

MECANISME ALE EXCLUZIUNII DE LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE¹, CU ACCENT PE PROBLEMATICA ROMILOR

ANA BLEAHU

*R*eforma serviciilor medicale publice din România, în condiții de subfinanțare severă și de relaxare a controlului social în domeniu, a contribuit, în bună măsură, la limitarea accesului cvasi-general la aceste servicii, dar în special a accesului categoriilor sociale cele mai defavorizate economic, printre care se numără și o bună parte a populației de romi. Inconsecvența politicilor din domeniul reformei sistemului de sănătate din România a dus la crearea unor mecanisme prin care o mare parte a populației este exclusă de la serviciile sociale de asistență medicală. Acest material reprezintă o evaluare a principalelor mecanisme de excludere a populației, în general, și a romilor, în special, de la serviciile de asistență medicală. Concluziile au fost elaborate în urma unei cercetări care s-a desfășurat în 35 de comunități cu romi din județele Călărași, Tulcea, Galați, Giurgiu, București.

Întregul sistem sanitar românesc se află într-un proces continuu de transformare radicală. Criza sistemului de sănătate, începută încă din anii '80, s-a acutizat în anii '90. În anul 1997 a fost inițiată reforma asigurărilor de sănătate caracterizată prin descentralizare și trecere de la finanțarea de către stat la sistemul de asigurări de sănătate susținut prin contribuții.

În toată această perioadă de tranziție starea de sănătate a populației s-a degradat progresiv, iar majoritatea indicatorilor demografici și de morbiditate înregistrați pentru România face ca unii analiști ai Organizației Mondiale a Sănătății și Uniunea Europeană să afirme că România stagnează de 30 de ani, în ceea ce privește starea de sănătate a populației și performanțele sectorului sanitar².

Problemele din Sănătate, amploarea deosebită au la bază și „gestiunea catastrofală a sistemului, în condițiile în care fondurile alocate acestui domeniu au crescut din 1995 de patru ori”³.

¹Acest studiu reprezintă o sinteză a cercetării *Lupta împotriva TBC în comunitățile cu Romi*. Datele empirice au fost adunate de către o echipă de cercetători din cadrul Institutului de Cercetare a Calității Vieții formată din Ana Bleahu, Cristina Doboș, Veronica Mitroi, Cerasela Radu, Mariana Stanciu, Laura Surdu. Autorul dorește să mulțumească tuturor reprezentanților Fundației *Romani Criss* pentru sprijinul acordat pe toată durata cercetării.

² Biroul Regional al OMS pentru Europa.

³ Premierul Călin Popescu-Tăriceanu, 14 martie, 2005, TVR1.

Reforma serviciilor medicale publice din România, în condiții de subfinanțare severă și de relaxare a controlului social în domeniu, a contribuit, în bună măsură, la limitarea accesului cvasi-general la aceste servicii, dar în special a accesului categoriilor sociale cele mai defavorizate economic, printre care se numără și o bună parte a populației de romi.

Materialul următor își propune evaluarea principalelor pârghii de excluziune de la serviciile de sănătate, punând accent pe problematica romilor. Cercetarea de teren s-a desfășurat în 35 de comunități cu romi din județele Călărași, Tulcea, Galați, Giurgiu, București – sector 1 și 6.

DESCRIEREA METODOLOGIEI DE CERCETARE

A fost utilizată, în principal, metodologia PRA⁴ (acronimul de la *Participatory Rapid Appraisal*).

Opțiunea pentru această metodologie s-a bazat pe avantajele oferite, cum ar fi: flexibilitatea metodologiei în funcție de interese, resurse, timp, muncă în echipă (localnici/*outsideri*, decidenți/beneficiari), utilizarea unor criterii minime de eșantionare, în vederea creșterii fidelității și validității datelor, obținerea maximumului de informații folosind resurse minime, implicarea comunității și creșterea participării (atât a factorilor de decizie cât și a cetățeanului de rând), oferirea unei viziuni integrate asupra condițiilor de viață și bunăstare a comunităților studiate.

Principalele tehnici PRA utilizate au fost: observația participativă, interviuri cu autorități locale (semi-structurate sau *în profunzime*, individuale), întocmirea de hărți mentale ale comunității (*mapping*), *diagramming* (diagrama Venn), clasificarea problemelor, a preferințelor (*scoring*), *ranking* (sărăcia – bogăția), *time-line* (surprinderea dinamicii anumitor fenomene istorice), *day-line* (programul zilnic, împărțirea zilei de muncă, orarul meselor), fotografii. Principiul de bază în elaborarea metodologiei a fost combinarea tehnicilor calitative cu cele cantitative.

Tabelul nr. 1

Prezentarea metodologiei

Obiective specifice	Metode utilizate
Identificarea caracteristicilor comunităților (comunități compacte sau difuze), accesul la căile de transport sau de comunicație (izolare), coabitarea cu populația majoritară (incluziune – excluziune), dotări edilitare (punct sanitar).	PRA, IA, IM,
Identificarea condițiilor de locuire.	OP, IA, IM, CH, PRA
Identificarea condițiilor de hrană.	IA, IM, CH, PRA
Identificarea condițiilor de igienă.	IA, IM, CH
Identificarea stării de sănătate.	IA, IM, CH
Identificarea accesului la sănătate.	IA, IM, CH

Notă: PRA (incluzând tehnici PRA, cum ar fi : *mapping*, *scoring*, *matrix*), IM (Interviuri cu membri ai comunității), IA (Interviuri cu autorități locale), CH (Chestionar), OP (Observație Participativă).

⁴ Technics Qualitative Recherche Methods for PVOs and NGOs (2000), Center for Health, The John Hopkins University și Interviewers Guide. Crisis and Transition Tool Kit (2000), USAID).

Cercetarea de teren s-a desfășurat în perioada februarie – martie 2005, în județele Călărași, Giurgiu, Galați, Tulcea și București, acoperind un total de 35 de comunități de romi în 16 comune (16 comunități), 4 orașe (4 comunități), 4 municipii de județ (8 comunități) și municipiul București (7 comunități).

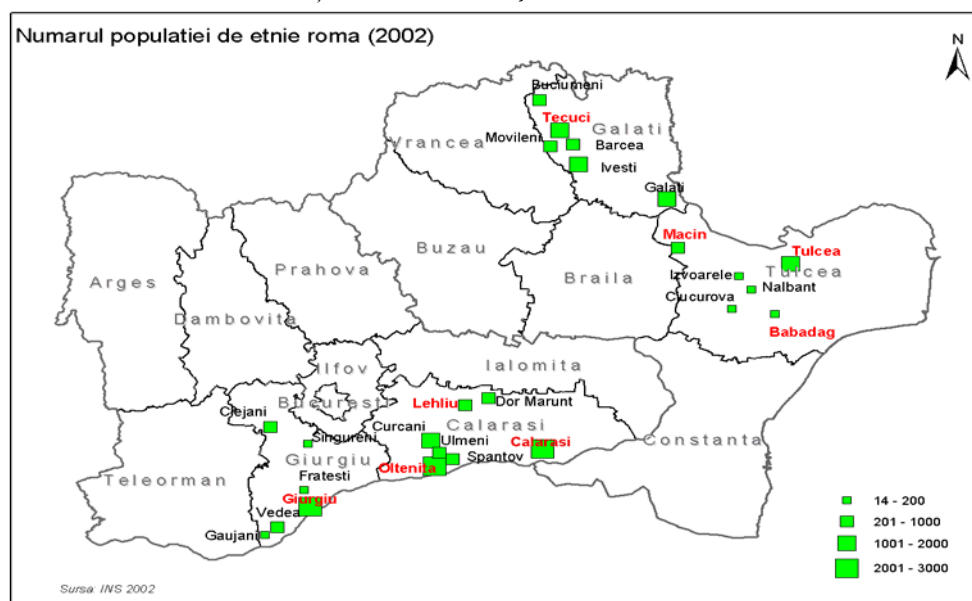
În fiecare comunitate au fost efectuate interviuri semi-structurate cu: primari, viceprimari, contabili de la primărie, agenți agricoli, asistenți sociali, reprezentanți ai romilor, consilieri romi, lideri romi, medic de familie, asistent medical, mediatori sanitari, mediatori școlari, asistenți comunitari, doctori TBC, alte persoane din comunitate, cum ar fi directori de școală, alți membri ai comunității etc.

La nivelul gospodăriilor de romi au fost distribuite un număr de 220 de chestionare (în vederea realizării studiilor de caz, la nivelul gospodăriilor), dintre care au fost recuperate 209.

Localitățile în care a avut loc cercetarea, precum și dimensiunile populației de romi din aceste comunități sunt prezentate în harta nr. 1 (menționăm faptul că datele privind numărul de romi din aceste comunități sunt date ale Recensământului 2002).

Harta nr. 1

Localitățile în care s-a desfășurat cercetarea au fost:



CÂTEVA CARACTERISTICI GENERALE ALE COMUNITĂȚILOR IMPLICATE ÎN STUDIU

Acest studiu în 35 de comunități din cinci județe ale României (București, Călărași, Galați, Giurgiu și Tulcea) demonstrează faptul că populația, în general, se

confruntă cu probleme economice deosebite, cum ar fi lipsa cvasigenerală a locurilor de muncă. Pe acest fond de lipsuri și greutăți generale, etnia romă se află, în cea mai mare parte, într-o stare avansată de sărăcie.

Accesul restrâns la sănătate, calitatea redusă a serviciilor din învățământ, lipsa infrastructurii, izolarea, sunt principalele probleme cu care se confruntă o mare parte a comunităților rurale rome și nerome.

În mediul urban, problematica romilor are accente specifice, caracteristice, diferite în mare parte de problemele populației nonrome. Comunitățile compacte, cu un număr mai mare de romi (ghetouri sau cartiere limitrofe) se detașează net prin lipsa acută a infrastructurii (a căilor de acces, a apei potabile), calitatea scăzută a locuirii, suprapopularea, lipsa locurilor de muncă, nivelul ridicat al infrafracționalității.

Din perspectiva identității culturale, putem distinge comunități de romi compacte, omogene sau comunități eterogene. De regulă, majoritatea romilor vorbesc limba română. Vorbitorii de limba *romani* reprezintă aproximativ 30% și 50% din comunitățile de romi (exceptând situația romilor tradiționali: căldărari sau spoitori, unde procentul este maxim).

Din perspectiva locuirii, în majoritatea comunităților există probleme legate de lipsa actelor de proprietate (pentru locuințe sau teren), de lipsa terenului pentru construcții (în special pentru familiile tinere), de starea proastă a locuințelor. Multe dintre locuințele vizitate sunt improvizate, nu au băi sau toalete, sunt supraaglomerate.

Din perspectiva condițiilor de hrană, majoritatea populației rome intervievate declară că nu are posibilitatea să mănânce corespunzător, un procent foarte ridicat rabdă uneori de foame. Hrana este nediversificată și necorespunzătoare. La acestea se adaugă unele practici nesănătoase de consum, cum ar fi tutunul, cafeaua, alcoolul (în unele zone, chiar droguri (București)).

Fiecare comunitate are propriile reguli de conviețuire și coabitare a romilor și non-romilor, deși am putea spune că majoritatea romilor trăiesc într-un grad avansat de excluziune socială, economică, civică. Relațiile interetnice și relațiile între grupurile de etnie romă sunt diferite, de la o comunitate la alta. Relațiile dintre grupurile de romi și instituțiile statului se caracterizează printr-un nivel scăzut al comunicării reale. În cele mai multe situații, instituțiile statului se simt depășite de complexitatea problemelor comunităților cu romi. Există situații în care, cu toată disponibilitatea de care dau dovadă funcționarii, problemele nu pot fi rezolvate, datorită lipsei de prevederi legale. În unele cazuri, romii consideră că reprezentanții lor în instituțiile statului nu apără interesele comunității.

Cea mai mare parte (între 60% și 90% din totalul veniturilor minime garantate), acordate în diverse comunități sunt orientate spre populația de etnie romă.

Lipsa actelor de identitate acutizează problema excluziunii generale a romilor în cauză. Există, la nivelul fiecărei comunități, un număr cuprins între 10 și 40 de romi, copii sau adulți, care, din diverse motive, nu au acte de identitate.

Caracteristici generale ale sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România

Asigurările sociale de sănătate reprezintă principala pârghie în ocrotirea sănătății populației din România. Asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii și funcționează descentralizat, pe baza principiului solidarității, subsidiarității în colectarea și utilizarea fondurilor, precum și a dreptului alegerii libere de către asigurați a medicului, a unității sanitare și a casei de asigurări de sănătate⁵.

Asistența medicală curativă se asigură în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, potrivit legii:

- a) asistența medicală primară, prin cabinete medicale de stat sau private;
- b) asistența medicală de specialitate, prin cabinete medicale, spitale, centre de diagnostic și tratament, centre de sănătate sau alte unități de profil, de stat sau private.

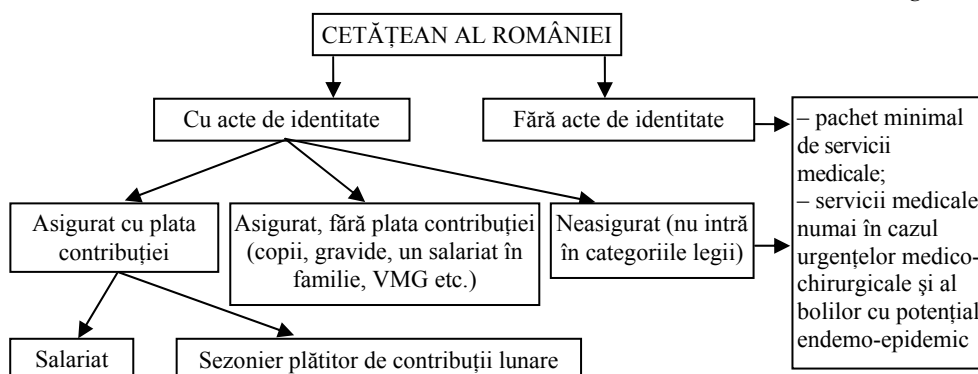
Furnizorii de servicii medicale sunt: medicii de familie, ambulatoarii de specialitate, spitale, farmacii care onorează rețete gratuite sau compensate, servicii de transport medical și de urgență, laboratoare clinice, furnizori de servicii de îngrijire medicală la domiciliu, furnizori de servicii de recuperare medicală.

Așadar, în România există două tipuri fundamentale de asigurare de sănătate:

1. asigurare medicală cu plata contribuției;
2. asigurare medicală fără plata contribuției: (toți copiii până la vârsta de 18 ani sau până la 26 dacă sunt elevi, ucenici sau studenți și nu realizează venituri din muncă, soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate, veteranii de război, revoluționarii, persoanele cu handicap, bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale ale Ministerului Sănătății, persoanele care primesc venitul minim garantat, indemnizație de șomaj, alocație de sprijin (conform legii 416 din 2001), femeile însărcinate care nu au nici un venit, persoanele care satisfac serviciul militar în termen).

Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de servicii medicale numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemo-epidemic, în cadrul unui pachet minimal de servicii medicale (vezi diagrama).

Diagrama 1



⁵ Ordonanța de Urgență a Guvernului, nr. 150 din 2002.

MECANISME ALE EXCLUZIUNII DE LA SERVICIILE SOCIALE DE SĂNĂTATE

Din cercetările efectuate în comunități, au fost identificate două mecanisme generale de excludere, atât a populației rome cât și nerome, de la serviciile sistemului public de sănătate:

– **excluderea formală:** în această categorie intră toate persoanele care nu îndeplinesc condițiile prevăzute de lege, pentru a beneficia de actul public medical, ne-asigurații, exclușii din sistemul asigurărilor de sănătate (cei fără acte de identitate, familii fără minim un angajat, fără venit minim garantat, care nu a fost luat în evidențele instituțiilor statului);

– **excludere informală,** care ar putea fi denumită ca fiind „excluderea inclușilor” sau excluderea asiguraților care îndeplinesc condițiile prevăzute de lege, dar care, din diverse motive (care țin de funcționarea deficitară a întregului sistem de sănătate, contexte specifice locale, prejudecăți sociale, culturale sau etnice), sunt excluși de la serviciile de sănătate (cei care sunt neinformați despre drepturile pe care le au în calitate de asigurat, fără bani pentru transport, fără bani pentru costurile suplimentare).

Cele mai frecvente caracteristici ale persoanelor excluse, ori cu acces diminuat la diverse beneficii medicale, sunt următoarele: dispun de resurse economice (și venituri monetare) reduse, au un plasament rezidențial dezavantajos în raport cu situarea spațială a ofertei relevante de servicii medicale, sunt familii din rural, ori din alte zone ce oferă oportunități reduse de solicitare, pe plan local, a unor servicii medicale, au dificultăți în accesarea informațiilor utile privind oportunitățile de asistență existente, au, în multe cazuri, un nivel scăzut de educație, dispun de un statut profesional sau etnic minoritar, cazul minorității de etnie romă, familiile neasigurate cu venituri mici, persoanele care trăiesc din câștiguri ocazionale, din ajutorul de șomaj sau asistența socială, persoane vârstnice fără venituri sau cu venituri foarte mici – în special, foști cooperatori din rural, copii și tineri fără familie sau fără domiciliu stabil.

Mecanisme ale excluderii formale a populației de la serviciile sociale de sănătate

În urma cercetărilor empirice, au fost identificate câteva mecanisme de excludere formală a populației de la serviciile de sănătate, cum ar fi:

Distribuția disproporționată, în profil teritorial, a unităților ce oferă servicii medicale. Există o pondere destul de ridicată a populației din rural – îndeosebi a celei sărace – care reclamă lipsa serviciilor de sănătate din localitate. Limitarea accesului populației (sărace și chiar non-sărace) la serviciile medicale are loc și din cauza situării rezidențiale a unor gospodării, în raport cu poziționarea geografică a ofertei de servicii medicale. Tendințele de restructurare ale sistemului național de asistență medicală publică, pe fondul menținerii unei distribuții disproporționate a unităților ce oferă servicii medicale în profil teritorial, au produs numeroase efecte negative în planul accesului fizic al populației la serviciile medicale.

Costurile formale și informale ale asistenței medicale sunt prohibitive pentru cei mai mulți dintre solicitanții de etnie romă ai serviciilor publice. 34,6% din totalul nemulțumirilor populației de etnie romă sunt motivate, în fapt, de aceea că serviciile medicale gratuite sunt oferite contra cost (sursa: *Ancheta Romii*, 1998, C. Zamfir, M. Preda, coord., 2002). În prezent, pentru toată populația din țara noastră, a solicita serviciile medicale publice presupune, după caz, a cheltui mai mulți sau mai puțini bani. În primul rând, este nevoie de bani pentru a achita onorariul medicului, „șpaga”, care, chiar dacă nu este instituită formal, poate condiționa uneori calitatea serviciului. În cazul internării într-un spital, cheltuielile pot atinge cifre absolut prohibitive, deoarece există un întreg aparat de personal care, dacă nu-și primește stimulentele economice, nu funcționează. Studiile recente la nivel național arată că 41% dintre respondenți susțin că au plătit în plus (*Șpaga la români*, ICCV, 2004). În acest sens, între instituțiile medicale, spitalele și policlinicile se detașează net în ierarhia instituțiilor în care s-a oferit și altceva, în afara taxelor oficiale. Pe de altă parte, același studiu arată că 63% dintre intervievați susțin că au fost tratați corect, deși nu au dat șpagă (*Șpagă la români*, ICCV, 2004).

Calitatea scăzută a prestațiilor medicale a determinat, în multe cazuri, reducerea exprimării nevoilor de servicii din partea populației. Totuși, faptul că unele unități sanitare funcționează încă fără autorizație, ori cu autorizație pe termen limitat, mărește riscul unor practici medicale neconforme cu prevederile științifice de intervenție și tratament medical.

Dezechilibrul raportului în ceea ce privește partea curativă și cea preventivă

Medicii de la noi nu știu decât să trateze, nu fac prevenție, iar românii sunt învățați să meargă la medic doar atunci când îi doare, nu acționează preventiv, pentru a plăti mai puțin. Pe lângă înființarea catedrelor de cardiologie preventivă, și medicii de familie ar trebui instruiți să facă prevenție. Astfel de măsuri n-ar costa aproape nimic (medic de familie).

Dificultățile medicilor de familie

- Foarte mulți dintre medicii intervievați recunosc existența unor probleme birocratice și administrative, mai degrabă decât cele legate de actul medical sau de relația cu pacienții. Medicii de familie sunt confrunțați cu plata mare a costurilor pentru cabinete, cu obligații birocratice care nu le mai lasă timp de consultații, cu sarcini de serviciu prea multe pentru o motivație prea mică. *De la statutul de persoană care exercită o profesie liberală, medicul de familie se vede în postura celui mai dezavantajat salariat, incapabil să se opună unui sistem care-i lasă doar două alternative: să accepte inacceptabilul sau să intre în șomaj, părăsind cabinetul dat în comodat (medic de familie).*

- Un alt tip de probleme îl reprezintă suprapopularea listelor medicilor de familie. Spre exemplu, în orașul Măcin (jud. Galați) există patru medici de familie, care

trebuie să îngrijească un jur de 11 000 de persoane. Dacă persoanele ar fi distribuite în mod egal, aceasta ar însemna aproape 3 000 de cazuri pentru fiecare medic. Cifra situată mult peste optimul (de 1 000) desfășurării unei activități normale. În orașul Tulcea există situația în care un medic are până la aproape 4 000 de pacienți.

- Lipsa de informare a pacienților: *Sistemul este greoi, ar trebui să pierd prea mult timp explicând fiecărui pacient cum stau lucrurile, care îi sunt drepturile și obligațiile, ar trebui făcute campanii de informare pe această temă* (medic de familie).

- În majoritatea comunelor studiate, medicii sunt navetiști. Din această cauză, timpul real pentru consultații este mult diminuat. De regulă, la nivelul fiecărei comune există câte un medic (în centrul de comună), care deservește pacienții din toate celelalte sate. În Izvoarele (jud. Tulcea) există un singur cabinet medical pentru toate cele patru sate. Medicul face naveta de la Tulcea în fiecare zi. Cabinetul are un singur asistent medical. În Clejani (jud. Giurgiu) există un dispensar, cu doi medici de familie, care nu locuiesc în comună. În Valea Teilor (Jud. Tulcea) serviciile de asistență medicală care ar trebui să aibă o evidență a pacienților sunt, practic, inexistente. În ciuda distanței foarte mari față de centrul de comună (15 km) și a calității proaste a drumului, în sat nu există nici un cabinet medical, nu există farmacie. O parte dintre locuitori, cei mai înstăriți, sunt înscrși la medicul de familie în Tulcea. *Până acum două luni exista un medic din Tulcea care venea în sat o dată pe săptămână, acum însă nu mai vine. S-au făcut demersuri pentru aducerea unui asistent în sat... acesta era așteptat... să se instaleze în sat. O salvare din Tulcea are nevoie de aproximativ două ore pentru a ajunge în sat, în condiții atmosferice normale* (localnic). În Barcea (jud. Galați) sunt doi medici de familie, (care locuiesc la Tecuci), dar care nu pot acoperi numărul mare de locuitori.

În Buciumeni (jud. Galați) există în fiecare sat al comunei câte un punct sanitar, iar medicul de familie pleacă o zi pe săptămână pe teren, în satele unde i se solicită serviciile. Tot în timpul deplasărilor în cele patru sate medicul se ocupă cu vaccinări și cu tratarea bolilor cronice. Depărtarea unor sate de centrul comunei este menționat ca un fiind un mare dezavantaj.

În Movileni (jud. Galați) sunt doi medici navetiști din Tecuci, care vin la ora 10:00 și se întorc la 12:00, pentru că au propriile cabinete particulare în Tecuci. Sâmbăta și duminica nu este nimeni la dispensar. Așadar, timpul acordat efectiv consultațiilor este insuficient.

- *Lipsa asistentelor medicale.* Una dintre problemele generale sesizate de aproape toți medicii de familie intervievați este numărul foarte mic al asistentelor medicale. Optimul teoretic este de o asistentă medicală la 1 000 de pacienți, însă în majoritatea cabinetelor medicale, fie din lipsa banilor pentru salarii, fie din lipsa personalului calificat există doar câte o singură asistentă medicală.

În Valea Teilor (jud Tulcea) *exista o moașa, care însă a îmbătrânit (a ieșit la pensie) și nu mai vrea să facă injecții fără să ia bani. Ea nu poate să ne dea trimiteri* (mediator sanitar).

În Buciumeni (jud. Galați), asistenta medicală este localnică, cu o vechime de 37 de ani de muncă în domeniu: *moașa se bucură de o foarte mare apreciere și*

popularitate în rândurile oamenilor și pentru faptul că a răspuns întotdeauna solicitărilor și nevoilor lor, chiar la ore târzii din noapte (mediator sanitar).

În Movileni (jud. Galați), asistenta medicală (localnică) este greu de abordat în caz de urgență. *Doamna asistentă nu prea poate fi deranjată așa că romii care nu cunosc tratamentele, în momentul în care are de făcut o injecție de șase ori pe zi, la cine poate să se ducă, atunci? La nimeni; oamenii apelează la cunoștințele proprii, la vecini (lider local rom).*

- În comunitățile studiate, dispensarele medicale nu dispun de infrastructura și logistica corespunzătoare unor servicii de planificare familială.

- De asemenea, în rural, sunt reprezentate destul de slab, ori chiar lipsesc serviciile medicale de asistare a sarcinii, nașterii și nou-născutului.

- Procedurile birocratice sunt extrem de greoaie. La nivelul comunei Buciumeni (jud. Galați), procedurile administrative de schimbare a medicului de familie au durat aproximativ o lună, timp în care localnicii nu au beneficiat de consultații.

- *Absența unor farmacii* este percepută ca fiind o problemă mai gravă decât lipsa unor dispensare sau policlinici, dată fiind tendința de autoadministrare a unor tratamente, în caz de urgență, sau de lipsă a mijloacelor economice necesare accesării unui cabinet medical dintr-o altă localitate. În Movileni (jud. Galați): *mai bine se înțeleg oamenii cu farmacistul, decât cu medicul sau cu asistenta. Farmacistul din comună vinde oamenilor medicamente și pe credit. Este înțelegătoare, înțelege situațiile* (localnic). Unele medicamente speciale nu se găsesc în comună, iar bolnavii sunt nevoiți să meargă la Galați pentru a le procura.

Unele mecanisme specifice de excludere a romilor de la serviciile sociale de sănătate

În ceea ce privește situația romilor, aceștia se încadrează în ambele tipuri de excluziune, atât excluziunea formală cât și cea informală. Principalii factori ai excluziunii țin de practici culturale, mentalități specifice etniei, dar și de inadvertențe de adecvare și comunicare, stereotipuri, prejudecăți ale majoritarilor vizavi de populația de etnie romă.

Principala pârghie în excluziunea formală a romilor este lipsa actelor de identitate. Absența actelor de identitate exclude persoana respectivă de la posibilitățile de exercitare a majorității drepturilor sociale, inclusiv dreptul 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 de acestea. Persoana aflată în această situație nu se poate nici măcar înscrie pe lista unui medic de familie.

Există, la nivelul fiecărei comunități studiate, un număr cuprins, în medie, între 10 și 40 de persoane care nu au acte de identitate. De regulă, aceștia se află în sărăcie extremă, sunt oameni *dezumanizați, care trăiesc în gropi săpate în pământ și mănâncă din gunoaie ca animalele* (medic de familie) sau care *nu au un calendar, un ceas în casă, nu știu când sunt născuți, cât e ceasul și pe ce lume*

trăiesc (medic de familie). Dintre comunitățile implicate în studiu, situația cea mai gravă este în cazul comunității de romi turci din Babadag, unde numărul celor care nu au acte este foarte mare. În Tulcea, spre exemplu, aproximativ 5% dintre romi se află în această situație (lider rom).

În ciuda acestor reglementări legale, se pare că, în realitate, datele empirice dovedesc oarecum contrariul. Spre exemplu, în Galați *au fost primiți la spital în internare și romi fără acte de identitate* (medic de familie), în Măcin (jud. Galați), mediatoarea sanitară povestește că are o foarte bună colaborare cu doamna doctor de familie și că toți romii au fost consultați: *i-am înscris pe toți la medicul de familie; chiar și copiii fără acte au fost consultați* (mediator sanitar).

În Vedea (jud. Giurgiu), aproape jumătate dintre romii din comună nu au acoperită asigurarea medicală. Lipsa asigurării medicale este dublată, în unele cazuri, de lipsa actelor de identitate valabile – aproximativ 20 de persoane (estimările asistentului social).

Excluziunea formală, datorată neîncadrării în nici una dintre categoriile prevăzute de lege, este caracteristică, în egală măsură, atât romilor cât și românilor aflați în sărăcie extremă sau în situații neprevăzute de lege (o parte a populației rurale, lipsite de venituri, neinformate despre plata taxelor, bătrâni fără pensii etc.).

Relațiile populației de etnie romă cu furnizorii de servicii medicale

La nivelul anului 1998, 28,1% dintre respondenții de etnie romă apreciază că romii sunt tratați mai prost atunci când merg la medic, comparativ cu alte etnii. Pe de altă parte, un procent de 5,2% romi menționează incidența discriminării pozitive (C. Zamfir, M. Preda, coord. 2002). Cele mai frecvente motive de nemulțumire ale populației romă față de oferta de servicii medicale publice, derivă din faptul că: pacienții întâmpină mari dificultăți în procurarea medicamentelor, există disfuncționalități în programul dispensarului, sau există o lipsă de interes pentru pacienți.

Subiecții intervievați au sesizat unele bariere care îngreunează relațiile de colaborare dintre ne-asigurații formal și Casa de Asigurări:

1. Obligativitatea de a plăti asigurarea pe întreg parcursul unui an. *Spre exemplu, dacă individul se hotărăște în iunie că are nevoie de asistență medicală el trebuie să plătească asigurarea pe toate lunile ianuarie–iunie. Plata pe lună este 6,5 % din salariul minim pe economie. Mulți aflați în această situație nu își permit să achite pe atâtea luni* (medic de familie).

2. O parte a neasiguraților nu au cunoștințele necesare pentru a completa singuri un formular de asigurare, *deși li se explică ce au de făcut, unii dintre ei nu au cum să înțeleagă sunt depășiți de situație* (medic de familie).

3. O dată cu introducerea contorizării computerizate a celor asigurați la un medic, cei care rămân în afara listei, respectiv sunt peste numărul de pacienți prevăzut prin lege, nu vor mai putea fi consultați de medici binevoitori (medic de familie) și *celor fără asigurare nu li se poate emite nici o rețetă compensată* (neasigurat).

4. Abandonul școlar: *o altă problemă o ridică copiii care se retrag de la școală, fetele române adolescente care se căsătoresc, abandonează școala. Medicului îi trebuie adeverință cum că respectivul este luat în evidență la o școală (mediator școlar).*

Pe de altă parte, au fost identificate o serie de nemulțumiri ale medicilor de familie vizavi de pacienții de etnie romă, cum ar fi:

– Nerespectarea de către unii reprezentanți ai etniei romă a normelor de comportament social larg acceptate în comunitățile majoritare: *numai zece familii sunt normale; restul sunt ca animalele, nu pot să mă înțeleg cu ei, fac gălăgie, nu stau la rând, fac scandal dacă nu le dau rețete, vin la consultație în fiecare săptămână* (medic de familie). Conform unor interviuri, reiese faptul că, uneori, situația este practic scăpată de sub control, românii având o atitudine de forță în relațiile cu medicii: *dacă nu le dau rețete vin în gară, fac scandal, tot nu scap de ei până nu le prescriu ceva, fie ele și vitamine, dacă sunt sănătoși* (medic de familie, Tulcea).

– Inconsecvența vizitelor la medicul de familie: *vin la consultație foarte des, chiar dacă nu sunt bolnavi, doar pentru a primi rețete. Nu scap de ei până nu le dau rețete, vin și strigă pe hol, îmi bat în geam... am auzit că vând medicamentele în satele vecine* (medic de familie, Galați). La unul dintre cabinetele din Babadag (jud. Tulcea), în ziua realizării interviului se făcuseră 15 consultații fără a fi identificat cineva ca fiind bolnav: *se duc și la câte doi medici pe zi, la medicul de familie și la spital, numai să primească ceva* (medic de familie, Babadag) sau: *câteodată mă duc la dispensar și stau acolo singură, nu vin la consultație nici dacă trimit după ei. Vin doar atunci când se simt foarte rău* (medic de familie, Tulcea).

– Neîndeplinirea unor standarde minime de igienă determină unele reacții de discriminare din partea personalului medical. Trebuie menționat însă că *neîndeplinirea unor standarde minime de igienă personală* determină reacții similare nu numai față de etnia romă. Majoritatea comunităților rurale implicate în studiu nu au canalizare sau sistem de distribuție a apei. Pentru populația de romi însă, lipsa ori calitatea precară a apei consumate (ei trăiesc la periferia unor comunități, pe câmp ori în clădiri-ruine dezafectate) constituie, într-adevăr, o problemă socială deosebită.

– Aglomerarea care se creează în cazul pacienților de etnie romă. Spre exemplu, în cadrul unor grupuri de romi, există o cutumă care prevede faptul că la doctor fetele necăsătorite trebuie să fie însoțite de mama lor, iar cele căsătorite însoțite de soț sau soacre. Pentru grupul romilor turci, situația este extrem de delicată, în special în cazul femeilor musulmane (care nu vin la consultații în timpul sarcinii, deoarece: *Bărbații nu prea le lasă, au impresia că dacă se dezbracă aici noi profităm de ele* (medic de familie, Babadag).

– Întârzierea vaccinărilor este una dintre cele mai mari probleme ale sănătății copiilor. În Călărași, la unul dintre cabinete, în luna efectuării studiului, din 20 de copii cuprinși în grila de vaccinare se prezentaseră doar doi. Medicii au dificultăți

în a explica modul de acțiune a unui vaccin și de a-i convinge pe localnicii de etnie romă de necesitatea acestuia. În foarte multe cazuri, febra, reacție postvaccin absolut normală, creează panică în rândul mamelor, care vor refuza vaccinările viitoare, influențându-le și pe vecine, rude sau alte femei cu care intră în contact: *din cauza faptului că nu au școală, nu înțeleg importanța vaccinului; ei au mai multă încredere în vorba dusă din gură în gură decât în sfatul medicului* (medic de familie, Tulcea). În comuna Ivești (jud. Galați) a existat o situație în care o femeie căldărar a aruncat fața de masă pe care erau așezate seringile sterile, care urmau să fie folosite pentru vaccinul copiilor.

– Asaltarea serviciului de urgență: *Cunoscând faptul că în regim de urgență, consultațiile și tratamentul sunt gratuite, cei care nu au asigurări medicale vin pentru probleme medicale mai mult sau mai puțin grave. În timpul unei gărzi de 8 ore pot fi și 10–15 pacienți, dintre care doar 2–3 sunt români, iar restul romi (medic specialist).*

– Nerespectarea indicațiilor medicului: *Le dau medicamente copiilor după ureche, dacă li se pare că se simte bine opresc tratamentul, chiar dacă eu le spun să îl continue câteva zile* (medic de familie). Există o problema cu administrarea anticoncepționalelor orale și a antibioticelor, din cauza necesității de a fi luate regulat, *oamenii nu știu sau uită să le ia, unii nu au un calendar, un ceas în casă* (medic de familie).

În ceea ce privește atitudinea medicilor de familie față de pacienții de etnie romă, aceasta este diferită de la o situație la alta.

În Tecuci (jud. Galați): *Romii se simt la noi ca la prieteni, nu au rușine în a recunoaște o anumită boală. Mai mult, copii romi de 15–16 ani care și-au început viața sexuală vin la medic și spun «doamna doctor, m-am culcat cu o fată și eu cred că am luat o boală din aia»* (medic de familie).

În Barcea (jud. Galați) se pare că romii au o relație foarte bună cu doctorii. *M-am săturat de restul populației (români), pentru că s-au învățat la pomană. Vor numai rețete compensate, fac reclamații. Mai degrabă colaborăm cu romii!* (medic de familie). *Au vile, au mașini, sunt plecați prin Italia, Spania, au solar acasă, dar de medicamente nu au bani* (medic de familie).

În Buciumeni (jud. Galați), atitudinea medicului față de problemelor romilor este una de compătimire și empatie. Doamna doctor a organizat în comună campanii pentru strângerea de haine pentru romii din Bălcescu. A avut, de asemenea, o inițiativă prin care recomandă cumpărarea de alimente absolut necesare, dintr-un procent din banii dați ca ajutor social. Această propunere a fost justificată de faptul că cea mai mare parte dintre asistați cheltuie banii în primele zile după ce îi primesc, cumpărând alimente scumpe, țigări și alcool. *Ei, cum au banii, își cumpără două batoane de salam, țigări, suc și alcool, iar după două zile începe foamea... care ține până la următorul ajutor* (medic de familie). Propunerea nu a fost însă acceptată, pentru a se evita suspiciunile în legătură cu cheltuirea banilor și a se evita acuzațiile de discriminare.

În cealaltă extremă este situația din Giurgiu, unde se pare că unii medici de familie au înscris foarte mulți romi, din dorința de a avea mulți pacienți: *retribuția medicilor de familie făcându-se în funcție de numărul celor înscriși, doctorii, odată văzându-se cu ei pe listă, îi tratează, de multe ori, necorespunzător. Sunt medici în Giurgiu renumiți pentru practica lor de a lua mai mulți romi pe listele lor și sunt acuzați de colegii lor de breaslă că «iau bani de pe urma lor», mai ales de la cei înstăriți (localnic).*

Conform studiilor de caz, la nivelul gospodăriilor, din totalul de 209 gospodării intervievate, 72% sunt înscriși la medic de familie, sunt 17% non-răspunsuri și doar 5% declară că nu sunt înscriși. La nivelul întregului eșantion, 88,5% dintre romii intervievați declară că nu se simt discriminați de către medicul de familie sau doctorii în general. În tabelul următor sunt prezentate reacțiile la întrebarea: *explicați de ce sunteți mulțumit/nemulțumit de atitudinea medicului de familie și a doctorilor, în general?:*

Atitudini pozitive față de doctori, în general	Atitudini negative față de doctori, în general
<ul style="list-style-type: none"> ● vorbește frumos ● răspunde la solicitări ● nu face diferență între oameni ● își respectă programul ● mă tratează și mă sfătuiește ce să fac ● îmi rezolvă problemele medicale ● nu face discriminări ● se poartă frumos ● mă consultă ● îmi da tratament ● pentru ca m-a îndrumat spre București ● am fost foarte bine primită și mi s-a explicat corect ● ne înțelege foarte bine ● ne dă tratament bun ● când am avut probleme, m-a consultat și mi-a dat pastile ● de câte ori am avut nevoie m-a tratat și sfătuit ● cred că mi-a explicat ce trebuie să fac spre binele meu ● are grijă de noi ● este bună ● mi-a dat tratament, lapte praf ● m-a dus cu targa la spital ● ne dă medicamente, lapte praf ● sunt înțelegători ● mă înțelege, nu mă ignoră ● vorbește pe înțelesul nostru ● sunt amabili ● nu face figuri ● când este solicitat răspunde ● nu-mi cere lovele 	<ul style="list-style-type: none"> ● vorbește urât ● mă dă afară din cabinet ● mi-a spus să-mi caut alt medic ● nu vine în sat ● nu mi-a dat tratamentul pe care l-am cerut, este aiurit ● rupe hârtiile pentru ajutor social ● nu este serios ● când am cerut o scutire a zis ca așa suntem noi țiganii, tot timpul cerem ● nu întotdeauna își face datoria de medic ● a refuzat să-mi dea tratament ● e răutăcios ● nu ni se eliberează adeverințe

DISCUȚII ȘI CONCLUZII

În ceea ce privește starea de sănătate a populației de etnie romă, există percepția general răspândită, chiar și în rândul membrilor de etnie romă că *romii sunt mai sănătoși și mai rezistenți la boli*.

Excluziunea formală (a celor fără acte), conform datelor empirice este relativ redusă (în majoritatea cazurilor, romii sunt consultați și internați, chiar dacă nu dovedesc calitatea de asigurat).

Excluziunea informală cuprinde întreaga populație a României și se datorează, în primul rând, disfuncțiilor sistemului sanitar din România.

Excluziunea romilor de la serviciile de sănătate publică este datorată, în primul rând, distribuției geografice neechitabile a unităților sanitare.

La nivelul actului medical curativ, există atât discriminare negativă, cât și discriminare pozitivă pe criterii etnice. În general, medicii de familie se confruntă cu o serie de probleme care îngreunează mult actul medical și nemulțumesc pacienții (atât romi cât și ne-romi): sarcini birocratice și administrative mari, suprapopularea listelor medicilor de familie, lipsa de informare a pacienților, distanța față de dispensare (mulți medici sunt navetiști), numărul foarte mic de asistente medicale.

Concluzionând, principalele mecanisme de excludere a populației, în general, de la serviciile de asistență medicală sunt: distribuția disproporționată în profil teritorial a unităților care oferă servicii medicale; costurile mari, formale și informale ale actului curativ (mentalitatea de „a da și a cere șpagă”); dezechilibrul raportului în ceea ce privește partea curativă și cea preventivă; absența farmaciilor; lipsa infrastructurii și logisticii corespunzătoare unor servicii de planificare familială; lipsa serviciilor medicale de asistare a sarcinii, nașterii și nou-născutului; dese blocaje financiare între Casele de asigurări de sănătate și dispensarele medicale; modificările permanente ale listelor medicamentelor compensate.

BIBLIOGRAFIE

1. Cace, S., Vlădescu, C., *Starea de sănătate a populației roma și accesul la serviciile de sănătate*, București, Editura Expert, 2004.
2. Cace, S., Vlădescu, C., (coord.), *Accesul populației roma la serviciile de sănătate*, „Jurnalul practicilor pozitive comunitare”, nr. 3-4, 2004.
3. Revenga, Ana, Ringold, Dena, Tracy, William, M., *Poverty and Ethnicity – A Cross-Country Study of Roma Poverty in Central Europe*, „Technical Paper”, no. 531, The World Bank, Washington, 2002.
4. Ringold, Dena, *Roma and the transition in Central and Eastern Europe*, Washington, The World Bank, 2000.
5. Ringold, Dena, Orenstein, Mitchell A., Wilkens, Erika, *Roma in an expanding Europe: Breaking the poverty cycle*, Washington, The World Bank, 2003.
6. Ionete, C., Chircă, C., (coord.), *Raportul Național al Dezvoltării Umane 1998*, PNUD, 1998.
7. Panduru, F., Porojan, D., *Starea de sănătate a populației din România*, INS, 2001.

8. Zamfir, C., Preda, M., (coord.), *Romii în România*, București, Editura Expert, 2002.
9. *** *Raport de activitate al Ministerului Sănătății pentru anul 2003*.
10. *** *Report on the situation of Roma and Sinti in the OSCE Area*, Organization for Security and Co-operation in Europe, High Commissioner on National Minorities, Haga, 2000.
11. *** *Social assesment of Roma and HIV- AIDS in Central East Europe*, 2003–2004, Bucharest, 2003–2004.
12. *** *Calitatea vieții în România 1990–2003*, Raport de cercetare ICCV – Decembrie 2003, coord. I. Mărginean.
13. *** *Planul național antișaracie și promovare a incluziunii sociale*, Guvernul României, 2002.
14. *** *Condițiile de viață ale populației României*, INS, 2002, p. 46–52.
15. *** *Statistică teritorială 2002*, INS, 2002, p. 377–380.
16. *** *Rapport Mondial sur le Developpement Humain 2003*, PNUD, 2003, p. 255.
17. *** *Barometrul de opinie privind serviciile de sănătate*, Metro Media Transilvania, 2002, www.mmt.ro.
18. *** *Carta reformei serviciilor de sănătate din România*, Ministerul Sănătății și Familiei, 2003, www.msf.ro.
19. *** *Societatea Româna de pneumologie*, www.srp.ro.
20. *** *Anuarul Statistic al României*, INS, 2003.
21. *** *Anuarul Statistic al județului Călărași*, INS, 2003.
22. *** *Anuarul Statistic al României al județului Galați*, INS, 2003.
23. *** *Anuarul Statistic al județului Giurgiu*, INS, 2003.
24. *** *Anuarul Statistic al județului Tulcea*, INS, 2003.
25. *** *Șpaga la români*, ICCV, 2004.

The reform process, the under-financing and low social control of the health system in Romania limitate the acces of the people to the health services, especialy the acces of the poorest people, roma and non-roma. The inconsistency of the politics regarding the reform of health system creates some mechanisms of exclusion of the population. This article is an evaluation of some important mechanisms of exclusion (emphasizing the roma exclusion). The findings of the research are the results of an empiric research in 35 communities with roma, from five counties: Călărași, Tulcea, Galați, Giurgiu and București, in Romania.