

DIAGNOZA ȘI PERSPECTIVELE ASISTENȚEI MEDICALE DIN ROMÂNIA ÎN PERIOADA DE TRANZIȚIE

ANDREI NOVAK

Accentuarea crizei economice din România a fost însoțită de o degradare a calității asistenței medicale astfel încât cerințele privind reforma sistemului sanitar au devenit deosebit de acute atât din perspectiva beneficiarilor cât și din aceea a personalului medical care asigură calitatea prestațiilor.

Este evident să stagnarea formării de specialiști, cerințele bugetare, lipsa importurilor, dificultățile în producția și în aprovizionarea cu medicamente, lipsa de aparatură medicală, de instrumente și materiale sanitare au dus la degradarea rapidă a calității asistenței medicale, la agravarea bolilor, la reducerea anilor potențiali de viață.

1. Starea sistemului serviciilor de sănătate

Desigur că starea de sănătate este influențată nu numai de calitatea asistenței medicale ci și de factori biologici, ai mediului ambiant fizic și social, de comportament ș.a.

1.1. Factori care influențează starea de sănătate

— *Poluarea aerului* prin praf, gaze, bioxid de azot, dioxid de carbon ș.a. influențează negativ starea de sănătate. Centrele de medicină preventivă județene monitorizează calitatea aerului în 94 localități iar în 35% dintre localitățile supravegheate nivelurile de poluare a aerului depășesc concentrațiile maxime admise¹.

— *Calitatea apei* de băut este monitorizată în toate localitățile urbane și periodic în cele rurale. Poluarea microbiană a apei reprezintă un potențial de risc pentru sănătate; în mediul rural, în 33% din fântânile individuale concentrația nitraților în apa de băut depășește de mai multe ori concentrația maximă admisă (Mehedinți, Dolj, Constanța, Botoșani).

— *Condițiile de salubritate ale localităților*. Salubritatea străzilor se realizează în proporție de 10-25% în majoritatea localităților țării, iar în București aceasta se realizează pe cca. 30% din străzi.

— *Factorii alimentari*. Evaluat sub raport caloric, consumul alimentar zilnic poate fi considerat bun dar sub aspect structural se evidențiază dezechilibre care sunt cu atât mai mari cu cât familia are o dimensiune mai mare iar venitul mediu este mai mic. Principalele dezechilibre se referă la: consumul zilnic scăzut de proteine de origine animală și echilibrarea lui prin proteine de origine vegetală, scăderea ponderii calorilor care provin din

¹ Amalia LUCA, *Analiza stării de sănătate a populației și a activității medicale*, C.N.P., 1992.

alimente de origine animală în favoarea celor vegetale, proveniența din grăsimi a calorilor de origine animală.

— *Stilul de viață*. Consumul abuziv de băuturi alcoolice și tutun aduce mari prejudicii economiei prin: concedii de boală și accidente, absenteism, scăderea productivității muncii și a calității bunurilor produse de persoanele care consumă alcool. La toate acestea se adaugă efectele în plan *personal* (izolarea de societate, decăderea morală, deteriorarea sănătății), *familial* (influența nefastă asupra educației copiilor, afectarea bugetului familiei și destrămarea acesteia) și *social* (comportament periculos, accidente de muncă sau de circulație, parazitism social).

Având în vedere faptul că aproximativ 40% din decese sunt provocate de boli legate de stilul de viață, se poate aprecia că un număr considerabil de decese ar putea fi evitate sau amânate, ca rezultat al modificărilor de comportament. În acest sens, politica sanitară trebuie să accentueze promovarea sănătății și dezvoltarea serviciilor preventive la nivel de individ și de comunitate influențând astfel reducerea numărului de decese prin cauze evitabile. Baza tuturor acțiunilor de sănătate trebuie să o constituie prevenirea bolilor și reducerea deceselor premature, prin influențarea factorilor de mediu precum și a celor legați de stilul de viață.

1.2. Baza materială a sănătății

— O mare parte din actualele edificii de sănătate sunt neadecvate iar dotările tehnico-medicele au un mare grad de uzură și sunt depășite din punct de vedere tehnic

— Din centrele de medicină preventivă județene doar 17% funcționează în clădiri adecvate, celelalte unități cu funcție sanitară antiepidemică fiind amplasate în localuri improprii neputându-se asigura componentele de determinare obligatorii (de medicină a muncii, bacteriologie, virusologie, controlul radiațiilor).

— Asistența medicală a populației rurale prezintă o situație critică, aproape jumătate din dispensarele medicale rurale funcționând în localuri subdimensionate, degradate, fără a asigura cadrul minim de funcționalitate medicală.

— Dotarea cu aparatură medicală a unităților sanitare (spitale, sanatorii, policlinici, centre de medicină preventivă, dispensare medicale urbane și rurale, stații de salvare) se află într-o situație critică atât sub aspectul dotării cu instrumente și materiale cât și în ce privește modernizarea — întregul sistem medical, de diagnostic, investigație fiind la nivelul deceniului al cincilea, pe plan european².

1.3. Asigurarea cu resursele umane

Analiza statistică a unora din principalii indicatori care evaluează asistența medicală are ca scop să surprindă evoluția în timp a acestora cât și pe acela de a estima efortul necesar de efectuat pentru a ajunge la nivelul mediu înregistrat în celelalte țări europene. Analiza statistică, folosind o parte a indicatorilor cuprinși în „Schema indicatorilor utilizați în evaluarea calității serviciului de asistență medicală”³ se bazează pe:

² Amalia LUCA, *Analiza stării de sănătate a populației și a activității medicale*, C.N.P., 1992.

³ Amalia LUCA, *Modernizarea asistenței medicale în condițiile asistenței economiei de piață*, Ministerul Sănătății.

— **dinamica indicatorilor**, pe o perioadă de trei decenii, pentru a cunoaște evoluția în timp a fenomenelor studiate;

— **comparații internaționale**, pentru a cunoaște locul actual ocupat de țara noastră în contextul european și în cel al țărilor foste socialiste, decalajul existent și efortul necesar în vederea eliminării sau a diminuării acestui decalaj.

Tabelul următor prezintă atât evoluția în timp (1960-1991) a nivelurilor indicatorilor de asigurare în resursele umane specifice asistenței medicale cât și nivelurile medii ale acestor indicatori, înregistrate în Europa și în țările foste socialiste.

Nivelul unor indicatori ai asistenței medicale din România (1960-1991),
Europa și țările foste socialiste

Indicatorii	România			Nivelul mediu din țările foste socialiste	Nivelul mediu european
	1960	1989	1991		
1	2	3	4	5	6
1. Medici la zece mii de locuitori	12,7	18,1	18,1	24,5	25,2
2. Stomatologi la zece mii de locuitori	0,9	3,1	2,8	4,8	5,7
3. Farmaciști la zece mii de locuitori	2,6	2,8	2,2	3,4	4,2
4. Cadre medii sanitare la zece mii de locuitori	33	58,6	54,3	63,3	55,3

SURSA: col. (1), (2). *Breviar de statistică sanitară*, CCSS, 1991.

col. (3) . *România în cifre. Breviar statistic*, CNS, 1992.

Nivelurile medii înregistrate în Europa și în țările foste socialiste au fost calculate de autor pe baza datelor existente în 16-20 țări europene, date corespunzătoare anilor 1985-1987.

— Numărul medicilor ce revin în România la zece mii de locuitori a crescut în perioada 1960-1991 cu 42% dar, comparativ atât cu țările foste socialiste cât și cu nivelul mediu european, ocupă ultimul loc, având un nivel mai scăzut de 1,4 ori față de cele două repere.

— Numărul stomatologilor ce revin la zece mii de locuitori a crescut de 3,4 ori în 1989 față de cel existent în 1960 dar a scăzut în anul 1991 cu 9,7% față de 1989, România fiind și din acest punct de vedere pe ultimul loc din cele 18 țări europene luate pentru comparație. În țările foste socialiste numărul mediu al stomatologilor ce revin la zece mii de locuitori era, în anii 1985-1987, de 1,7 ori mai mare decât cel înregistrat în 1991 în țara noastră, iar nivelul mediu european era de 1,9 ori mai mare decât cel din România.

— Între 1960 și 1989, numărul farmaciștilor raportat la zece mii de locuitori a crescut doar cu 7,7%, iar în 1991 acest număr a scăzut cu 21,4% față de 1989. Pentru perioada analizată, numărul farmaciștilor ce revin la zece mii de locuitori în țările foste socialiste era cu 54% mai mare decât cel din România anului 1991, în timp ce nivelul mediu european era de 1,9 ori mai mare decât cel românesc.

În ce privește accesibilitatea populației la asistență medicală, studiată prin prisma asigurării echilibrate a tuturor județelor cu personalul medical, se constată mari discrepanțe între acestea. Astfel, raporturile de defavorizare între județul cel mai bine asigurat cu

personal medical și județul cel mai slab asigurat au fost (pentru anul 1990) de 1,88 în ce privește numărul medicilor ce revin la zece mii de locuitori, 2,77 în ce privește numărul stomatologilor ce revin la zece mii locuitori și 3,36 în ce privește numărul farmaciștilor ce revin la zece mii locuitori; județele cele mai favorizate fiind Timiș, Sibiu și respectiv, Municipiul București în timp ce județele cele mai defavorizate erau Tulcea, Botoșani și respectiv, Vaslui.

1.4. Starea de sănătate a populației

Deși starea de sănătate a populației este influențată și de factori biologici (patrimoniul genetic), de mediu ambiant (fizici, psihici, sociali) și comportamentali (stil de viață, alimentație), indicatorii de morbiditate și cei de mortalitate oglindesc, în mare măsură, și slaba eficacitate a asistenței medicale.

Un nivel mai ridicat al acestor indicatori, caracteristic din păcate țării noastre, reflectă carențele grave ale sistemului de organizare sanitară, ale asigurării corespunzătoare a populației cu resursele umane și materiale absolut necesare acestui important serviciu social.

Nivelurile unor indicatori de mortalitate și ai duratei medii de viață din România (1960-1991), în țările foste socialiste

INDICATORII	ROMÂNIA		Nivelul mediu al țărilor foste socialiste	Nivelul mediu european
	1960	1991		
1. Decese la mia de locuitori	8,7	10,9	11,2	10,09
2. Decese la mia de născuți vii	74,6	22,7	17,65	11,36
3. Decese la mia de copii 1-4 ani	3,9	1,85 ¹	1,09	0,69
4. Idem (4) cu excepția României și a URSS	-	-	0,72	0,54
5. Durata medie a vieții	65,96	69,86 ²	71	74,56

SURSA: *Breviar de statistică sanitară*, CCSS, 1991.

Nivelurile medii înregistrate în Europa și în țările foste socialiste au fost calculate de autor pe baza datelor existente în 18-20 țări europene, date corespunzătoare anilor 1968-1989.

1) pentru anul 1990.

2) pentru perioada 1989-1991.

Decesele la mia de locuitori au crescut în România pe parcursul celor trei decenii cu peste 25%, fiind însă ușor sub nivelul mediu corespunzător țărilor foste socialiste dar fiind cu 8% mai ridicat decât nivelul mediu european.

Mortalitatea infantilă având, în 1960, un nivel deosebit de îngrijorător, 7 copii dintr-o sută de născuți vii, a coborât la 2,7 în 1989 și la 2,3 în 1991, adică niveluri ce reprezintă „doar” 36 și respectiv 30% din cel înregistrat în 1960 în România, dar care ne situează pe ultimul loc (pentru 1990) din cele 25 țări europene pentru care au existat informațiile necesare.

Nivelul înregistrat în 1991 în România era de 1,29 ori mai ridicat decât cel înregistrat în medie în țările foste socialiste și de 2 ori mai mare decât nivelul mediu

european. De altfel, cu excepția Iugoslaviei, a fostei URSS și a României, toate țările europene au nivelurile acestui indicator sub 16 la mia născuți vii ceea ce face ca România să înregistreze în realitate un nivel al mortalității infantile de 1,75 ori mai ridicat decât în celelalte țări foste socialiste (R.D. Germană, Cehoslovacia, Bulgaria, Ungaria și Polonia) și de 2,4 ori mai ridicat decât nivelul mediu al altor 22 țări europene.

Decesele copiilor de la 1-4 ani, raportate la mia din grupa de vârstă corespunzătoare au scăzut în România de la 3,9 în 1960 la 2,07 în 1989 și la 1,85 în 1991, nivelul din acest ultim an, fiind sub jumătatea (47,5%) celui din 1960. Cu toate acestea, mortalitatea la această grupă de vârstă este de 1,7 mai ridicată decât în țările foste socialiste și de 2,7 ori față de nivelul mediu european. Din păcate, și din acest punct de vedere, România, alături de fosta URSS, constituie o nefericită excepție. Fără aceste două țări nivelul mediu înregistrat în celelalte țări socialiste este de 2,6 ori mai redus decât în România iar cel din celelalte țări europene de 3,4 ori mai redus.

Un copil în România anului 1991 a avut un risc de 2,4 ori mai mare de a nu ajunge la vârsta de un an și apoi, un risc de 3,4 ori mai mare de a nu ajunge la vârsta de 4 ani decât un copil născut în altă țară europeană. De asemenea, copilul născut în România a avut și are un risc de 1,75 ori și respectiv 2,6 ori mai ridicat de a nu ajunge la vârstele de un an și respectiv de patru ani, decât un copil născut în altă țară fostă socialistă (cu excepția URSS).

Durata medie de viață exprimând numărul de ani pe care îi are de trăit un nou născut viu presupunând că ordinea de decese la toate grupele de vârstă va fi cea exprimată de tabele de mortalitate, a crescut cu aproape patru ani în intervalul 1960-1991. Coincidență sau nu, țările foste socialiste ocupă ultimele locuri pe scala europeană cuprinsă între 77,8 ani (Elveția) și 69,3 ani (fosta URSS). Cu puțin peste un an față de media înregistrată în țările foste socialiste (71 ani), durata medie de viață din România (69,86 ani) este cu 4-5 ani mai mică decât nivelul mediu european (74,56 ani).

1.5. Percepția calității asistenței medicale

Dintr-o cercetare^{4,5} efectuată în anul 1992 pe un eșantion reprezentativ pentru municipiul București — în ce privește structurile pe sexe, vârste și categorii socio-profesionale — s-a constatat că populația adultă (18 ani și peste) apreciază în modul următor *calitatea asistenței medicale*, doar unul din 4-5 subiecți (22,5%) sunt (foarte) mulțumiți în timp ce fiecare al doilea subiect (46,5%) sunt total nemulțumiți sau o apreciază doar în mică măsură. Pe o scală cuprinsă între 1 (deloc) și 5 (în foarte mare măsură) calitatea asistenței medicale este apreciată cu 2,66 adică între „în mică măsură” și „așa și așa”, neatingând deci nici măcar nivelul mediu de apreciere.

În ce privește *formele de asistență medicală* solicitate de subiecți în mod obișnuit, acestea sunt cele teritoriale în 60-65% din situațiile în care sunt probleme cu sănătatea copiilor sau adulților și în 48% din intervențiile stomatologice, în timp ce asistența medicală cu plată este solicitată în 23% din cazurile în care se îmbolnăvesc copiii, 33% din cele ale adulților și 43% când este vorba de tratamentul stomatologic (restul procentelor

⁴ Andrei NOVAK, *Evaluarea calității serviciilor sociale*, în *Probleme economice*, nr. 15-16-17, 1992.

⁵ Andrei NOVAK, *Evaluarea calității serviciilor sociale și a autorităților (instituțiilor) publice*, în *Probleme economice*, nr. 34-35, 1992.

până la 100 se referă la alte situații: au medici în familie sau printre cunoștințe ș.a.). Vârsta subiecților influențează opțiunile acestora în sensul că persoanele mai tinere solicită în mai mare măsură asistența medicală cu plată: 37% din persoanele între 18-34 ani, 32% din cele cuprinse între 35-59 ani și 23% din persoanele în vârstă de 60 ani și peste. Muncitorii (31%) și pensionarii (25%) solicită, asistența medicală cu plată în mai mică măsură decât o fac intelectualii (43%).

2. Orientări în domeniul politicii de sănătate

2.1. Restructurarea sistemului serviciilor de sănătate

În cadrul restructurării se pot avea în vedere următoarele variante ⁶.

- constituirea unui sistem național de sănătate mixt, public și privat, finanțat din taxe și impozite generale, din fondurile de asigurări de boală și din alte surse (private, de caritate ș.a.);
- instituirea unui serviciu național de sănătate finanțat preponderent din fondurile publice;
- constituirea unui sistem de sănătate bazat pe asigurări de boală, obligatorii și facultative;
- funcționarea unor servicii preponderent private.

În ceea ce privește privatizarea în sistemul medico-sanitar din România, aceasta întâmpină următoarele dificultăți: lipsa spațiilor, lipsa sistemului pentru sănătate, lipsa creditelor cu dobândă mică, lipsa producției personalului medico sanitar român față de medicii străini care doresc să desfășoare activități în sistem privat pe teritoriul României, lipsa sistemului de acreditare, supraveghere și control a activității în sistem privat.

Desigur că viitorul asistenței medicale cu plată, de fapt al privatizării asistenței medicale din țara noastră, poate fi discutat numai în contextul general al organizării sistemului sanitar, al modului de finanțare a acestuia.

În prezent, dacă în Franța (68%) sau Germania (42%) ponderea îngrijirilor ambulatorii asigurate de medicii ce profesează liber este ridicată, nu e mai puțin adevărat că în alte țări, cum ar fi Marea Britanie sau Suedia, sectorul privatizat acoperă doar circa 10% din ansamblul îngrijirilor medicale. Dacă în Suedia și Marea Britanie societatea își asumă cea mai mare parte a prestațiilor de servicii de asistență medicală, iar bolnavii nu au nici un fel de participare financiară sau aceasta este foarte redusă, în Germania și Franța responsabilitatea financiară este împărțită între individ (mai puțin) și societate (mai mult). În toate aceste țări însă există sisteme naționale de asigurări pentru boală, sisteme care cuprind marea majoritate a populației.

Alături de necesitatea creșterii gradului de asigurare a populației cu personal medical la un nivel apropiat celui european și de cea a diminuării drastice a nivelului mortalității infantile și a celei corespunzătoare grupei de vârstă 1-4 ani, restructurarea sistemului de asistență medicală va trebui să aibă în vedere: dezvoltarea serviciilor preventive; introducerea și dezvoltarea unor forme noi de asistență medicală ambulatorie (cabinele particulare, clinici de diagnostic, asistența cu plată); dezvoltarea serviciilor de asistență de

⁶ Amalia LUCA, *Op. cit.*

urgență; asigurarea aparatului medical, instrumentelor și materialelor sanitare, a medicamentelor; atragerea de noi surse de finanțare a ocrotirii sănătății; dezvoltarea unui sistem de evaluare a calității asistenței medicale.

2.2. Formarea și dezvoltarea resurselor umane

Având în vedere că Ministerul Sănătății a elaborat⁷ necesarul dorit de resurse umane pentru satisfacerea mulțumitoare a nevoilor pentru sănătate, necesar plasat sub nivelul mediu european dar care ține cont de posibilitățile actuale ale țării, estimarea ritmului și numărului de ani necesari s-a realizat având în vedere ambele obiective.

Ipotezele de lucru s-au referit la creșterile disponibilului, de medici stomatologi și farmaciști în presupuse ritmuri medii anuale de 5 sau 7,5%. Subliniem faptul că aceste creșteri sunt estimate, în principal, prin necesarul mult mai mare de studenți, viitori absolvenți și mai puțin prin reducerea pierderilor naturale.

Facem această afirmație pe baza unor estimări⁸ care arată că de la nivelul actual până la cel propus (de Ministerul Sănătății) sunt necesari, păstrându-se constant atât numărul anual de absolvenți cât și pierderile naturale anuale, 13 ani pentru asigurarea cu medici, 20 ani pentru asigurarea cu stomatologi și 55 ani pentru cea cu farmaciști. Chiar dacă nu am lua în calcul pierderile naturale, numărul de ani necesari atingerii obiectivului propus, în situația în care numărul absolvenților ar rămâne constant, ar fi de 10, 13 și respectiv 28 de ani. Mai facem precizarea că acești „număr de ani necesari” încep să fie calculați după perioada de școlarizare (6 ani) ceea ce impune ca deciziile respective să fie luate cât mai repede posibil.

Numărul de ani necesari atingerii nivelurilor propuse de asigurare cu personal medical

INDICATORII	Nivelul de asigurare din:			Numărul de ani necesari atingerii nivelului:			
	România 1991	dorit pentru România	Europa	dorit pentru România		mediu european	
				5%	7,5%	5%	7,5%
1. Număr de medici ce revin la 10 mii locuitori	17,5	24,8	25,2	8	5	8	5
2. Număr stomatologi ce revin la 10 mii de locuitori	2,7	3,7	5,74	7	5	16	11
3. Număr farmaciști ce revin la 10 mii locuitori	2,1	3,4	4,22	10	7	15	10

Desigur, ritmurile de creștere luate în calcul — 5 și 7,5% — au un caracter ipotetic, având doar scopul de a ilustra efortul necesar atingerii unor obiective care să ne permită compararea cu celelalte țări europene.

⁷ Modernizarea asistenței medicale în condițiile asistenței economiei de piață, Ministerul Sănătății

⁸ Amalia LUCA, Op. cit.