

RESPONSABILITATEA INDIVIDUALĂ ȘI SOCIALĂ PENTRU SĂNĂTATE ÎN CONTEXTUL CULTURAL ȘI ECONOMIC SPECIFIC AL REPUBLICII MOLDOVA

Rodica Gramma

Școala de Management în Sănătate Publică, USMF „Nicolae Testețanu”

Summary

The individual and social responsibility for health in the specific cultural and economical context of the Republic of Moldova

Two factors with a direct impact on the population health are analyzed in this article: social and individual responsibility for health, especially underlining the cultural and economic contexts which are characteristic to our society. There are described several perceptions, common amongst local population, towards their own health and the role of the healthcare system attempting to find a causality of alarming statistical indicators of public health registered during the last five years. It is suggested revising some activities within the current national and branch programs in healthcare system with the aim to enhance the promotion of health culture amongst wider population.

Rezumat

În articol se analizează doi factori care au un impact direct asupra sănătății populației: responsabilitatea socială și cea individuală pentru sănătate, în special evidențind contextul cultural și economic specifice societății noastre. Sunt descrise unele percepții frecvente în rândurile populației autohtone față de propria sănătate și față de rolul sistemului sanitar, cu încercarea de a găsi o cauzalitate a indicatorilor statistici alarmanți de sănătate publică înregistrați pe parcursul ultimilor 5 ani. Se propune o revizuire a unor activități din cadrul programelor naționale și ramurale existente în sistemul sănătății, cu necesitatea de a intensifica promovarea unei culturi a sănătății în rândurile populației largi.

Stările morbide sunt determinate de factori complecși, care acționează într-un sistem sinergetic. Astfel, starea sănătății populației este un indicator integrat al dezvoltării sociale a țării, o reflectare a bunăstării social-economice și morale a poporului, a condițiilor de trai și consumului de servicii medicale, precum și a gradului de educație adecvată despre factorii de risc și comportamente sănătoase, cultura a sănătății existente. Din aceste considerente, ne-am propus să analizăm importanța rolului individului și a sistemului de sănătate pentru prosperarea sănătății publice, reieșind din responsabilitatea asumată de către fiecare parte, în special evidențind specificul contextului cultural al Republicii Moldova, țară cu tradițiile caracteristice regiunii Europei de Est și a țărilor spațiului post-sovietic.

Este inutil de a începe o discuție despre o cultură a sănătății fără a lua în seamă mediul ambiant, valorile și tradițiile care, într-o societate, stau la baza educației fiecărui individ. Fenomenul culturii este unul foarte complex și include zeci de definiții [5]. Făcând o analiză a acestora observăm că cultura este determinată de modele de gândire, simțire și acțiune caracteristice unei populații sau unei societăți, cu manifestarea ulterioară a acelor modele în lucruri concrete. În termenul amplu de *cultură* sunt incluse acele sisteme de valori care, sub influența diferitor factori (și deseori a unor ideologii) au fost acceptate pe parcursul istoriei și s-au înrădăcinat ca norme comportamentale ale unei comunități umane.

Evident că, situația economică precară în care s-a aflat țara noastră pe parcursul ultimilor 20 de ani a avut un impact și asupra comportamentelor populației și, observăm că, au scăzut esențial standardele față de calitatea vieții, în special a persoanelor din regiunile rurale. O mare parte din populație, trecând printr-o perioadă de criză economică îndelungată, cu insuficiență de produse alimentare și cu bunuri materiale oferite pe cartele, cu deficit acut de medicamente și lipsă permanentă de bani, a ajuns să se mulțumească cu un minimum care le oferă supraviețuirea, modificându-și atitudinea față de propria stare de bine și de sănătate. Deseori persoanele acceptă

starea de boală doar atunci când aceasta se caracterizează prin durere puternică sau incapacitate, când situația devine insuportabilă și, respectiv, maladiile ajung a fi incurabile.

Prioritățile populației sunt puternic influențate de sărăcie și uneori par a demonstra un complex de inferioritate a poporului care trăiește în lipsuri. Datorită unui cult înrădăcinat pe parcursul anilor, în popor încă persistă opinia „*de a fi în rând cu lumea*”, care de multe ori se transformă în cheltuieli exagerate și inutile, chiar și în condițiile unor restrângeri financiare evidente. Este bine cunoscută situația când, în special în regiunile rurale, în caz când apar anumite surse financiare, persoanele vor da prioritate unor investiții în valori materiale o tentă de pompozitate (automobile de lux, porți de fier și ziduri de piatră etc.), ignorând importanța alimentației sănătoase, a unor investigații medicale ample, a unor cure de tratament profilactic sau de recuperare în stații balneare. Vizita la medic ar însemna investire de timp și de bani, însă în contextul cultural rural, aceasta pare că se merită doar atunci când apare problema de sănătate cu adevărat gravă, fără a avea o deprindere pentru un control profilactic, din propria inițiativă.

Astfel, analizând datele statistice oficiale observăm unele rezultate alarmante. Se determină o rată înaltă a incidenței maladiilor oncologice. Pentru anul 2010, din numărul bolnavilor noi depistați cu tumori maligne, circa o treime sunt diagnosticați cu grupa clinică IV, ceea ce presupune șanse foarte joase de tratament și pronostic nefavorabil [1].

Alarmante sunt și datele despre morbiditatea și mortalitatea persoanelor în vârstă aptă de muncă. 18,2% dintre decesele în vârstă aptă de muncă revin maladiilor oncologice. Crește rata cronicizării maladiilor sistemului cardio-vascular, care în 25,8% cazuri constituie cauza deceselor persoanelor în vârstă aptă de muncă. Totodată, observăm că mortalitatea în rândurile acestei grupe de vârstă în mediul rural este de cca 1,4 ori mai înaltă decât în mediul urban [6].

Conform studiului selectiv al Biroului Național de Statistică realizat în anul 2008 [8], cele mai puține cazuri de solicitare a serviciilor medicale sunt caracteristice pentru vârsta de 25-34 ani (14,1%) și, respectiv, nivelul de adresări sporește odată cu vârsta, după 65 ani acesta fiind de 34,0%. Studiul demonstrează că populația urbană este mai îngrijorată de starea sa de sănătate.

Motivul pentru care apelează populația la medic variază foarte mult în funcție de vârstă, sex și mediu de reședință. Astfel, cele mai frecvente motive sunt: pentru tratament general în 40,6% cazuri, în 17,8% cazuri din motiv de răceală sau tuse și 16,2% cazuri s-au înregistrat pentru vizitele repetate. Populația din mediul urban mai des se adresează la medic în caz de răceală, tuse sau febră și ca continuare a vizitei precedente, pe când populația din rural se de obicei adresează pentru tratament general și în caz de careva vătămare.

Cauza renunțării la serviciile medicale diferă foarte mult în funcție de mediul de reședință al persoanei. Populația din mediul urban în caz de boală mai des recurge la utilizarea medicamentelor procurate anterior (75,3% față de 56,8% în rural). În cazul populației rurale mai des se renunță la serviciile medicale pe motiv de insuficiență a mijloacelor financiare (36,4% față de 20,9% în urban), fiind frecvente (28,9%) și cazurile când nu se întreprinde nimic în caz de boală pe motiv că „*situația va fi depășită fără a recurge la servicii medicale*”.

O mare parte a populației noastre așteaptă, într-o manieră pasivă, ca sistemul de sănătate să își asume în întregime grija pentru starea de sănătate a cetățenilor, fără o implicare a acestora în măsuri de prevenire, activități în care ar trebui să se manifeste activ actorii întregii societăți.

Care ar fi rădăcinile unei atitudini atât de pasive din partea pacientului autohton? De ce populația așteaptă lucruri majore de la sistemul sanitar, fără a manifesta interes și participare, chiar și atunci când este vorba, nemijlocit, despre propria sănătate? Considerăm că unul dintre motivele acestei atitudini specifice a populației în relația cu sistemul sănătății îl putem explica prin paternalismul medical promovat pe parcursul multor ani de regim totalitar.

Chiar dacă au trecut 20 de ani de la proclamarea independenței și destrămarea Uniunii Sovietice, cultura țării noastre rămâne încă puternic influențată de valorile și ideologia comunistă. Pe parcursul a mai mult de jumătate de secol în societate erau promovate principiile unei etici socialiste, sau „colectiviste”, cu un caracter paternalist puternic pronunțat. Colectivul își asuma întreaga responsabilitate a deciziilor pentru determinarea beneficiului individual. În acest tip de relație se refuza “Eului” individualizat de a-și determina soarta și de a fi responsabil

pentru ea. Cheltuielile pentru asistența medicală erau asigurate în întregime de stat, și numai statul își asuma dreptul de a decide ce spectru de servicii este necesar populației, când și cum se oferă acestea. Într-un anumit fel, decizia pentru binele populației era într-un tot o prioritate comunitară.

Regăsim amprenta acestei abordări impregnată puternic și în sistemul de relații medic-pacient. Problema informării pacientului era (și cu regret încă rămâne a fi) considerată mai mult drept una de ordin tehnic, decât etic. În cazurile când consimțământul pacientului sau a rudelor sale era necesar, se prefera concepția “minciunii sacre”, care până în anii 90 era chiar propagată în deontologia medicală. Taina medicală era percepută drept informația medicală care o poate cunoaște doar personalul medical și este închisă pentru pacient. Mai mult chiar, curricula de instruire medicală superioară până nu demult nu prevedea programe de pregătire a viitorilor medici în domeniul principiilor fundamentale ale Drepturilor Omului, iar așa noțiuni de bază ca *acord informat*, *informarea pacientului*, *confidențialitatea*, *dreptul la alegere*, *dreptul la informare* etc. erau interpretate din perspectiva intereselor comunitare și a beneficiului sănătății publice, fapt ce astăzi generează tot mai multe conflicte.

Atitudinea paternalistă a statului și sistemului din perioada regimului comunist a modificat radical percepția propriei individualități a pacientului din acest spațiu. Acest fapt mi-a fost confirmat și pe parcursul experienței mele profesionale din ultimii ani. În perioada 2004-2006 activând în cadrul unui spital municipal, ca bioetician, mă ocupam nemijlocit cu elaborarea unui model de acord informat al pacientului, deoarece acesta, conform cerințelor de acreditare pentru instituțiile medicale contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, devenise un document cerut obligatoriu. Amintesc că, până la acel moment, noțiunea de *consimțământ informat* era una străină atât medicilor practicieni, cât și pacienților. La momentul intrării în spital, în secția de internare, le puneam pacienților întrebări simple pentru a obține acordul informat, ce se refereau la dorința pacientului de a fi oferită confidențialitatea deplină a informației despre starea sa de sănătate sau de a fi numită o persoană de încredere căreia i se va putea comunica aceste date; pentru determinarea atitudinii (acceptarea sau refuzul) de a fi implicat pe perioada internării în spital în procesul didactic al studenților și rezidenților de la medicină; exprimarea atitudinii față de preparatele din sânge etc. Am rămas uimită de reacția multor pacienți, care nu doreau să răspundă la întrebări, reproșându-mi: „*Am venit la voi să mă tratați, nu să mă întrebați! Voi sunteți doctorii, trebuie să știți ce e mai bine să faceți!*” Este un răspuns exemplu al pacientului care așteaptă „vindecarea miraculoasă”, fără a dori să se implice, fără a-și recunoaște responsabilitatea care o poartă privind propria stare.

Totuși, trecând de la un sistem sanitar public centralizat de tip Semashko la un sistem de asigurări de sănătate, bazat pe principiul solidarității sociale, era de așteptat o creștere a responsabilității individuale pentru propria sănătate. Cu regret, până în prezent nu s-a efectuat o evaluare în acest aspect a reformelor realizate. Mai mult ca atât, drept urmare a schimbărilor realizate s-a stabilit un dezechilibru grav al raportului între **responsabilitatea socială pentru sănătate** (datoria socială de a promova un efort colectiv îndreptat spre creșterea stării de sănătate a populației măsurată prin descreșterea morbidității și mortalității din societate) și **responsabilitatea individuală** (datoria și capacitatea personală de a avea grijă de propria sănătate), statul abdicând de la rolul său de garant al dreptului la sănătate [2].

În mare parte remanierele realizate s-au focusat preponderent asupra controlului costurilor medicale, ca element central de îmbunătățire a calității serviciilor medicale, favorizând astfel persistența subfinanțării cronice a sistemului public de sănătate. Astfel, în condițiile unei insuficiențe de fonduri, activitățile de profilaxie, promovare și educare pentru sănătate au rămas pe lista de așteptare.

Este binecunoscut faptul că activitățile de profilaxie și prevenție sunt mult mai puțin costisitoare decât tratamentul bolilor deja dezvoltate, iar reducerea mortalității și morbidității populației pot fi obținute prin aplicarea politicilor coerente ce țin de organizarea unor programe de control profilactic pentru diferite grupuri și categorii de populație, în special celor supuse unor anumite riscuri pentru sănătate. O mare parte din aceste activități sunt planificate în Programele

ramurale pentru profilaxia și lupta cu diferite maladii (cardiovasculare, oncologice, leziuni traumatice etc.) care necesită, la moment în Republica Moldova, o finanțare adecvată și durabilă.

Din raportările anuale ale Ministerului Sănătății observăm că acoperirea multor dintre Programele naționale existente se reduce la asigurarea cu medicamente, consumabile sanitare, rămânând neacoperite activitățile de promovare și educare. Analizând datele statistice oficiale observăm o tendință spre creștere a morbidității prin diferite maladii, chiar în contextul realizării unor Programe Naționale în domeniile respective (ex.:diabetul zaharat, infecția TB forme bacilare și HIV) sau a unor activități ramurale realizate (maladiile oncologice, cardiovasculare, leziuni traumatice, ciroze etc.) [6]. Desigur, acest fapt ne sugerează că este necesară o reevaluare a măsurilor planificate, pe domenii, în scopul fortificării acestora și elaborării unor activități suplimentare, pentru a evita creșterea indicatorilor în continuare.

Observăm că tragedia indicatorilor înalți ai mortalității și morbidității populației țării noastre apare din intersecția a două probleme care se agravează reciproc: (1) responsabilitate individuală joasă, cauzată de o educație insuficientă pentru sănătate, de valorile și tradițiile culturale specifice, și (2) lacune în dezvoltarea politicilor și strategiilor sistemului de sănătate, motivate de o lipsă acută de finanțe și de o abordare unilaterală a problemelor existente, fără implicarea activă a altor actori importanți (mass media, poliție, APL etc.).

Este dificil de a propune o prioritizare a acestor două aspecte analizate. Care dintre ele ar fi mai important de efectuat pentru a îmbunătăți indicatorii sănătății publice? Literatura științifică internațională [3, 4, 7, 9, 10] ne sugerează că responsabilitatea socială reiese din responsabilitatea individuală și invers, iar una nu poate avea șansă pentru succes fără cealaltă.

Astfel, pe lângă îmbunătățirea măsurilor strategice luate la nivel de sistem sanitar, este foarte important lucrul cu populația, care trebuie responsabilizată pentru deciziile luate precum și pentru urmările acestora asupra propriei sănătăți. Este necesar de a schimba tipul relației pacientului cu sistemul de sănătate, precum și a medicului cu pacienții săi.

Este o problemă de cultură, de percepții, de atitudini, care este foarte greu de schimbat într-o societate, din moment ce s-au înrădăcinat pe parcursul anilor, însă, altfel, nu am putea pretinde de a ajunge la calificativul de stat democratic, cu tendință de integrare în comunitatea europeană.

Bibliografie

1. Anuarul Statistic al Sistemului de Sănătate din Moldova, anul 2010. Centrul National de Management în Sănătate. Chișinău, 2011.
2. Astărăstoae V., Oprea L., Vicol M.C. Responsabilitatea socială și individuală pentru sănătate în sistemul sanitar românesc. Raport la Adunarea Generală a Colegiului Medicilor din România, București, 25-26 martie, 2010.
3. Beach M.C, Meredith, L.S., Halpern, J et al., Physician conceptions of responsibility to individual patients and distributive justice in health care, *Ann Fam Med*; 3 (1), 53-59. Jan-Feb, 2005.
4. Dahlgren G., Whitehead M., European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006.
5. Georgiu G., *Filosofia Culturii*, Ed: Comunicare.ro, București, 2001.
6. Gramma R., Spinei L., Bivol A., Jemna S. Raport analitic „Analiza stării de sănătate a populației Republicii Moldova prin prisma indicatorilor statistici pentru perioada 2005-2009”. Studiu elaborat în cadrul Proiectului comun „Consolidarea Sistemului Statistic Național al RM, cu suportul PNUD Moldova. Chișinău 2010.
7. Lewis M., Informal Payments And The Financing Of Health Care In Developing And Transition Countries, *Health Aff*, 26 (4): 984-97, 2007.
8. Sănătatea populației și accesul populației la serviciile de sănătate, 2008. Studiul Biroului Național de Statistică ca modul complementar la studiul în gospodării Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice (CBGC), Chișinău, 2009.

9. Morar S. Aspecte etice ale relației medic-societate. Revista Română de Bioetică, 5 (2), 37-41, aprilie-iunie, 2007.
10. WHO Global Report: Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions. Geneva, 2002, <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/icccglobalreport.pdf>

**EVALUAREA ALOCĂRILOR FINANCIARE SERVICIULUI ASISTENȚEI
MEDICALE PRIMARE DIN MUNICIPIUL CHIȘINĂU
ÎN PERIOADA IMPLEMENTĂRII
ASIGURĂRILOR OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ**

Galina Buta

Catedra Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină
USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

*The assessment of financial allocations directed
to the primary health care services in Chisinau municipality during
the implementation of mandatory health insurance*

Viability of the current system of medical assistance, in decisive way is driven by the financial capacity. During the years 2004-2010, in Chisinau, the primary health care income grew annually from 89,433,600 lei in 2004 to 277,257,500 lei in 2010, which is 3.1 times more. The most important percentage in forming of global budget has National Health Insurance Company allocations, which is 75.0 to 93.0% of financial burden. The logical evolution of this phenomenon reveals a growing trend of Primary Health Care income, with an medium annual rate of + 97.0% total incomes and + 129.2% respectively of total incomes and National Health Insurance Company allocations, increasing the tempo corresponding to 12, 2% and 24.1%. According to the calculations, in 2013 the total incomes of the Primary Health Care services in Chisinau will amount to 400000 thousands lei, of which 330000 thousands lei or 82.5% will be National Health Insurance Company allocations.

The accumulated financial resources were used as intended primarily for wages (47.0 ± 1.21%). However, decreases the maintenance costs for institutions, in the context of prices increasing, which cause the damage of assets and create the unsanitary working conditions.

Rezumat

Viabilitatea actualului sistem de asistență medicală, în măsură decisivă este determinată de capacitatea financiară. În perioada anilor 2004-2010 veniturile AMP în mun. Chișinău au crescut anual, de la 89433,6 mii lei în anul 2004 până la 277257,5 mii lei în anul 2010, ceea ce este de 3,1 ori mai mult. Ponderea principală în formarea bugetului global o au alocațiile CNAM, povara suportată fiind de 75,0-93,0%. Evoluția logică a acestui fenomen pune în evidență tendința de creștere continuă a veniturilor AMP, cu rata medie anuală de + 97,0% și +129,2% respectiv venituri totale și alocații CNAM, tempoul de creștere fiind corespunzător de +12,2% și 24,1%. Conform calculelor, în anul 2013 veniturile totale ale serviciului AMP din municipiul Chișinău se vor cifra la 400000 mii lei, dintre care 330000 mii lei sau 82,5% vor constitui alocațiile CNAM.

Sursele financiare acumulate au fost utilizate, conform destinației, prioritar pentru salarizare (47,0±1,21%). Totodată, se diminuează cheltuielile pentru întreținerea instituțiilor, pe fondal de majore continuă a tarifelor, ceea ce induce deteriorarea mijloacelor fixe și crearea condițiilor de muncă insolubile.

Actualitatea

Dezvoltarea sistemului medical din Republica Moldova după obținerea independenței țării,