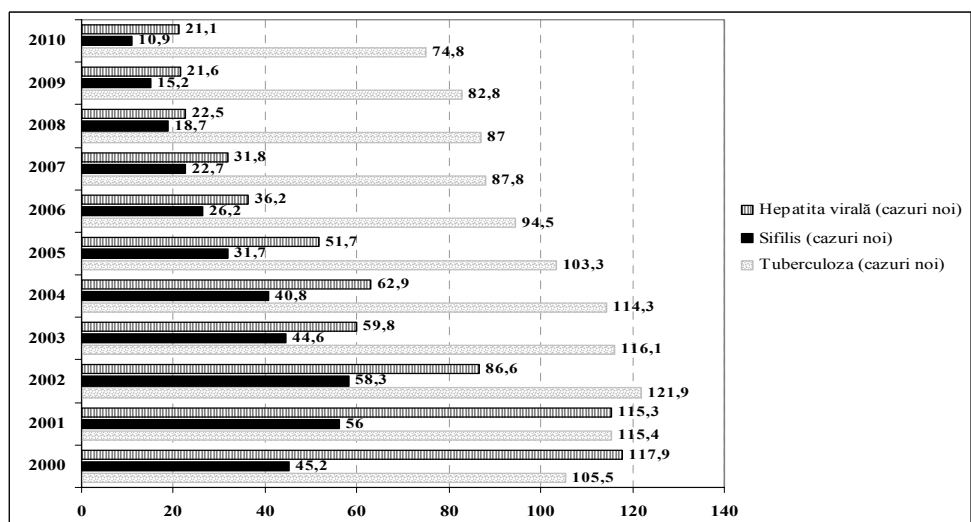


Figura 5: Incidența îmbolnăvirilor de tuberculoză, hepatită virală și sifilis la 100.000 de locuitori, în intervalul 2000-2010. Sursa: Culita L., 2012.

În anul 2010, în România, din cauza tuberculozei s-au produs 7,1 decese la 100.000 de locuitori, adică, au murit în jur de 1.500 de persoane. Rata deceselor din cauza tuberculozei situează România pe locul doi în UE după Lituania (8 decese la 100.000 de locuitori). Asemenea rate de deces din cauza tuberculozei sunt excesive – media europeană fiind de 1,6 decese la

100.000 de locuitori, în 17 din cele 27 de țări membre ale UE, rata deceselor fiind sub 1%. Problema este însă că datele din figura 5 reflectă doar cazurile cu acces la un medic, care au fost înregistrate.

Problema depistării bolilor cronice în România. Potrivit statisticii Eurostat, unul din cinci români suferă de o boală cronică.

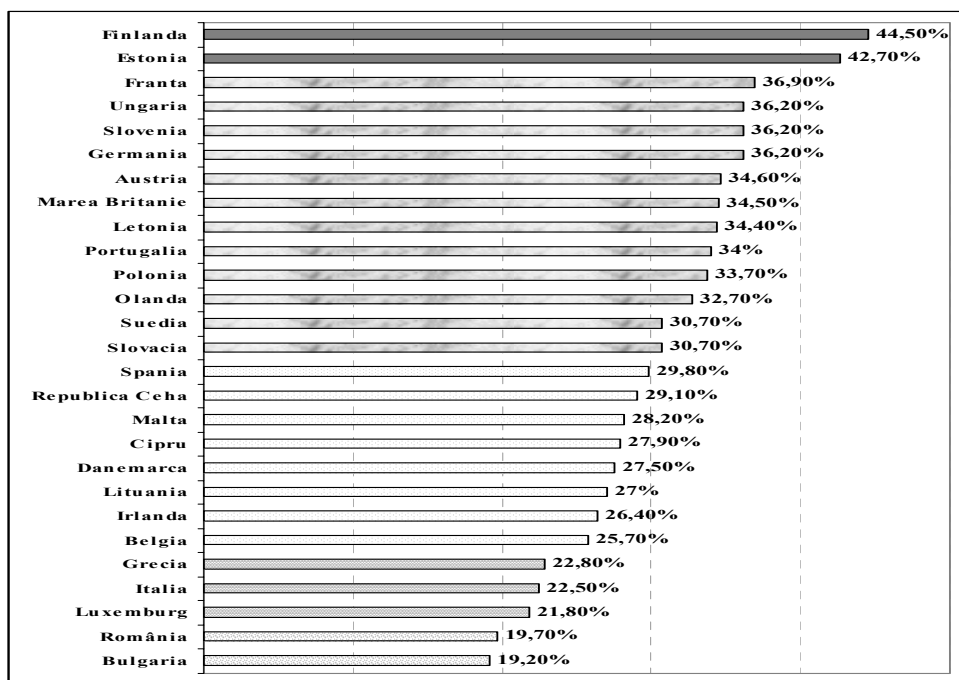


Figura 6: Bolnavii cronici în țările UE (% din populație).

Sursa: Cristescu A., 2012.

Mai precis, 19,7% dintre români suferă de o maladie pe termen lung, România fiind penultima dintre țările UE, la acest capitol. Aparent, România stă mai bine decât 25 din cele 27 de state ale UE. La nivelul UE 27, țările cu cei mai mulți bolnavi cronici par a fi Finlanda (44,5% din populație) și Estonia (42,7%) (Cristescu, 2012). Numai că *rata scăzută a bolilor cronice din România se explică prin aceea că, spre deosebire de popoarele vestice, dar asemenea altor popoare sud-est*

europene (bulgarii, rușii), românii nu efectuează, în număr prea mare, controale medicale periodice pentru a identifica afecțiunile de care suferă. Așa se explică faptul că, deși în România bolile cronice prezintă statistic o rată dintre cele mai scăzute, rata mortalității din cauza unor boli cronice (cardiovasculare) este dintre cele mai ridicate din UE. Românii, de regulă, accesează un medic doar în situații de rău extrem și nici atunci în toate cazurile. Iată cum se explică faptul că doar

5,8% dintre angajații din România suferă de o boală cronică, în timp ce media europeană este de 20%, și doar 4,1% dintre șomerii din România suferă de o afecțiune cronică, media europeană fiind de 30%.

Obezitatea și supraponderalitatea corporală. În Europa actuală, 6 din cei 7 factori majori de risc ce vizează decesul prematur – tensiunea arterială ridicată, nivelul ridicat de colesterol, supragreutatea corporală, aportul insuficient de fructe și legume, inactivitatea fizică și consumul abuziv de alcool – sunt corelați cu modul de hrănire și ponderea activităților fizice în bilanțul zilnic al activităților. Comisia Europeană a lansat, în anul 2007, în *Carta Albă a Sănătății* (CEC, 2007), o strategie a nutriției sănătoase, în vederea combaterii obezității, supragreutății și problemelor de sănătate corelate cu acestea.

În ultimul deceniu, ponderea populației supraponderale a crescut mult în statele UE 27, în prezent, mai mult de jumătate din populația europeană fiind supraponderală sau obeză. Obezitatea mărește semnificativ riscul bolilor cronice precum cele ale aparatului circulator, diabetul de tip 2, hipertensiunea arterială, afecțiunile coronariene ale inimii și anumite forme de cancer. O serie de probleme psihologice sunt asociate cu obezitatea, acestea determinând creșterea unor costuri sociale și a resurselor alocate sănătății publice. Ponderea populației obeze și supraponderale în 19 state membre ale UE, în anii 2008-2009, s-a situat între 36,9% și 56,7% pentru femei și 51% și 69,3% pentru bărbați. Pentru femeile și bărbații în vârstă de 18 ani și peste, ponderi mai reduse ale obezității, în același interval, s-au înregistrat în România (tot o problemă de înregistrare – 8,0% pentru femei și 7,6 % pentru bărbați), Italia (9,3% și 11,3%), Bulgaria (11,3% și 11,6%) și Franța (12,7% și 11,7%). Ponderea persoanelor supraponderale și obeze crește proporțional cu vârsta. Diferența medie între cele mai tinere și cele mai vârstnice grupe de vârstă este în jur de 44% pentru bărbați

și în jur de 53% pentru femei (Eurostat, 2012k).

Probleme ale accesului populației la serviciile medicale publice

Rezoluția nr. 58.33 din anul 2005 a Adunării generale OMS prevede *dreptul de acces al oricărei persoane la serviciile de sănătate, fără ca acest lucru să-i afecteze stabilitatea financiară*. Cu toate acestea, *plata directă a serviciilor medicale determină, la nivel global, intrarea în insolvență a aproximativ 150 de milioane de familii anual, iar nivelul de trai a peste 100 de milioane de persoane, din această cauză, ajunge să se situeze sub pragul sărăciei* (Țigăniuc, 2011). Dincolo de considerentele de ordin economic sau politic, *accesul la serviciile medicale publice indică gradul de civilizație al unei comunități sociale și măsura în care retorica privind drepturile sociale se confirmă sau nu în viața socială*. În această privință, statele UE, cu puține excepții, constituie un reper pentru restul lumii. Chiar și puținele state UE care au încă probleme serioase în privința accesului populației la serviciile medicale (România, Bulgaria sau Ungaria) stau ceva mai bine decât media la nivel mondial. În țările europene, marele discriminator nu este însă atât accesul în sine, cât *accesul la o calitate acceptabilă a serviciilor medicale*. Din acest punct de vedere, diferența dintre sudul/estul și nordul/vestul Europei este mai pronunțată decât decalajul dintre *nivelul mediu al ofertei și nivelul mediu al accesului populației la servicii*. Deși populațiile din multe țări UE pot aprecia prin diverse sondaje de opinie că, în general, **nu** se alocă suficienți bani finanțării sănătății publice, în realitate, *aproape toate țările acordă o importanță strategică sistemului de sănătate publică, alături de educația publică, asigurările sociale și*

protecția socială. Aceasta este o caracteristică europeană de mai multe decenii. Ca practică generală, accesul de tip universal al populației la serviciile medicale este reglementat în toate statele europene, cel puțin în limita unui pachet de servicii de bază – fără condiționare economică –, iar dincolo de acesta, fără impunerea unor eforturi economice destabilizatoare solicitanților eligibili sau asigurați ai sistemului. *România constituie o excepție între țările UE, din toate punctele de vedere* – în privința nivelului de finanțare al serviciilor medicale, a calității ofertei de servicii, a accesului populației la servicii și a consumului de medicamente. Cea mai consistentă parte a populației din România are acces la un *pachet minim de servicii medicale*, pe baza *contribuției la fondul de asigurări de sănătate* sau prin *dreptul conferit de lege anumitor categorii sociale cu venituri foarte mici sau fără venituri*. Dar beneficiarii de servicii nu cunosc structura pachetului minim și nici condițiile de acces la acesta, deoarece subiectul nu este popularizat. Pe de altă parte, faptul că „în jur de 42% dintre români suportă lipsuri materiale severe (media la nivel european fiind de 17%) contribuie masiv la polarizarea accesului la serviciile medicale. Unele estimări vorbesc despre *lipsa de acces la serviciile medicale* a populației din urban, în proporție de 15%, iar a celei din rural, în proporție de 40%, în timp ce *media lipsei de acces la nivel comunitar* (european) ar fi de 12% pentru urban și de 28% pentru rural (Ziare.com, 2012). Ponderea de 40% a populației rurale din România, fără acces la serviciile medicale, pare a se confirma și prin alte categorii de date. Cercetările privind standardul de viață al populației din România ale Institutului de Cercetare a Calității Vieții (Stanciu, 2011) atestă că, în ultimii ani, pentru 40% din populația rurală, existența precară a mijloacelor de transport în afara localității și costul acestora constituie o barieră insolvabilă din perspectiva accesului la serviciile medicale.

Nivelul de educație al persoanelor din categoria de vârstă 25-64 de ani, speranța de viață și venitul net pe gospodărie sunt evaluate de ONU și de UE prin *indicele dezvoltării umane* în profil regional. Ultimele 10 poziții din UE sunt ocupate de șapte regiuni din România, două din Ungaria și una din Bulgaria, jumătate dintre acestea prezentând și cel mai mic PIB pe locuitor (Ziare.com, 2012). *Asistența medicală primară*, teoretic, este oferită de *medicul de familie*, ales de beneficiar. Practic însă, pacienții accesează întâi *medicii specialiști* care, pentru internare, solicită ulterior trimiterea formală de la medicul de familie. Pacienții merg la medicii de familie doar în cazuri excepționale, când aceștia activează și în cadrul unui spital, sau când pacienții nu prea au de ales. În general, medicul de familie nu dispune de mijloacele clinice și materialele sanitare minime necesare pentru rezolvarea problemelor de medicină primară. Reformarea repetată și schimbările introduse în sistem nu au atenuat prea mult acest neajuns. Dimpotrivă, acestea au generat mereu costuri suplimentare, creșterea birocrăției, distorsiuni manageriale, întâzieri în reglementarea anumitor atribuții, circulație redundantă sau disfuncțională a fondurilor în sistem, asumarea de către sistem a unor riscuri sociale fără evaluarea urmărilor – toate acestea afectând, în cele din urmă, calitatea serviciilor și accesibilitatea. Deși schema de finanțare a sistemului național de servicii medicale s-a schimbat radical, acesta fiind susținut preponderent pe principiul asigurărilor și doar în mică măsură prin bugetul de stat, nu s-au schimbat prea mult regulile în privința eligibilității. În prezent, ca și în trecut, când sistemul era finanțat masiv de la bugetul de stat, multe categorii de populație pot solicita sistemul, fără a contribui la finanțarea lui. Prin Legea nr.145/1997, eligibilitatea este condiționată de *contribuția la fondul de asigurări* pentru cei ce realizează venituri peste un anumit cuantum, sau de *apartența la una dintre*

categoryile considerate asigurate prin lege fără a contribui financiar, după cum urmează: – copiii și tinerii până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi sau studenți și dacă nu realizează venituri proprii; – persoanele cu handicap, dacă nu realizează venituri și se află în îngrijirea familiei; – soțul, soția, părinții sau bunicii, dacă nu realizează venituri și sunt în întreținerea unei persoane asigurate; – persoanele nominalizate prin legi speciale: veteranii de război și văduvele veteranilor, eroii Revoluției din 1989, foștii persecutați politic etc.; – gravidele și lehuzele aflate în concediu de maternitate, părintele aflat în concediu pentru îngrijirea copilului sub 6 ani; – persoanele cu pedepse privative de libertate; – beneficiarii de ajutor social, în condițiile legii (Stănescu, 2004; Doboș, 2006).

Pe de altă parte însă, **introducerea asigurărilor sociale** a implicat reducerea accesului populației la serviciile medicale, în prezent, existând largi categorii de populație care nu beneficiază de altă asistență medicală, decât eventual, cea de urgență. Practic, măsura introducerii principiului asigurărilor, pornind de la premisa că baza socială a asiguraților va deveni cu timpul mult mai largă, s-a dovedit o măsură nerealistă. Iată de ce se poate pune problema oportunității introducerii unei asemenea scheme de finanțare a sistemului medical din România. În fond, *„nemulțumirile și așteptările populației, înainte de introducerea acestei scheme de finanțare, erau difuze și nelegate de un mod sau altul de funcționare a sistemului, ci de calitatea evident proastă a serviciilor medicale, iar nemulțumirile medicilor erau legate de salariile reduse și de condițiile dificile de muncă, de lipsa de materiale sanitare, dotări și utilități. Trecerea la noua schemă financiară a creat doar un nou mamut financiar consumator anual de resurse financiare importante, (CNAS, inclusiv ramurile județene), a cărui eficiență administrativă, raportată la costuri, este (cel puțin*

n.a.) discutabilă” (Doboș, 2006). Așadar, schimbarea formei de finanțare nu a adus resurse suplimentare în sistem, ci doar a complicat sistemul, a mărit risipa de resurse și birocrăția (tot ce înseamnă astăzi salarizarea Casei Naționale de Asigurări Medicale, plus casele județene, constituie o povară financiară ce nu era suportată de sistem înainte de anul 1997) și a restrâns accesul unui număr mare de potențiali beneficiari. În general, specialiștii din sistem se preocupă puțin spre deloc de înlăturarea inechităților multiple față de angajații sistemului și față de asigurați. *Haosul financiar din sistem* a micșorat dramatic accesul asiguraților la medicamentele compensate total sau parțial la care aveau dreptul. Din cauza dificultăților de recuperare de la stat a fondurilor convenite farmaciilor pentru acoperirea costului medicamentelor compensate, multe farmacii practică mărirea prețurilor medicamentelor mai solicitate, pentru a recupera măcar o parte din banii teoretic datorati de CNAS. Dar când unele condiții revin la normal (farmaciile recuperează banii de la CNAS), prețurile mărite ale medicamentelor persistă.

Mai sunt rromii o categorie socială cu probleme de acces specifice? Accesul la serviciile medicale publice al populației de rromi este o temă de analiză oarecum controversată. Publicațiile centrate pe evaluarea situației sociale a acestei etnii tratează divergent problema accesului la serviciile medicale. În anul 2009, a avut loc o cercetare internațională, desfășurată pe eșantioane naționale reprezentative, în cadrul proiectului *„Sănătatea și comunitatea rromă – analiză asupra situației din Europa”*, realizată în șapte state europene (România, Spania, Bulgaria, R. Cehă, Portugalia, Grecia și Slovacia), finanțată de UE, în *Programul de Sănătate Publică*. Eșantionul pentru populația rromă din România a cuprins 759 de gospodării și 2.616 respondenți. Unul dintre rapoartele de cercetare rezultate, privind starea de *sănătate a comunității de rromi*, bazat pe

autopercepția intervievaților, a relevat că rromii dispun de un *acces normal la serviciile sanitare*, că în majoritate, *merg la doctor și iau medicamente*. Rezultatele cercetării mai arată și că *nu ar exista o patologie specifică populației rrome*, deși s-a evidențiat o *distribuție inegală a unor simptome în funcție de gen* (femeile acuză mai frecvent dureri de oase, coloană vertebrală, articulații sau dureri în piept, iar la bărbați – probleme respiratorii, nervozitate, depresie, tulburări de somn). Un factor ce afectează sănătatea romilor este *consumul alimentar deficitar cantitativ și din perspectiva echilibrului principiilor nutritive*. Mulți suferă de malnutriție, avitaminoze, anemie, distrofie, rahitism și deficit staturo-ponderal. Rromii intervievați au declarat că *accesul și utilizarea serviciilor medicale sunt bune*: numai 2,8% din populația intervievată *nu a fost niciodată la medic*. Timpul mediu de realizare a accesului la o unitate medicală, rezultat din declarațiile celor care *au fost la medic* a fost de o jumătate de oră. Aproximativ 6,7% dintre cei care *nu au beneficiat de îngrijire medicală* din diverse cauze, au declarat că *nu au putut obține programare*. În general, *populația rromă este preocupată de starea proprie de sănătate*, dar există o rată mare de *autoadministrare a medicamentelor*: 62,7% dintre adulți au consumat medicamente în ultimele două săptămâni anterioare cercetării, dar *una din două persoane a procedat fără prescripție medicală*. *Situația economică precară* constituie totuși un impediment frecvent în ceea ce privește accesul la serviciile medicale și în populația de rromi: *unul din cinci subiecți care au avut nevoie de îngrijire medicală nu și-a putut-o permite din lipsă de resurse materiale*, iar alți 47% dintre subiecți nu au mers la doctor pentru că *nu aveau asigurare sau asigurarea nu acoperea serviciul necesar*. *O problemă deosebită o constituie participarea populației rrome la campaniile de imunizare a copiilor*. Mulți membri ai comunităților de rromi *nu cu-*

nosc importanța vaccinării copiilor. Rezultatele cercetării amintite indică și faptul că *unul din doi copii de etnie rromă nu este vaccinat (asta în condițiile în care, totuși, raportul efectelor bune vs. cele rele ale vaccinurilor asupra sănătății copiilor este tot mai contestat/controversat)*. Îngrijorătoare este și *frecvența relativ redusă a îngrijirii ginecologice* a femeilor rrome. În jur de 46,3% dintre femeile rrome *nu au fost niciodată la ginecolog* sau au *fost doar legat de sarcină sau naștere*. Din categoria femeilor cu vârste între 16 și 29 ani, 58,4% se aflau într-o asemenea situație (Wamsiedel, ș.a. 2009). Majoritatea populației rrome nu accesează informații despre *planificarea familială și modalitățile de protecție împotriva bolilor cu transmitere sexuală*, nu cunosc și nu respectă *regulile elementare de igienă*, deoarece mulți dintre ei *nu dispun de apă potabilă în casă sau de instalații sanitare*. Mulți dintre pacienții rromi *nu își cunosc drepturile și obligațiile privind asistența și asigurarea medicală*. Factorii care favorizează comportamentul discriminatoriu (pozitiv sau negativ) al personalului medical față de populația rromă sunt: - *lipsa actelor de identitate* care exclude persoana în cauză de la exercitarea majorității drepturilor sociale, inclusiv cel la asistență medicală gratuită sau cu înlesniri de plată, deoarece serviciile prestate nu pot fi înregistrate în evidențele contabile ale unităților prestatoare și deci nu pot fi decontate. Persoana aflată într-o asemenea situație, nu se poate înscrie pe lista unui medic de familie; - *nedeținerea calității de asigurat*; - *costurile formale și informale prohibitive ale asistenței medicale* pentru cei mai mulți dintre solicitanții de etnie rromă ai serviciilor publice; - *igiiena precară a pacienților*, ce determină unele reacții de discriminare din partea personalului medical. Pentru populația de rromi, *absența surselor de apă potabilă* constituie într-adevăr, o problemă socială deosebită. Lipsa accesului la o sursă de apă potabilă afectează însă în prezent unul din doi români și nu numai

populația rromă: „*Purtătorul de cuvânt de la Administrația Națională Apele Române, Ana Maria Tănase, a declarat că există o discrepanță foarte mare între marile orașe, care au în proporție de peste 90% o rețea de alimentare cu apă, și mediul rural care are un grad de racordare la rețelele de alimentare cu apă sub 30%.*” (România Liberă online, 2010). Totuși, lipsa ori calitatea precară a apei consumate de rromi (care trăiesc la periferia unor comunități, pe câmp ori în clădiri-ruine dezafectate) determină adesea nu numai manifestarea unor probleme de igienă personală, ci duce și la apariția unor maladii digestive sau infecțioase. *Problema igienei comunitare este extrem de presantă, mai ales în cazul comunităților (microgrupurilor) de rromi care trăiesc în vecinătatea rampelor de gunoi ale marilor orașe* (Stanciu, 2003).

Concluzii

La începutul acestui articol afirmam că, prin practicile medicale desfășurate în cadrul sistemului național de servicii medicale și, implicit, prin evoluția indicatorilor sănătății populației, România pare profund disociată de realitățile europene din domeniul ocrotirii sănătății publice. Statisticile prezentate în articol și nu numai, susțin, din păcate, faptul că deși de aproape două decenii, sistemul sănătății publice din România suportă diverse inițiative de reformare, efectele acestora au lăsat în urmă un sistem cu tot mai multe probleme și tot mai puțin performant. Aceasta se vede din toate clasificările performanțelor țărilor europene, în care este inclusă și România, țara noastră fiind situată sistematic în coada clasamentelor, ori foarte aproape de aceasta. Și aceasta în condițiile în care, indicatorii sănătății populațiilor europene atestă că în Uniunea Europeană, începând din anul 1970, performanțele sistemelor publice de servicii medicale au progresat con-

tinuu, fapt confirmat prin creșterea speranței de viață și a numărului de ani trăiți în sănătate de majoritatea populațiilor europene. În România, trendul respectiv a avut o amploare mult mai redusă, țara noastră înscriindu-se, în prezent, între țările cu cea mai precară stare de sănătate a populației din Europa. Două sunt cauzele majore de morbiditate și mortalitate din țările UE 27 – cancerul și bolile sistemului circulator. Și în România acestea sunt primele cauze de morbiditate și deces, cu precizarea că în țara noastră, prima cauză derivă din bolile aparatului circulator.

În România, restricțiile de acces la serviciile medicale pot apărea pe diferite criterii:

- *criteriul economic* – unele costuri ale actului medical ce revin în sarcina beneficiarilor (coplăți, costuri legate de tratamente și spitalizare, costuri de transport ș.a.) nu pot fi, ori sunt susținute cu mari dificultăți de aceștia, din cauza situației veniturilor în apropierea ori sub pragul de sărăcie;
- *distanța mare între rezidența beneficiarilor și sediul ofertei de servicii medicale* (adesea cu circumstanțe agravante datorită precarității extreme a sănătății bolnavilor), inclusiv pe fondul acoperirii (tot mai) deficitară a sistemului cu personal medical;
- *disparitățile calitative mari în privința ofertei de servicii* în profil teritorial și rezidențial;
- *problemele de statut ocupațional al beneficiarilor*, corelat cu eligibilitatea sau calitatea de asigurat al acestora;
- *criteriul accesului populației la informațiile relevante* – populația cu dificultăți de accesare a informațiilor utile privind oportunitățile de asistență medicală existente;
- *criteriul accesului la posibilități de locuire* (incluzând o sursă de apă curentă).

Asemenea caracteristici pot fi cumulative, în unele cazuri, unele dezavantaje

generându-se reciproc. Cel mai frecvent, între excluși se află: *famiile fără asigurare medicală ce dispun de venituri prea mici pentru a se asigura sau de venituri ocazionale, persoanele cu statut socio-economic incert sau în tranzit (pensionari de diverse categorii, încă fără decizie de pensionare, tineri care muncesc dar fără un statut cert de angajare în muncă ș.a.), familiile sărace din rural ori din alte zone, unde există oportunități reduse de solicitare a unor servicii medicale, unele persoane vârstnice fără venituri sau cu venituri foarte mici – în special foști cooperatori din rural, copii și tineri fără familie sau fără domiciliu stabil.*

Acoperirea riscului medical al populației sărace prin asigurări de sănătate ridică numeroase probleme într-o economie profund afectată de diverse stagii de criză, dispunând de un sistem de servicii medicale cronic subfinanțat, sabotat continuu prin lipsa de fluență a aprovizionării cu tehnică, medicamente și materiale sanitare, pus în mișcare de profesioniști ce consideră practicile corupte un *modus vivendi*. Pe de altă parte, criza financiară din sistem, agravată prin administrarea discreționară a resurselor existente, determină frecvent suspendarea acordării unor drepturi de tratament sau a unor servicii cu caracter gratuit stabilit prin reglementările în vigoare – pre-

cum efectuarea unor analize medicale de bază, utilizarea unor medicamente sau materiale sanitare în dispensare și policlinici, acordarea unor produse pentru copii, eliberarea unor medicamente pentru bolile grave. Cu motivații de ordin conjunctural, numeroși bolnavi grav (suferind de TBC, boli venerice, cancer, diabet ș.a.) nu beneficiază efectiv de medicație gratuită, deși legislația în vigoare permite acest lucru (Stanciu, 2003).

Așadar, contrar așteptărilor generale, performanțele sistemului medical național au avut mult de suferit în ultimii 20 de ani de reformă, acești ani echivalând, de fapt, cu cheltuirea unui volum mult mai mare de resurse economice (de aproximativ cinci ori mai mare comparativ cu începutul anilor '90), fără ca aceasta să atragă o creștere a calității serviciilor medicale și o stare a sănătății populației mai bună. În mod cert însă, a avut loc o reducere masivă a ofertei de servicii medicale relevante pentru populația majoritară (s-au dezvoltat serviciile finanțate în regim privat, dar s-au redus atât asigurarea cu personal de specialitate cât și numărul de spitale publice) și cu restrângerea accesului general la această categorie de servicii (excepție făcând, o parte din minoritatea roma, pentru care condițiile de acces s-au ameliorat sensibil).

Bibliografie

- Björnberg, A. (2012) *Euro Health Consumer Index*, Health Consumer Powerhouse.
- CNAS și MFP (2012) *MIND Research & Rating*.
- Comisia Prezidențială pentru Analiza și Elaborarea Politicilor din Domeniul Sănătății Publice din România (2008) Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului - Raport. Disponibil la http://www.presidency.ro/static/ordine/COMISIA_SANATA_TE/UN_SISTEM_SANITAR_CENTRAT_PE_NEVOILE_CETATEANULUI.pdf. Accesat în 30 mai 2012.
- Commission of the European Communities (CEC) (2007) WHITE PAPER ON A Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues. Disponibil la http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_en.pdf.
- Cristescu, A. (2011) Decese la 100.000 de locuitori din cauza bolilor hepatice, în anul 2010, în România, Țara cirozei, Econtext. Disponibil la <http://www.econtext.ro/dosar--2/analiza/romania-tara-cirozei-suntem-pe-primul-loc-in-ue-la-decesele-provocate-de->

- bolile-de-ficat-afla-cati-romani-mor-din-cauza-bolilor-hepatice.html. Accesat în 20 iulie 2012.
- Cristescu, A. (2012) *Câți bolnavi cronici are fiecare stat din Uniunea Europeană. Vezi pe ce loc surprinzător se plasează România*, Econtext, 15 Februarie, 2012. Disponibil la <http://www.econtext.ro/dosar--2/analiza/cati-bolnavi-cronici-are-fiecare-stat-din-uniunea-europeana-vezi-pe-ce-loc-surprinzator-se-plaseaza-romania.html>. Accesat în 10 ianuarie 2013.
- Culita, L. (2012) *Anul și ministrul: 10 statistici alarmante despre sănătatea din România*, 13 Mai 2012. Disponibil la <http://www.wallstreet.ro/slideshow/Social/131499/10-statistici-alarmante-despre-sanatatea-din-romania/5/de-ce-boli-mor-romanii-locul-2.html#anchor-of-navigator>. Accesat în 10 ianuarie 2013.
- Doboș, C. (2006) *Dificultăți de acces la serviciile de sănătate*, Calitatea Vieții, 1-2, 7-24.
- Elissen, A., Nolte, E., Knai, C., Brunn, M. et al. (2013) *Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approach*, BMC Health Services Research, March 26.
- European Commission (2003) *The health status of the European Union, Narrowing the health gap*, 12 decembrie 2004. Disponibil la http://ec.europa.eu/health/archive/ph-information/documents/health_status_en.pdf. Accesat în 10 ianuarie 2013.
- European Commission (2012) *Determinants of health, Public Health*. Disponibil la <http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/>. Accesat la 20 iulie 2012.
- Eurostat (2012a) *General government expenditure statistics*. Disponibil la http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/images/d/da/Total_general_government_expenditure_on_health_by_country%2C_2005-2009_%28%25_of_GDP_and_millions_of_euro_in_2009%29.PNG. Accesat în 14 decembrie 2012.
- Eurostat (2012b) *Healthy life years (HLY)*. Disponibil la http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics. Accesat în 5 aprilie 2013.
- Eurostat (2012c) *Healthcare statistics*. Disponibil la http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthcare_statistics. Accesat în 3 decembrie 2012.
- Eurostat (2012d) *Healthy life years statistics*. Disponibil la http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics. Accesat în 10 aprilie 2013.
- Eurostat (2012e) *Healthy Life Years (from 2004 onwards)*. Disponibil la http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/hly_en.htm#fragment2. Accesat în 30 ianuarie 2013.
- Eurostat (2012f) *Health policies*. Disponibil la http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_ro.htm. Accesat în 10 aprilie 2013.
- Eurostat (2012g) *Healthcare staff statistics at regional level*. Disponibil la http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthcare_staff_statistics_at_regional_level. Accesat în 10 aprilie 2013.
- Eurostat (2012h) *Healthcare statistics, Healthcare indicators, 1999-2009 (per 100 000 inhabitants)*. Disponibil la http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthcare_statistics. Accesat în 10 aprilie 2013.
- Eurostat (2012i) *Hospital beds, 1999-2009, per 100000 inhabitants*. Disponibil la [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Hospital_beds_1999-2009_\(per_100_000_inhabitants\).png&filetimestamp=20120514093740](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Hospital_beds_1999-2009_(per_100_000_inhabitants).png&filetimestamp=20120514093740). Accesat în 2 februarie 2013.
- Eurostat (2012j) *Statistics explained, Causes of death statistics*. Disponibil la http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics. Accesat în 10 aprilie 2013.
- Eurostat (2012k) *Overweight and obesity, in Healthy life years statistics*. Disponibil la http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics. Accesat în 10 ianuarie 2013.
- Garner, S., Mary, D., Sommer, J., Sharma, T. et al. (2013) *Reducing ineffective practice: challenges in identifying low-value health care using Cochrane systematic reviews*, *Journal of Health Services Research & Policy*, The Royal Society of Medicine Journals, January, 18, 1.

- Gheorghită, E. (2013) *Colegiul Medicilor din România către Ponta: 14.000 de doctori, pentru care statul a investit 3,5 miliarde euro, au plecat din țară*, Mediafax.ro. Disponibil la <http://www.mediafax.ro/social/colégiul-medicilor-din-romania-catre-ponta-14-000-de-doctori-pentru-care-statul-a-investit-3-5-miliarde-euro-au-plecat-din-tara-10615853>. Accesat în 28 februarie 2013.
- Guvernul României (2011) *Raportul din 31 martie 2011*, Lege Start.ro.
- Realitatea.net (2012) Situație alarmantă în România. Au rămas doi medici la 1000 de locuitori, 30 martie 2012, http://www.realitatea.net/situatie-alarmana-in-romania-au-ramas-doi-medici-la-1000-de-locuitori_928114.html. Accesat în 10 ianuarie 2013.
- România Liberă On line (2010) Unul din doi români nu are acces la apa potabilă, 19 iulie 2010. Disponibil la <http://www.romania-libera.ro/timpul-liber/fapt-divers/unul-din-doi-romani-nu-are-acces-la-apa-potabila-194142.html>.
- Stanciu, M. (2003) *Premise actuale de excluziune, în domeniul asistenței medicale*, Calitatea Vieții 1, 1-10.
- Stanciu, M. (coord.) (2011) Efecte ale crizei economice asupra standardului de viață al populației din România, Raport de cercetare, Arhiva ICCV, Academia Română.
- Stănescu, A. (2006) *Asigurarea accesului nediscriminatoriu la serviciile de sănătate*, raport nepublicat, 2004, preluare din Doboș Cristina, op.cit.
- Țigăniuc B. (2011) Perspective privind finanțarea sănătății în România, *Viața Medicală*, 14 Ianuarie. Disponibil la http://www.viata-medicala.ro/articleID_2706-dArt.html.
- Veress, R. (2012) *Îndemnul lui Bănescu a dat roade. România rămâne cu cei mai puțini medici din UE!*, Jurnalul. Disponibil la <http://www.jurnalul.ro/observator/numar-medici-romania-ue-614148.htm>. Accesat în 30 mai 2012.
- Wamsiedel, M., Jitariu, C., Barbu, S. și Cnab, T. (2009) Sănătate și Comunitatea Roma: Analiză asupra situației din România, Romani CRISS – Centrul Romilor pentru Intervenție Socială și Studii.
- WHO Regional Office for Europe (2012) *European Health for All Database*. Disponibil la www.data.euro.who.int/hfad/. Accesat în 14 decembrie 2012.
- Ziare.com (2010) *40% dintre români nu au acces la serviciile medicale de baza - raport*, 19 noiembrie 2010, Ziare.com. Disponibil la <http://www.ziare.com/articole/raport+ue+venituri+romani>. Accesat în 10 ianuarie 2013.
- Ziare.com (2012) Unul din doi români nu are acces la apă potabilă, 19 iulie 2010. Disponibil la <http://www.ziare.com/social/administratia/unul-din-doi-romani-nu-are-acces-la-apa-potabila-1030091>. Accesat în 10 ianuarie 2013.

Primit la redacție: martie, 2013