

# DIFICULTĂȚI DE ACCES LA SERVICIILE PUBLICE DE SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA

CRISTINA DOBOȘ

**A**ccesul la serviciile de educație și de sănătate este considerat un drept fundamental al individului, în toate țările civilizate. În ciuda acestor drepturi statuate în conformitate cu principiile umane moderne, toate sistemele de sănătate și educație europene au unele dificultăți în acoperirea întregii populații cu servicii. În România, sărăcirea populației ca și disfuncții ale sistemelor educațional și medical au generat o serie de forme de excluziune socială de la aceste servicii specifice țărilor cu probleme de infrastructură și populație cu un standard de viață scăzut.

Articolul de față își propune o analiză a problemelor de acces ale populației din România la sistemul medical public. Mă interesează care sunt factorii care limitează acest acces și, prin urmare, și identificarea populației cu probleme de acces. Diagnozele sunt bazate pe analize secundare de date existente la acest moment, ca și pe opinii ale specialiștilor români în politică sanitară. Prezint, de asemenea, date ale Eurobarometrului, colectate în 2002, pentru țările Uniunii Europene și candidate la Uniune, în ceea ce privește accesul la facilități sanitare, putând vedea unde se află România în context european, din acest punct de vedere.

## ACCESUL LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE – UNUL DINTRE OBIECTIVELE TUTUROR SISTEMELOR MEDICALE PUBLICE DIN EUROPA

Pentru țările incluse în Uniunea Europeană, cât și pentru cele pe cale de a adera la Uniune, accesul la serviciile de sănătate este statuat la nivel legislativ și garantat în Carta drepturilor fundamentale ale Uniunii Europene, articolul 33: „oricine are dreptul la accesul la serviciile medicale preventive și dreptul de a beneficia de tratament medical” (*Health and care in an enlarged Europe*, 2003, pg. 1).

Alături de alte câteva obiective (libertatea de opțiune pentru furnizori și beneficiari, utilizarea eficientă a resurselor existente la un moment dat în sistem), accesul echitabil și cât mai larg la un pachet definit de servicii se numără printre obiectivele urmărite de fiecare sistem sanitar. Însă în prezent, la nivel mondial, nici un sistem sanitar nu poate atinge simultan toate obiectivele propuse la un nivel maximal. Maximizarea unui obiectiv duce la descreșterea atingerii altuia. Deciziile de politică sanitară sunt cele care hotărăsc tipul de organizare a sistemului spre maximizarea unuia sau altuia dintre obiective, în funcție de tradiția și ideologia fiecărui stat.

Analizând sistemele de sănătate europene, spre deosebire de Statele Unite, se poate spune că: „sănătatea este considerată la nivel european un drept social, la care trebuie să aibă acces toți cetățenii, față de SUA, unde sănătatea este mai ales un bun individual, la care pentru a accede trebuie să poți plăti costurile necesare” (C. Vlădescu (coord.), 2004, pag. 5).

În general, o libertate ridicată de alegere pentru diverse dimensiuni ale serviciilor 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 și, care, în ciuda investiții pronunțate de către stat în sănătate (cheltuieli de 14% din PIB pentru sănătate), are 35 de milioane de cetățeni care nu au asigurare și nu beneficiază de servicii medicale. Prin urmare, acoperirea într-un astfel de sistem este redusă, în ciuda investiții masive a statului în serviciile de sănătate. Un alt tip de model este cel britanic, în care accesul la serviciile medicale este crescut, existând și echitate crescută, ele fiind însă însoțite de o limitare a opțiunilor, a libertății de alegere. Sistemul britanic este printre sistemele puțin costisitoare din UE, dar există lungi liste de așteptate pentru intervenții (peste un milion de pacienți sunt pe listele de așteptare) (C. Vlădescu (coord.), 2004). Populația Europei este într-un proces de îmbătrânire, iar tehnologiile și medicamentele noi sunt costisitoare, ambii factori determinând costuri tot mai mari pentru sistemele de sănătate europene. La nivelul tuturor sistemelor de sănătate europene se discută, de aceea, despre direcții de reformare a acestora, datorită presiunilor fiscale accentuate pe parcursul anilor. Se pun probleme asupra unor noi surse financiare, asupra unui management cât mai eficient al acestora sau asupra unor modalități alternative de organizare a serviciilor.

Dincolo de drepturile statuate legislativ, dificultăți de acces există și în țările europene vestice, dar ele sunt mai mari în țările foste comuniste, așa cum arată datele *Eurobarometrului* din 2002. În ciuda problemelor, într-o privire de ansamblu asupra sistemelor europene se poate spune că obiectivul accesibilității serviciilor de sănătate este îndeplinit într-un grad satisfăcător, atât în vestul cât și în estul Europei (*Health and care in an enlarged Europe*, 2003).

Problemele de calitate a serviciilor și sustenabilitate financiară ale sistemelor din est sunt mai acute ca dificultăți decât problema acoperirii populației cu servicii. Măsura accesului la servicii este un element al echității și solidarității sociale și o măsură a dreptului de care beneficiază cetățeanul care își plătește taxele către furnizor (în cazul României, cotizația de asigurări de sănătate); importantă este însă măsura în care serviciile oferite sunt de calitate, și nu doar dacă ajung la beneficiar. Din acest punct de vedere al calității, diferența est-vest este mai mare decât din punctul de vedere al acoperirii cu servicii, relevă același raport *Health and care in an enlarged Europe*.

Diferențele între vest și est în ceea ce privește ratele de morbiditate și ratele morbidității prin boli evitabile au apărut treptat, începând din anii '70. Aceasta s-a datorat prezenței în vest, dar nu și în țările comuniste a noilor tehnologii și medicamente, a unei finanțării mai accentuate a sistemelor sanitare.

Deși accesul la servicii era larg cuprinzător în statele comuniste care ofereau tuturor celor angajați acces la sistemul medical, lipsa medicamentelor, lipsa tehnologiei medicale pentru investigații și tratament, deteriorarea unităților medicale, plata informală către medici au avut o influență negativă asupra calității și echității serviciilor și, în final, asupra stării de sănătate a populației. Speranța de viață la naștere în România a fost una dintre cele mai scăzute în regiune, iar rata mortalității infantile și materne, foarte ridicată față de celelalte țări europene.

Aceste rate pentru țările din Europa centrală și de est au început să se îmbunătățească din a doua jumătate a anilor '90, însă unele dintre țări, precum România au făcut progrese mai mici decât vecinele lor. Tranziția a adus rezolvarea unor probleme și a creat altele noi: a crescut accesul la noi forme de tratament, medicamente și tehnologii vestice, prin deschiderea granițelor, dar și accesul la tutun, droguri, produse alimentare de proastă calitate sau cu mulți aditivi, a crescut libertinajul sexual crescând astfel și numărul de îmbolnăviri prin boli sexuale.

În vest, accesul la aceste produse a fost gradat, crescând conștientizarea riscurilor, crescând cumulat și proporția populației educate, astfel că programele sociale pentru un stil de viață sănătos, educația, și bunăstarea materială au dus la un comportament critic al populației față de unele tipuri de produse. În contrast, în țările central și est Europene, accesul a fost brusc și corelat cu sărăcia, stresul, problemele de adaptare cauzate de schimbarea vechii ordini economice, sociale și politice cu care erau obișnuiți oamenii, iar apariția programelor de educare pentru prevenire, informare și formare a unui stil de viață sănătos întârziată, în fața creșterii consumului de alcool, tutun, droguri, produse alimentare nesănătoase, libertinajului sexual. De asemenea, nivelul de dezvoltare economic din România a determinat în ultimii 15 ani pentru grupurile sărace prezența unor elemente care au influențat negativ starea de sănătate a acestor grupuri: o alimentație insuficientă sau dezechilibrată, condiții mizere de locuit, lipsa unor condiții elementare de igienă. Toate acestea au contribuit la starea actuală proastă de sănătate a populației din România și nu numai problemele de calitate, acces sau echitate ale sistemului medical românesc (*Health and care in an enlarged Europe*, 2003).

## **PROBLEME DE ACCES ÎN ROMÂNIA LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE PUBLICE**

### **Accesul la serviciile de sănătate, în perioada comunistă**

Accesul universal la îngrijirea sănătății (acoperirea cuprinzătoare a beneficiarilor) s-a numărat printre prioritățile țărilor din centrul și estul Europei, în perioada comunistă.

România a avut, până în 1997, un sistem medical puternic centralizat, alimentat financiar doar de către bugetul de stat și coordonat de către Ministerul Sănătății. Oficial, serviciile erau oferite în mod gratuit, însă subfinanțarea sistemului o lungă perioadă de timp a dus la scăderea calității serviciilor și transferul unei părți a

costului lor către populație. Multe dintre policlinici și spitale funcționau fără dotare tehnică corespunzătoare, în clădiri deteriorate, medicamentele românești și materialele sanitare nu acopereau cererea din unitățile sanitare, iar medicamentele din import, noi și eficiente, erau inaccesibile pentru majoritatea populației.

Astfel, o parte a costurilor tratamentelor erau transferate, direct sau indirect, către beneficiar, inclusiv prin plățile informale către personalul medical, limitând astfel accesul unor segmente din populație la serviciile medicale. Salarizarea redusă a personalului medical, în prezent, a rămas una dintre problemele nerezolvate ale sistemului, iar obișnuința medicilor și a beneficiarilor pentru plata informală limitează accesul persoanelor sărace la servicii. Centrele universitare ofereau spitale performante, în contextul românesc al calității serviciilor medicale, iar, pe de altă parte, la celălalt pol, asistența medicală primară nu avea acoperire suficientă în teritoriu, prin lipsa dispensarelor și medicilor în numeroase zone, în special din rural. Acest fapt a devenit unul dintre factorii care a favorizat polarizarea accesului la serviciile medicale și rămâne, în continuare, un factor important de polarizare.

În ciuda declarațiilor de reformare a sistemului și obiectivelor inițiale de investire a mai multor resurse în asistența primară, sistemul terțiar, al spitalelor, a continuat să fie cel mai mare consumator de resurse și a primit cele mai multe investiții. Asistența primară a fost tot timpul neglijată, în urma acestui proces, prin lipsa resurselor. România, ca și majoritatea țărilor din estul Europei avea în perioada comunistă un model al serviciilor medicale publice centrat pe îngrijirile spitalicești, ce reprezenta o povară importantă pentru un buget sărac, având în vedere că, într-o astfel de structură, cea mai mare parte a fondurilor pentru sănătate trebuiau alocate spitalelor (până la 70% dintre acestea) (MS, 2004).

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

### **Dimensiuni ale reformei sistemului medical, prin introducerea asigurărilor de sănătate**

Serviciile medicale sunt, în prezent, acordate pe baza contribuției la fondul de asigurări de sănătate (6,5% din salariul brut al angajatului și 7% din partea angajatorului). Asiguratul beneficiază, pe baza acestei contribuții, în mod gratuit de un pachet de servicii reglementate prin legislație. Beneficiarii nu cunosc însă acest pachet de servicii, așa cum reiese din datele Barometrului de opinie privind serviciile de sănătate, 2003. Asistența medicală primară este oferită de către

medicul de familie, care este ales de către beneficiar. S-a dorit o accentuare a rolului serviciilor primare, ca prim filtru de rezolvare a problemelor, fără rezultate notabile însă, în lipsa investiției financiare. Astfel, în afara urgențelor, accesul la palierul secundar și terțiar, specializat, sau la analize, se face prin medicul de familie.

Modificarea sistemului a însemnat costuri suplimentare, o stare de confuzie în rândul personalului medical, întârzieri în reglementarea legislativă a atribuțiilor părților componente ale sistemului, o circulație disfuncțională a fondurilor, luarea unor decizii punctuale, pe parcurs, fără a se cunoaște repercusiunile sociale pe termen lung ale acestora – toate acestea afectând, în cele din urmă, calitatea și accesibilitatea serviciilor medicale oferite beneficiarului.

Deși procentul de neasigurați nu este foarte mare (între 5 și 10%), noul model a dus la o reducere a accesului populației la serviciile medicale, prin existența acestui segment care nu poate beneficia de asistența medicală, în afara celei de urgență. În al doilea rând, există încă elemente moștenite din vechiul sistem care nu și-au găsit rezolvarea și care favorizează reducerea accesului la serviciile medicale sau reducerea calității acestora: absența asistenței medicale primare în unele localități din rural, existența unităților medicale deteriorate și lipsite de dotarea necesară, salariile reduse ale personalului medical și practica încetățenită a plății informale din partea bolnavului, pentru serviciile primite.

Sărăcirea populației înseamnă și existența unor segmente care nu pot plăti costurile de transport până la unitățile medicale apropiate, tratamentele medicamentoase, plicul pentru doctor. Deși există în prezent și un sistem privat de acordare a serviciilor medicale, adiacent celui public și o rețea extinsă de farmacii private, în contextul sărăcirii populației, un segment larg al acesteia, deși asigurat, nu își permite costul tratamentelor, accesarea serviciilor spitalicești performante aflate în afara localității de reședință, iar apelarea la serviciile sistemului privat, ca alternativă la sistemul public, este costisitoare chiar și pentru cei cu un salariu mediu.

Problemele asistenței medicale publice au devenit vizibile social prin războiul dintre farmaciști și Casa de asigurări de sănătate, prin cazuri de abuzuri, conștientizând, la nivel public, problemele sistemului. Cu toate acestea, se vorbește mai puțin de echitatea sistemului față de beneficiar, de baza de colectare îngustă a cotizațiilor și de managementul financiar prost. Problemele financiare ale sistemului, prin neacordarea plăților restante către farmacii, s-au răsfrânt asupra beneficiarilor, care au fost, pentru unele perioade, văduviți de medicamentele compensate și gratuite la care, legal, aveau dreptul. Iată cum, în ciuda drepturilor statuate prin legislație, pacientul a avut un acces îngrădit la medicamente. În același timp, cunoscând aceste întârzieri, farmaciile au mărit prețul medicamentelor pentru a recupera banii pe care statul îi datora. Așa se face că prețul medicamentelor a fost, în România, mai mare decât în alte țări din jur, constituind o barieră de acces pentru o populație cu venituri reduse.

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 distorsiuni 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 erau 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. 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 susține (C. Vlădescu, coord., 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 toate dimensiunile vizate de reformă: descentralizarea, mecanismele noi de alocare a resurselor, autonomia instituțională.

Legea asigurărilor de sănătate a intrat complet în funcțiune abia în 1999 și a suferit amendamente consecutive în decursul anilor care au trecut de la implementare. Așa cum arată studiul citat, noua lege a introdus, încă de la început, doar schimbări parțiale, prin reglementările ei. 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 superioară a cheltuielilor, mereu inferioară veniturilor colectate. 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, ale cărei efecte se resimt și în prezent (2005).

### **Acoperirea populației cu asigurări de sănătate, ca primă formă de acces la sistemul medical**

În ciuda trecerii de la sistemul bazat pe finanțare de la bugetul de stat la finanțare prin asigurări sociale, acoperirea s-a păstrat la un nivel ridicat și neavând o legătură foarte ridicată cu plata contribuției la fondul de asigurări de sănătate.

Prin Legea 145/1997, obținerea de servicii medicale este condiționată de contribuția la fondul de asigurări sau de apartenența la una dintre categoriile asigurate prin efectul legii, dispărând, astfel, noțiunea de acces universal și nelimitat.

„Pentru a prezerva un acces cât mai larg la servicii medicale pentru cât mai multe categorii de cetățeni (legea fiind o lege socială de asigurări de sănătate) se prevede lărgirea categoriilor de persoane beneficiare de asigurare, fără contribuție, prin efectul legii:

- 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 sunt în îngrijirea familiei;
- soțul, șotia, 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.;
- persoanele care efectuează stagiul militar;
- gravidele și lehuzele aflate în concediu de maternitate, precum și părintele aflat în concediu pentru îngrijirea copilului sub 6 ani;
- persoanele cu pedepse privative de libertate;
- beneficiarii de ajutor social, în condițiile legii” (Stănescu A., 2004).

Sistemul astfel gândit are o puternică orientare socială, având o bază de colectare redusă, deoarece persoanele care contribuie la sistem sunt puține, în raport cu beneficiarii sistemului. Numai populația 0–18 ani, beneficiară gratuit de servicii, reprezintă circa 23% din populație, iar cei care contribuie la sistem sunt sub 50% din populație (Stănescu A., 2004).

Cu toate aceste măsuri, există un număr de persoane care nu sunt asigurate, estimat între 5% din populația României, conform datelor Barometrului de opinie publică și 10%, conform datelor CNAS. „Din datele CNAS, situația acoperirii cu servicii medicale a populației pare a fi mult mai bună decât cea care reiese din studiile de caz sau din diferite cercetări țintite pe anumite grupuri populaționale. Astfel, aproximativ 90% din populația României este înscrisă pe listele medicilor de familie, cu o diferență între rural și urban – 93% din populația urbană, respectiv 87% din populația rurală” (Stănescu A., 2004).

Conform ipotezei mele, o mică parte a celor care nu sunt plătitori de impozit în sistemul legal, încheie o asigurare de sănătate pe cont propriu, nu am date însă care să îmi susțină ipoteza. În cazul inexistenței unui contract de muncă, persoana își poate încheia pe cont propriu un contract de asigurare cu CNAS. Resursele

financiare reprezintă însă o problemă pentru categoria celor care lucrează ca zilieri sau sunt plătiți în produse, deși aceste persoane ar avea o nevoie crescută de asistență medicală, fiind mai expuse riscului de îmbolnăvire, prin condițiile necorepunzătoare de muncă.

Cei neasigurați pot, astfel, proveni din următoarele segmente:

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

Segmentul săracilor pentru care a fost recunoscut dreptul de a obține VMG ar trebui, teoretic, să fie beneficiar al asigurării medicale;

– familii din mediul rural (o mare parte a țăranilor care obțin venituri din agricultura de subzistență);

- o parte a populației de romi.

Pentru toți aceștia există prevăzut accesul la asistență medicală de urgență, dar nu este prevăzută nici o facilitate pentru medicamente compensate.

### **Accesul la servicii medicale, din punctul de vedere al ofertei de servicii**

#### ***Pachetul de servicii oferit***

Noile principii ale sistemului au suferit modificări minore, în ceea ce privește pachetul de servicii ce sunt oferite asiguraților.

„Exceptând serviciile medicale de chirurgie estetică și/sau solicitarea unor condiții de spitalizare cu confort crescut, precum și serviciile medicale efectuate la cererea pacientului, fără a avea o recomandare medicală în acest sens, accesul este, teoretic, permis la orice serviciu medical recomandat. Din acest punct de vedere, populația nu a resimțit o modificare importantă în noua lege.

Resursele financiare fiind, totuși, limitate, au fost găsite alte căi de limitare a numărului de servicii și, implicit, a costurilor: accesul la servicii de specialitate, în general mai costisitoare, este permis numai cu recomandare de la medicul de familie; investigațiile paraclinice și de laborator sunt permise numai în raport cu diagnosticul și pot fi prescrise numai de anumiți medici; prescripțiile de medicamente compensate și gratuite sunt limitate ca număr de medicamente și ca sumă prescrisă per/prescripție” (Stănescu A., 2004).

La acestea aș enumera și limitări la accesul la acest pachet, prin restricții financiare. Terminarea fondurilor pentru anumite servicii sau medicamente compensate, gratuite au dus la situația când, deși legal pacienții aveau dreptul la acel serviciu sau medicament, nu au putut beneficia, în fapt, de el. Aceasta a fost o modalitate prin care sistemul „și-a reglat” funcționarea financiară, dar a indus inechitate.

Datele colectate în 2002, 2003 arată că beneficiarul nu era informat cu privire la drepturile de care poate beneficia pentru cotizația pe care o plătește, putând fi,



astfel, câteodată „jonglat”, în lipsa fondurilor. Conform datelor din Barometrul pentru serviciile de sănătate, mai mult de jumătate dintre români nu își cunosc drepturile și obligațiile privind asigurarea medicală, iar peste 80% dintre cei asigurați nu cunosc deloc sau au doar vagi informații despre serviciile medicale la care sunt îndreptățiți.

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

Nu+mai degrabă nu – 58%

Da+mai degrabă da – 39%

Nr. – 3%

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

Nu – 58 %

Da – 42%

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

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

Nu –65%

Da –13%

Parțial –22%

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

Și medicii resimt, conform datelor din Barometrul CPSS, nevoia unei informări suplimentare asupra modalităților de funcționare a sistemului medical public în care lucrează: legislație, modalități de organizare și funcționare. Prin urmare, putem concluziona că există un deficit de informare de ambele părți: medici și pacienți, problema fiind neglijată de la centru. Noul sistem a creat o serie de neclarități și confuzie chiar în rândul celor care sunt actori ai schimbării: personalul medical.

(2000) *Aveți suficiente informații despre legile și reglementările legale de funcționare a sistemului de sănătate?*

da 53%

nu 47%

(2000) *Considerați că aveți nevoie de informații suplimentare referitoare la modalitatea de:*

– *organizare și funcționare a cabinetului medical*

da 59%

nu 41%

– *finanțare a cabinetului medical*

da 52%

nu 41%

*Sursă:* Sondaj de opinie privind serviciile de sănătate realizat în rândul medicilor din România, 2000.

### ***Repartiția inegală a ofertei serviciilor de sănătate***

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 sau îmbătrânită, deci și cu cerințe crescute de îngrijiri medicale, au aceste probleme. Nu există, în prezent, politici de atragere a medicilor în aceste zone defavorizate, problema acoperirii cu medici de familie fiind serioasă în mediul rural

Principiul echității și solidarității 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 de 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: Cheltuielilor 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 și sărace ale țării (Raportul CNAS pe 2002, apărut în 2003). În aceste condiții, diferențele între județele sărace și cele bogate sunt semnificative, în ceea ce privește personalul medical și dotarea, ele agravându-se, având în vedere fondurile mai puține colectate de către casele de asigurări județene în zonele sărace.

O altă problemă care ține, deci, de reglementări ale Casei naționale de asigurări de sănătate o reprezintă inaccesul asiguraților la serviciile medicale aflate în alte județe, datorită imposibilității deconturilor între diferitele case

„Cei domiciliați în județe cu infrastructura economică dezvoltată au un acces mai facil la tehnologie de calitate și la specialiștii aferenți, decât cei din județe sau zone defavorizate economic. Un exemplu îl reprezintă proporția dublă de specialiști, raportată la populație, în Municipiul București, față de județele din estul și sudul țării, respectiv 10 specialiști la 10 000 locuitori, în București, față de 4,7%, cât se înregistrează în restul țării

În mediul rural există numai un număr de 58 de medici la 100 000 locuitori, față de 300 la 100 000 locuitori, cât se înregistrează în mediul urban. Se apreciază că o proporție de circa 4–5% din locuitorii din mediul rural locuiesc în localități fără medic de familie.

Din 2 675 comune, numai în 1 593 există organizată o farmacie sau un punct de lucru al unei farmacii amplasate în orașul apropiat. În 1 055 de localități rurale nu există o unitate farmaceutică. Dintre acestea, se apreciază că în circa 300 comune rurale este o urgență realizarea unui sistem de aprovizionare cu medicamente, aceste

localități fiind amplasate la distanțe mari față de localitățile în care există farmacii” (Stănescu A., 2004).

### Accesul la servicii de sănătate corelat cu statutul social

Analiza datelor arată că există o formă de lipsă de acces la serviciile medicale legată de standardul de viață precar al unui segment al populației asigurate, problema incluzând și existența coplăților către sistemul medical din partea beneficiarilor. Prin urmare, putem afirma că un număr mare de persoane deși sunt asigurate, au acces limitat la asistența medicală, pe fondul bugetului foarte redus al gospodăriei. Familiile sărace nu își pot permite coplățile implicate de solicitarea serviciilor medicale și achiziționarea medicamentelor necesare, achitarea costurilor de transport și extraplata pentru medic și personalul auxiliar

Conform datelor, 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, coplata adresată personalului medical și timpul de așteptare sunt văzute ca obstacole atât de către cei din rural cât și de către cei din urban. Insatisfacția personalului medical față de salarizare legitimează, în opinia acestuia, pretinderea unei extraplăți pentru prestarea actului medical, fapt ce reduce accesul populației sărace la asistența medicală. De aceea trebuie luată în considerare necesitatea creșterii salariilor personalului sanitar

### 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?*

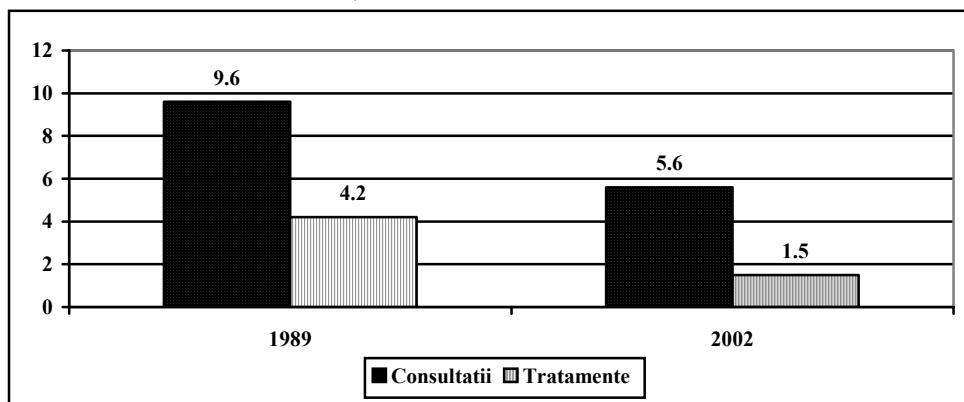
	Răspuns Da % din total populație	Da % din populația din urban	Da % din populația din rural
Posibilitatea de transport până la instituție	25	17	<b>34</b>
Costul transportului	31	21	<b>45</b>
Programul medicilor	25	22	28
Timpul de așteptare	<b>38</b>	41	37
Atitudinea cadrelor medicale	22	26	19
Costul consultației,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

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

„În teritoriile cu deficit de cadre medicale, populația înscrisă pe listele medicilor de familie este segregată de la sine: cei cu un anumit nivel social, economic și care sunt preocupați de propria sănătate sunt înscriși și acceptați pe listele medicilor, restul pot rămâne în afara listelor. Implicarea serviciilor de sănătate în comunitate este mult mai redus decât în urmă cu 15 ani, afectând, în special, grupurile care nu au cultura vizitei la medic în timp util sau care locuiesc în zone unde facilitățile sanitare sunt greu accesibile. În anul 1989, se acordau 4,2 tratamente și 9,6 consultații pentru un locuitor, în timp ce în anul 2002 s-au acordat 1,5 tratamente și 5,6 consultații” (Stănescu A., 2004).

Grafic 1

Numărul de consultații și tratamente/locuitor, România, 1989 și 2002



Sursa: Anuarul Statistic al Ministerul Sănătății, 2003, în Stănescu A., 2004.

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

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

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

Ponderea celor care au apelat la medicul de familie, în ultimele 12 luni:  
36,8% în mediul rural  
43,2% în mediul urban  
Numărul mediu de vizite la medicul de familie, în ultimele 12 luni:  
3,6 în rural  
4,3 în urban

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

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

Așteptarea prelungită pentru a beneficia de consultație este o altă problemă semnalată de către populație, reflectând, în unele zone, deficitul de medici și unități sanitare. Pe de altă parte, reglementările legislative prevăd reînnoirea periodică de

către medic a rețetei, în cazul tratamentelor de lungă durată, ceea ce duce la aglomerarea acestor persoane la ușa medicului, măbind timpul de așteptare. Acest sistem îl pune pe medic în situația de a-și pierde o parte din timp completând scrise, în defavoarea oferirii de consultații.

### Accesul la serviciile stomatologice

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

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

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

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

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

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

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

### ROMÂNIA ÎN CONTEXT EUROPEAN – ACCESAREA SERVICIILOR

Dincolo de drepturile statuate legislativ, dificultăți de acces există și în țările europene vestice, dar ele sunt mai mari în țările foste comuniste, așa cum arată datele *Eurobarometrului* din 2002. În ciuda problemelor, într-o privire de ansamblu asupra sistemelor europene se poate spune că obiectivul accesibilității serviciilor de sănătate este îndeplinit într-un grad satisfăcător, atât în vestul cât și în estul Europei. (*Health and care in an enlarged Europe*, 2003).

Indicatorii folosiți în *Eurobarometru* pentru măsurarea accesului la servicii medicale au fost:

1. Distanța până la cel mai apropiat spital (sub 20 de minute, între 20 și 50 de minute, o oră sau mai mult?).

2. Accesibilitatea mergând pe jos până la cel mai apropiat spital (*walking*).

În Uniunea Europeană, accesul rapid (sub 20 de minute) la spital nu e universal, doar 50% din populație are acces atât de rapid la spital, în timp ce în cele 13 state candidate, 38% din populație. Pentru țările Uniunii Europene, accesul la un spital la o distanță mai mică de 20 de minute este mai bun decât pentru noile țări primite în Uniune, sau care aspiră la intrare. Trebuie să luăm însă în calcul și faptul că țările mici ca dimensiuni sunt avantajate, distanța rural – urban fiind, în aceste cazuri, mai redusă, cum este cazul Olandei, Estoniei. În același timp, țări mari, precum Franța sau Polonia înregistrează, totuși, un acces mai bun decât România. Țări deja intrate în Uniune, precum Ungaria sau Cehia, înregistrează, conform acestui indicator, valori mai mici decât România.

**Apropierea de spitale: proporția din respondenți care are acces la un spital în mai puțin de 20 de minute**

Țara	Apropierea de spitale: proporția din respondenți care are acces la un spital în mai puțin de 20 de minute
Olanda	72,5%
Italia	60,9%
Suedia	58%
Franța	54,4%
Turcia	47,5%
Marea Britanie	45,5%
Estonia	28,1%
Polonia	42,8%
Portugalia	37,8%
<b>România</b>	<b>33,3%</b>
Bulgaria	30,4%
Ungaria	31,4%
Cehia	28,7%
<b>ACC 13</b>	<b>40,4%</b>
<b>EU 15</b>	<b>52,8%</b>
<b>AC 10</b>	<b>37,5%</b>
<b>EU25</b>	<b>50%</b>

Sursa: *Eurobarometrul*, 2002, în, *Health and care in an enlarged Europe*, European Foundation for the Improvement of living and Working Conditions, 2003.

\*EU 15: țările membre UE dinainte de 2004 (Belgia, Danemarca, Germania, Grecia, Spania, Franța, Irlanda, Italia, Luxemburg, Olanda, Austria, Portugalia, Suedia, Marea Britanie, Finlanda).

AC 10: *Acceding Countries* (țările care au intrat deja în valul din 2004): Cehia, Cipru, Estonia, Ungaria, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, Slovacia, Slovenia.

EU 25 conține EU 15 plus AC 10.

ACC 13 conține AC 10 plus cele trei țări din valul doi de aderare: România, Bulgaria, Turcia.

În ceea ce privește apropierea de spital ca și distanță ce poate fi parcursă pe jos, datele sunt surprinzătoare, țările central-estice obținând rezultate mai bune decât cele 15 sate inițiale ale Uniunii Europene. Explicația pe care o dau autorii raportului *Health and care in an enlarged Europe*, analizând datele Eurobarometrului este că modul de percepere a distanței care poate fi parcursă cu piciorul este una mai mică pentru vest și nord Europei, obișnuiți să parcurgă și distanțele mici cu un mijloc de transport. Se poate spune că există o concepție diferită despre ce înseamnă o distanță de parcurs cu piciorul, pe jos, aceasta fiind mai mare pentru cei din statele candidate sau nou aderate. „Interpretarea este confirmată prin rezultatele corelării celor doi indicatorii care măsoară distanța cu PIB pe cap de locuitor la paritatea puterii de cumpărare. Țările cu PIB *per capita* mai mare, au o proporție mai mare a respondenților care pretind că ajung la un spital în mai puțin de 20 de minute, dar nu există o corelație similară între PIB *per capita* și percepția asupra accesului la spitale, mergând pe jos” (op cit, pg. 26).

**Apropierea de spitale: proporția din respondenții unei națiuni care are acces la spital, mergând pe jos**

Țara	Apropierea de spitale: proporția din respondenții unei națiuni care are acces la un spital mergând pe jos
Olanda	24%
Italia	21%
Franța	18%
Suedia	32%
Portugalia	22%
Marea Britanie	32%
Estonia	26%
Polonia	40%
Turcia	43%
<b>România</b>	<b>37%</b>
Bulgaria	47%
Ungaria	32%
Cehia	30%
<b>ACC 13</b>	<b>39%</b>
<b>EU 15</b>	<b>25%</b>
<b>AC 10</b>	<b>37%</b>
<b>EU25</b>	<b>26%</b>

Sursa: Eurobarometrul, 2002, în *Health and care in an enlarged Europe*, European Foundation for the Improvement of living and Working Conditions, 2003.

\*EU 15: țările membre UE dinainte de 2004 (Belgia, Danemarca, Germania, Grecia, Spania, Franța, Irlanda, Italia, Luxemburg, Olanda, Austria, Portugalia, Suedia, Marea Britanie, Finlanda).

AC 10: *Acceding Countries* (țările care au intrat deja în valul din 2004): Cehia, Cipru, Estonia, Ungaria, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, Slovacia, Slovenia.

EU 25 conține EU 15 plus AC 10.

ACC 13 conține AC 10 plus cele trei țări din valul doi de aderare: România, Bulgaria, Turcia.

**Apropierea de spitale în funcție de venit: proporția din respondenți  
care are acces la un spital în mai puțin de 20 de minute,  
pe cuartile de venit (venitul echivalent pe gospodărie)**

Țara	Total	Cei mai săraci 25%	Cei mai bogați 25%	Diferența în puncte procentuale
Olanda	72,5%	66,8	77,8	11,0
Italia	60,9%	47,0	75,2	28,2
Suedia	58,0%	56,0	60,0	4,0
Franța	54,4%	43,4	65,3	21,9
Marea Britanie	45,5%	34,2	57,8	23,6
Portugalia	37,8%	27,2	49,0	21,9
Estonia	28,1%	21,1	35,1	13,9
Polonia	42,8%	30,2	55,1	24,9
Turcia	47,5%	32,6	61,8	29,1
<b>România</b>	<b>33,3%</b>	<b>19,4</b>	<b>46,7</b>	<b>27,3</b>
Bulgaria	30,4%	20,5	40,7	20,2
Ungaria	31,4%	16,0	46,8	30,8
Cehia	28,7%	27,1	30,3	3,2
<b>ACC 13</b>	<b>40,4%</b>	<b>27,6</b>	<b>53,1</b>	<b>25,6</b>
<b>EU 15</b>	<b>52,8%</b>	<b>44,9</b>	<b>60,4</b>	<b>15,5</b>
<b>AC 10</b>	<b>37,5%</b>	<b>26,5</b>	<b>48,6</b>	<b>22,2</b>
<b>EU25</b>	<b>50%</b>	<b>41,5</b>	<b>58,3</b>	<b>16,8</b>

Sursa: Eurobarometrul, 2002, în *Health and care in an enlarged Europe*, European Foundation for the Improvement of living and Working Conditions, 2003.

\*EU 15: țările membre UE dinainte de 2004 (Belgia, Danemarca, Germania, Grecia, Spania, Franța, Irlanda, Italia, Luxemburg, Olanda, Austria, Portugalia, Suedia, Marea Britanie, Finlanda).

AC 10: *Acceding Countries* (țările care au intrat deja în valul din 2004): Cehia, Cipru, Estonia, Ungaria, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, Slovacia, Slovenia.

EU 25 conține EU 15 plus AC 10.

ACC 13 conține AC 10 plus cele trei țări din valul doi de aderare: România, Bulgaria, Turcia.

România, Bulgaria și Ungaria stau cel mai prost la capitolul *accesul populației sărace la servicii spitalicești*. Media țărilor candidate ACC 13 este de 40% din populația săracă având acces rapid la spital, pe când în România, doar 19,4% dintre cei săraci. Din punct de vedere al accesului claselor de sus, diferențele est – vest nu sunt atât de mari, 60,4% în UE15 față de 53,2% în ACC13. Inechitatea socială este mai mare în țări precum România, Bulgaria, Turcia, Ungaria, dar și Italia sau Marea Britanie, Portugalia, și mult mai mică în țări nordice, precum Suedia, Danemarca. Dintre țările foste comuniste, foarte bine stau la acest capitol al echității sociale Estonia și Cehia, la mare distanță față de celelalte țări nou venite în UE, prin omogenitate între grupurile sociale cu acces, dar cu un acces per total mai mic decât media ACC 13 (28%, față de 44%).



## Accesul la spitale, după rezidența în urban sau rural

Țări	Mai puțin de 20 de minute				O oră sau mai mult			
	Rural	Oraș mijlociu	Oraș mare	Diferența rural–oraș mare	Rural	Oraș mijlociu	Oraș mare	Diferența rural–oraș mare
Cehia	7,1	32,8	42,2	-35,0	22,9	12,7	11,3	11,5
Ungaria	4,4	40,1	51,6	-47,2	34,9	14,4	8,7	26,2
Polonia	14,5	55,7	54,5	-40,0	17,5	5,6	3,5	14,0
Lituania	16,4	60,6	33,3	-16,9	19,6	1,9	4,8	14,8
Bulgaria	10,8	36,7	43,7	-32,9	43,1	16,5	11,1	31,0
<b>România</b>	<b>15,9</b>	<b>44,1</b>	<b>55,9</b>	<b>-40,0</b>	<b>33,9</b>	<b>5,4</b>	<b>2,2</b>	<b>31,7</b>
Turcia	28,3	61,1	57,9	-26,9	19,6	3,7	6,9	12,7
ACC 13	19,0	50,6	52,4	-33,4	23,4	7,1	6,2	17,2
AC 10	12,3	47,9	48,4	-36,1	21,6	8,5	5,6	15,9

Sursa: Eurobarometrul, 2002, în *Health and care in an enlarged Europe*, European Foundation for the Improvement of living and Working Conditions, 2003.

\*EU 15: țările membre UE dinainte de 2004 (Belgia, Danemarca, Germania, Grecia, Spania, Franța, Irlanda, Italia, Luxemburg, Olanda, Austria, Portugalia, Suedia, Marea Britanie, Finlanda).

AC 10: *Acceding Countries* (țările care au intrat deja în valul din 2004): Cehia, Cipru, Estonia, Ungaria, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, Slovacia, Slovenia.

EU 25 conține EU 15 plus AC 10.

ACC 13 conține AC 10 plus cele trei țări din valul doi de aderare: România, Bulgaria, Turcia.

## CONCLUZII

Sărăcirea populației (grupuri sociale care nu își permit costuri adiționale ale serviciilor primare sau secundare: a ajunge până la prima unitate medicală, a plăti medicamente, a plăti costurile adiționale ale școlarizării copilului: rechizite, cărți, haine, cazare în afara localității atunci când este cazul), sau infrastructura primară deficitară în mediul rural (absența școlilor, a dispensarelor, a personalului specializat), dar și neclarități și schimbări legislative repetate în ambele sisteme au creat forme de neaccesare a serviciilor.

Lipsa de acces pe termen lung duce la o scădere a capacităților persoanelor de integrare socială, prin afectarea în sens negativ, în primul rând a șanselor de a obține o profesie și/sau un loc de muncă, în absența școlarizării, sau scăderea capacității de a munci prin afectarea fizică, aceste persoane devenind candidate la sărăcie și la serviciile de asistență socială ale statului.

Starea de educație și sănătate a capitalului uman nu a fost considerată, la nivel de politică socială aplicată, printre prioritățile tranziției, în ciuda declarațiilor de principiu, ceea ce va avea consecințe pe lung termen asupra dezvoltării sociale a României.

Inegalitatea socială și polarizarea accesului la aceste servicii se manifestă în prezent și prin diferențele mari între populația din urban, cu acces rapid la servicii medicale și educaționale secundare și terțiare în orașe, în centrele universitare, și populația din rural, la celălalt pol, cu probleme de accesare a serviciilor la nivel

primar (în multe dintre localități) și pentru care beneficierea de servicii specializate presupune deplasarea spre centre, deplasare greoaie prin costuri și distanță, pentru o populație care trăiește dintr-o agricultură de subzistență, având puține resurse financiare disponibile.

### BIBLIOGRAFIE

1. Mincă, Dan, Marcu, Mihail, *Sănătate publică și management sanitar*, București, Editura Universitară Carol Davila, 2004.
2. Preda, Marian (coord), *Aspecte privind dezvoltarea, populația și sănătatea reproducerii la nivel național și studii de caz*, UNFPA, 2003.
3. Scambler, Graham, *Health and social change. A critical theory*, Buckingham, Open University Press, 2002.
4. Stănescu, Alin, *Asigurarea accesului nediscriminatoriu la serviciile de sănătate*, raport nepublicat, 2004.
5. Stănculescu, 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, Editura CPSS, (Centrul pentru politici și servicii de sănătate), 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. \*\*\* *Barometrele de opinie privind serviciile sănătate realizate în rândul populației din România*, Centrul pentru politici și servicii de sănătate, 2003, 2002.
11. \*\*\* *Raportul dezvoltării umane*, www.undp.org, 2004.

*The acces to health and education services is legally considered as an individual fundamental right in all European countries. In spite of all these constitutional rights, reality shows that all systems of health and education have difficulties in covering the people with services. These problems are minor in West European countries but they are accentuated in some former comunist countries which are still dealing with lack of infrastructure of services providers, low life standard of population and low finance of health services. This article deals with the problems of acces of the population to public health services in Romania, after 1989. I am interested in the factors that limit this acces and the social groups which are in risk. I use secondary data analysis, includind the comment of the data from Eurobarometer (2002), in order to see how Romania stands, comparing with other European countries (EU members or candidates).*