

ACCESIBILITATEA SERVICIILOR DE ÎNVĂȚĂMÎNT ȘI ASISTENȚĂ MEDICALĂ — DIMENSIUNE A CALITĂȚII VIETII

ANDREI NOVAK

The accesibility of the above-mentioned services is approached from the viewpoint of some indicators defining the fair distribution of factors — which create the prerequisites — and, also, of those outlining the proper accesibility. The paper offers the computational algorithm of the indicator concerning the ensurance with human means (IARU) and an application of it in the field of health care.

Formarea cererii, și modul de satisfacere a acesteia, pentru serviciile de învățămînt și asistență medicală prezintă particularitățile ce vor fi prezentate în continuare. De asemenea, considerînd că unul din cele mai importante criterii de evaluare a calității serviciilor sociale îl constituie *accesibilitatea*, adică șansa egală oferită tuturor indivizilor de a beneficia de aceste servicii, se va prezenta metodologia de calcul și aplicația în domeniul medical a indicatorului de asigurare cu resurse umane.

1. În ce privește *învățămîntul*, în mod ideal, necesarul social sau oferta socială și cererea individuală ar trebui să concorde; în realitate însă cererea nu se identifică în întregime și în mod spontan cu oferta. E. FAURE face următoarele observații¹:

— corelația dintre necesar și cerere este departe de a asculta întotdeauna de o armonie naturală;

— se pot produce dezechilibre atît într-un sens cît și în celălalt: dacă este adevărat că în numeroase țări nevoile preced și întrec cererea există altele în care cererea depășește nevoile;

— peste tot, sau aproape peste tot, chiar și acolo unde echilibrul global între cerere și nevoie poate părea în ansamblu satisfăcător există neconcordanțe în numeroase sectoare;

— indiferent de inegalitățile ritmului lor de creștere și de discrepanțele care rezultă, creșterea nevoilor și a cererii de educație este în orice caz foarte mare. Efectele acestei evoluții se manifestă aproape pretutindeni în lume sub forma unei creșteri masive a efectivelor școlare, a unei tendințe continue de prelungire a studiilor, a folosirii crescînde a mijloacelor de formare extrașcolare, a sporirii neîncetate a părții din resursele naționale consacrate educației.

¹ E. FAURE (red.), *Apprendre à être. Rapport de la Commission*, Faure Fayard UNESCO 1972.

Cererea de educație crește constant, elevii de un anumit nivel tind spre nivelul superior, aspirația generală a părinților fiind de a da copiilor o educație superioară celei pe care au primit-o ei. Explicând astfel presiunea fără precedent a cererii de educație la toate nivelurile și sub toate formele trebuie reținut că aceasta nu se exercită egal în toate țările ei se diferențiază în funcție de durata școlarizării obligatorii și de condițiile socio-economice generale. Astfel, dacă în cazul țărilor în curs de dezvoltare cererea de educație rămâne pronunțată la nivelurile primar și secundar, în regiunile dezvoltate (America de Nord, Europa, Japonia) ea se manifestă mai ales la nivelurile secundar și superior.

2. În ce privește asistența *medicală*, ea urmare a unei „ignoranțe” a consumatorului care îl face pe acesta mai dependent de producătorul de servicii, formarea cererii are loc pe trei căi :

- pe baza nevoilor resimțite de individ sau de colectivitate în funcție de starea de sănătate ;
- pe baza acțiunilor de depistare organizate de producătorul de servicii ;
- sub influența obiectivelor de politică sanitară, a programelor de sănătate, a sistemului de educație sanitară.

Deci cererea și, pe această bază, proiectarea corectă a necesarului de servicii presupun utilizarea unui sistem organizat de depistare în masă a nevoilor de asistență medicală și de informare la un nivel accesibil maselor.

În acest sens OMS grupează în trei categorii examenele de sănătate de masă :

- în scop preventiv și curativ realizate pe grupe de populație pentru depistarea în stadii precoce a bolilor cronice sau a celor supuse unui risc ;
- pentru cunoașterea nivelului și dinamicii stării de sănătate a populației ;
- în scopuri terapeutice imediate, pe grupe de populație bine determinate, supuse unui risc crescut.

Dacă a doua categorie are asigurată reprezentativitatea prin însuși demersul metodologic iar cea de-a treia se referă la anumite grupe de populație, examenele de sănătate în scop preventiv și curativ trebuie să se adreseze în mod egal și să se organizeze astfel încât să faciliteze accesul tuturor categoriilor de populație.

3. Accesibilitatea populației la unul sau altul din serviciile sociale îmbracă următoarele două forme :

3.1. *permisivitatea* populației la serviciul respectiv (sau la unul din subsistemele sale) răspunzând la întrebarea CIT oferă societatea serviciului respectiv și, pe această bază, cât oferă acesta populației. Se utilizează indicatori de asigurare și de cuprindere la nivelul întregii populații ;

3.2. *accesibilitatea propriu-zisă* a diferitelor categorii ale populației la aceste servicii răspunzând la întrebarea CUM sint oferite serviciile adică **ÎN CE MĂSURĂ OFERTA ESTE REPARTIZATĂ POPULAȚIEI ÎN MOD ECHITABIL**, deci dacă serviciile nu defavorizează, într-o măsură mai mare sau mai mică, unele grupuri sau colectivități umane.

Accesibilitatea este abordată în două moduri :

— prin indicatori care măsoară repartizarea echitabilă a factorilor și condițiilor ce creează premisele accesibilității (ex. : numărul elevilor ce revin unui profesor, numărul populației ce revine unui medic ș.a. pe județe, pe urban/rural ș.a.) ;

— prin indicatori care măsoară accesibilitatea diferitelor categorii de populație (ex. : proporția celor admiși în învățământul superior din totalul candidaților proveniți din diferite categorii socio-profesionale, din diferite medii sociale ș.a.).

Așadar unul și același indicator (de ex. : numărul locuitorilor ce revin unui medic) reflectă permisivitatea atunci când este calculat la nivelul întregii țări sau reflectă accesibilitatea atunci când este calculat la nivel teritorial, pe medii sociale ș.a.

4. Astfel, în ce privește *gradul de asigurare a populației școlare* cu personalul didactic corespunzător, ceea ce constituie o premisă de bază a asigurării șanselor de succes școlar, se constată un *decalaj de asigurare* de 1,57 pentru învățământul preșcolar, de 1,67 pentru învățământul primar și gimnazial și 1,74 pentru învățământul liceal, decalaj manifestat între cel mai favorizat și cel mai defavorizat județ. Aceste decalaje se referă la nivelul raportului dintre numărul elevilor și cel al profesorilor adică la numărul elevilor ce revin unui profesor. Desigur că această defavorizare a unor județe față de altele se poate manifesta la un nivel ridicat sau la un nivel scăzut. Din păcate pentru noi, nivelurile naționale ale acestor indicatori de asigurare sînt de 1,29—1,14—1,67 ori mai defavorabile față de nivelurile medii europene și de 1,51—1,17—1,56 ori față de nivelurile medii înregistrate în țările foste socialiste (pentru învățământul preșcolar, primar și gimnazial și, respectiv, cel liceal). Adăugînd acestor indicatori strict cantitativi și pe cei referitori la calitatea pregătirii profesionale a personalului didactic din mediul rural precum și alți indicatori de asigurare putem spune că accesibilitatea, mai ales în ce privește învățământul superior, este departe de a avea asigurate toate premisele așteptate. Astfel, cercetări mai vechi — dar care vor fi reactualizate — referitoare la cererea individuală de educație arată mari discrepanțe între ponderile celor admiși în funcție de mediul social sau de categoria socio-profesională. În ce privește învățământul superior diferă atît cererea — candidații din București și din orașele mari solicită în proporție de 75%, cei din orașele mici, de 60%, iar cei din mediul rural 50% — cît și satisfacerea acesteia — 51% din candidații proveniți din București și orașele mari, 38% din cei proveniți din orașele mici și 28% din cei proveniți din mediul rural.

Această situație este parțial reflectată de ultimele statistici oficiale care arată că în anii universitari 1987/'88—1990/'91 studenții proveniți din municipii și orașe au avut o pondere de 77—78% în timp ce studenții proveniți din mediul rural au reprezentat doar 22—23%. Cercetările viitoare vor trebui să reflecte atît gradul de accesibilitate a tuturor categoriilor populației la diferitele trepte de învățămînt cît și echitatea repartiției factorilor și condițiilor care influențează semnificativ această accesibilitate.

5. În ce privește *accesibilitatea populației la asistență medicală*, analizată prin prisma asigurării echilibrate a tuturor județelor cu personalul medical, se constată discrepanțe, raporturile de defavorizare fiind de 1,93

în ce privește numărul locuitorilor ce revin unui medic (între cel mai bine și cel mai slab asigurat județ), de 2,6 în ce privește numărul locuitorilor ce revin unui medic stomatolog, tot 2,6 în ce privește numărul locuitorilor ce revin unui farmacist și 2,2 în ce privește numărul locuitorilor ce revin unui cadru mediu sanitar.

Aceste dezechilibre există în condițiile în care nivelul național al primilor trei indicatori este mai defavorabil de 1,4—1,87—1,56 ori față de nivelul mediu european și de 1,35—1,56 și respectiv 1,26 ori față de nivelul mediu înregistrat în țările foste socialiste (în ce privește nivelul indicatorului referitor la numărul populației ce revine unui cadru mediu sanitar în România, acesta este mai bun decît nivelul mediu european dar înregistrează o defavorizare de 1,08 ori față de nivelul mediu din țările foste socialiste).

6. Pornind de la formula indicatorului dezvoltării umane (IDH) utilizat de ONU¹ pentru ierarhizarea țărilor membre am elaborat un indicator de asigurare cu resurse umane denumit IARU :

— în locul utilizării abaterilor individuale (X_i) față de una din valorile extreme (X_{max} sau X_{min}) și a amplitudinii ($X_{max} - X_{min}$), IARU se bazează pe valorile normate $\left(Z = \frac{\bar{x} - X_i}{D} \right)$ asigurîndu-se astfel, din punct de vedere statistic, o mult mai mare stabilitate și reprezentativitate a datelor obținute (acestea nu mai sînt influențate doar de valorile extreme care, de multe ori, pot da o imagine falsă asupra întregii serii de date);

— pentru a stabili atît locul (ierarhia) cît și progresul înregistrat de fiecare subiect (în cazul nostru de către județe) în perioada cuprinsă între momentul zero (anul de bază cu care se face comparația) și momentul actual s-au utilizat pentru fiecare Z (deci pentru fiecare variabilă) cîte o singură medie și o singură abatere medie pătratică valabile pentru toate valorile individuale corespunzătoare ambilor ani analizați (cel de bază și cel actual).

S-a folosit următorul algoritm de calcul :

— pentru fiecare județ se calculează numărul locuitorilor ce revin unui medic (X_1), unui stomatolog (X_2), unui farmacist (X_3) și unui cadru mediu sanitar (X_4), atît pentru anul de bază cît și pentru cel actual;

— se calculează valorile medii ($\bar{X}_1 \dots \bar{X}_4$) valabile ambelor șiruri de date (anul de bază și anul de referință) ale fiecăruia din cei patru indicatori;

— se calculează dispersiile (D^2) și apoi abaterile medii pătratice (D) corespunzătoare celor patru variabile :

$$D^2 = \frac{\sum (X_i - \bar{X})^2}{n} \quad \text{și} \quad D = \sqrt{D^2}$$

— se calculează pentru fiecare județ, fiecare an și fiecare variabilă valorile :

$$Z = \frac{\bar{X} - X_i}{D}$$

¹ Rapport mondial sur le developpement humain 1991, PNUD, Paris.

Valorile indicatorului de asigurare cu resurse umane (IARU) în anii 1970 și 1989

Nr. crt.	Județul	IARU ₁	IARU ₀	Δ
1.	Cluj	1,26	0,60	0,66
2.	Mureș	1,21	0,14	1,07
3.	Hunedoara	1,19	0,40	0,79
4.	Timiș	1,14	-0,07	1,21
5.	Bihor	1,11	0,04	1,07
6.	Covasna	1,07	-0,09	1,16
7.	Alba	1,05	-0,35	1,40
8.	Municipiul București	1,00	1,12	-0,12
9.	Sibiu	0,97	0,20	0,77
10-11.	Arad	0,95	-0,29	1,24
	Vilcea	0,95	-0,40	1,35
12-13.	Constanța	0,88	0,21	0,67
	Iași	0,88	-0,37	1,25
14.	Brașov	0,85	0,69	0,16
15.	Mehedinți	0,81	-1,05	1,86
16.	Harghita	0,79	-0,09	0,88
17-18.	Maramureș	0,75	-0,07	0,82
	Prahova	0,75	0	0,75
19.	Brăila	0,72	-0,90	1,62
20.	Caras-Severin	0,71	-0,18	0,89
21.	Argeș	0,68	-0,28	0,96
22.	Bistrița-Năsăud	0,66	-1,31	1,97
23.	Doj	0,62	-1,03	1,65
24.	Sălaj	0,60	-1,39	1,99
25.	Bacău	0,58	-0,85	1,43
26.	Gorj	0,54	-1,21	1,75
27.	Satu-Mare	0,52	-0,48	1,00
28.	Neamț	0,50	-1,24	1,74
29-30.	Galați	0,46	-0,31	0,77
	Ialomița	0,46	-2,04	2,50
31.	Buzău	0,40	-1,49	1,89
32-33.	Imbovița	0,37	-0,98	1,35
	Teleorman	0,37	-1,65	2,02
34.	Vrancea	0,30	-1,40	1,70
35 ¹	Suceava	0,28	-1,21	1,49
36.	Oh	0,10	-2,11	2,24
37.	Călărași	-0,04	-0,22*	0,18
38.	Giurgiu	-0,05	-0,56*	0,51
39.	Botoșani	-0,06	-2,35	2,29
40.	Tulcea	-0,19	-1,63	1,44
41.	Vaslui	-0,49	-1,47	0,98

* valabil pentru anul 1985.

— se însumează, la nivelul fiecărui județ și pentru fiecare din cei doi ani, valorile lui Z (am optat în acest caz pentru o medie aritmetică neponderată);

— se împart valorile astfel obținute la numărul variabilelor (în acest caz la patru) obținându-se pentru fiecare județ câte două valori: IARU₀ și IARU₁ corespunzătoare celor doi ani analizați;

— se ierarhizează județele, descrescător, în funcție de valorile lui IARU₁;

— prin diferența $IARU_1 - IARU_0$ se obține progresul (sau regresul) înregistrat de fiecare județ în perioada analizată.

Astfel calculat*, indicatorul de asigurare cu resurse umane are pentru anul 1989 valori cuprinse între 1,26 (jud. Cluj) și - 0,49 (jud. Vaslui) adică o amplitudine de 1,75 în timp ce pentru anul 1970 valorile sînt cuprinse între 1,12 (municipiul București) și - 2,35 (județul Botoșani) adică o amplitudine de 3,47.

Reducerea amplitudinii — cu toate carențele ei statistice — reflectă o mai mare omogenizare a județelor în ce privește asigurarea cu resursele umane, „împrăștierea”, adică defavorizarea fiind de aproape două ori (1,98) mai redusă în prezent față de acum douăzeci de ani.

În ce privește progresul înregistrat se constată că exceptînd municipiul București (care a regresat de la 1,12 la 1 coborînd astfel de pe locul 1 pe locul 8) celelalte județe au înregistrat progrese — exprimate în valori normate Z — cuprinse între 0,16 (județul Brașov) și 2,5 (județul Ialomița).

* Se reamintește că în cazul județelor Călărași și Giurgiu, inexistente în 1970, au fost utilizate valorile corespunzătoare anului 1985. Acest artificiu nu influențează decît în mică măsură valorile \bar{X} și D dar afectează, evident, progresul acestor județe în comparație cu celelalte.