



## Factors of access to public health services in Romania\*

*Factori de acces la serviciile de sănătate  
publică din România\**

*Reader Claudiu CICEA, Ph.D.*

The Bucharest Academy of Economic Studies, Romania  
e-mail: [claudiu.cicea@man.ase.ro](mailto:claudiu.cicea@man.ase.ro)

*Master Student Corina PÎRLOGEA*

The Bucharest Academy of Economic Studies, Romania  
e-mail: [corina\\_pirloea@yahoo.com](mailto:corina_pirloea@yahoo.com)

### **Abstract**

*In this paper, the authors have proposed to analyze the degree to which population has access to public health services in Romania, through presenting some factors that influence it. The equitable access to a package of basic health services is one of the objectives that the Romanian health system is following, reform which began in 2005 with the adoption of regulatory laws in the sanitary field. One of these laws aims the national health programs, whose progress is contributing to the efficiency of the health field services.*

**Keywords:** *public health, poverty level, medical services, medical-sanitary staff, social insurance, national health programs*

### **Rezumat**

*În lucrarea de față, autorii și-au propus să analizeze gradul de acces al populației la serviciile de sănătate publică din România, prin prisma prezentării unor factori de influență ai acestuia. Accesul echitabil la un pachet de servicii medicale de bază reprezintă unul dintre obiectivele reformei din sistemul de sănătate românesc, reformă începută în anul 2005 prin adoptarea unor acte normative de reglementare în domeniu. Unul dintre acestea vizează programele naționale de sănătate, a căror derulare contribuie la eficientizarea serviciilor din sectorul sanitar.*

**Cuvinte-cheie:** *sănătate publică, nivel sărăcie, servicii medicale, personal, medico-sanitar, asigurări sociale, programe naționale de sănătate*

**JEL Classification:** I10, I18, I19

## Introducere

Sănătatea publică reprezintă starea de sănătate a populației în raport cu determinanții stării de sănătate: socio-economici, biologici, de mediu, stil de viață, asigurarea cu servicii de sănătate, calitatea și accesibilitatea serviciilor de sănătate” (Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006). Apreciem că, în cadrul acestui ultim determinant, apare o lipsă de potrivire între elementele sale, din cel puțin patru motive: etnice sau rasiale, economice (costuri legate de tratamente, spitalizare, co-plăți, timp de așteptare, cost transport etc.), așezare geografică inadecvată pentru îngrijire și calitatea diferită a serviciilor de același tip.

Factorii determinanți care influențează gradul de accesibilitate al populației la serviciile de sănătate sunt în general reprezentați de: nivelul sărăciei, mediul de rezidență, șomajul, ocupația, statutul de asigurat, gradul de acoperire cu personal medical. În opinia noastră, considerăm utilă și necesară prezentarea fiecăruia dintre acești factori, pentru obținerea unei imagini de ansamblu asupra gradului de accesibilitate al populației la serviciile de sănătate din România.

## Nivelul sărăciei și mediul de rezidență

Indicele dezvoltării umane (IDU), elaborat de Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare, reprezintă măsura comparativă a trei aspecte importante ale dezvoltării umane: educație, sănătate și venituri, prin intermediul speranței de viață la naștere, ratei de alfabetizare și nivelului de trai. Menționăm că acest indice este publicat la noi în Raportul de Dezvoltare Umană.

Conform Raportului de Dezvoltare Umană realizat în 2008, pe baza datelor din 2006, IDU de 0,825 plasează România pe locul 62 din 179, ceea ce înseamnă că țara noastră are un nivel avansat de dezvoltare umană. Dorim să precizăm, însă, că nivelurile de dezvoltare au următoarele intervale:

- înalt [0,800-1]
- mediu [0,500-0,799]
- scăzut [0,300-0,499]

Cu toate acestea, există diferențe mari între mediul urban și rural în ceea ce privește rata sărăciei absolute (măsoară schimbările nivelului de bunăstare), prezentată în tabelul 1. Apreciem că se conturează astfel principalul motiv pentru care populația și-ar reduce necesarul de îngrijiri: imposibilitatea de a plăti.

## Rate ale sărăciei absolute pentru zonele rurale și urbane, 2000-2006

Tabel 1

Anul	Rata națională a sărăciei (%)	Rata sărăciei în mediul rural (%)	Rata sărăciei în mediul urban (%)
2000	35,9	47,8	25,9
2001	30,6	44,7	18,8
2002	28,9	42,4	17,6
2003	25,1	38,0	13,8
2004	18,8	27,3	11,6
2005	15,1	23,5	8,1
2006	13,8	22,3	6,8

Sursa: estimările Băncii Mondiale bazate pe Ancheta Bugetelor de Familie

Între mediul urban și cel rural, apar diferențe și în legătură cu repartizarea populației. În 2007, 55,2% din populație s-a regăsit în mediul urban, iar restul de 44,8% în mediul rural.

### Șomajul

Șomerii înregistrați la sfârșitul anului 2008 au fost în număr de 403.441, față de 367.838 persoane în 2007 și 460.495 persoane în 2006. Aceștia reprezintă „persoanele apte de muncă, ce nu pot fi încadrate din lipsă de locuri de muncă disponibile și care s-au înscris la agențiile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă”(Legea nr.1/1991 republicată în anul 1994 și completată prin Ordonanța Guvernului nr.47/1997).

Rata șomajului înregistrat reprezintă, conform INS, raportul dintre numărul șomerilor (înregistrați la agențiile pentru ocuparea forței de muncă) și populația activă civilă (șomeri + populație ocupată civilă, definită conform metodologiei balanței forței de muncă). Aceasta a atins 5,2% în 2006, 4% în 2007 și 4,4% în 2008. După Eurostat, care calculează diferit șomajul, rata șomajului pentru persoane cu vârsta sub 25 ani a fost de 16,8% în 2007, din totalul de aproximativ 3.250.000. În același an, rata șomajului pentru persoane cu vârsta între 25 și 74 ani a atins valoarea de 4,9%, plasând România pe locul 16 din 30 țări europene.

### Ocuparea

În România, populația ocupată reprezintă „forța de muncă ce cuprinde persoanele de 15 ani și peste, care au desfășurat o activitate economică sau socială producătoare de bunuri sau servicii de cel puțin o oră în perioada de referință (o săptămână), în scopul obținerii unor venituri sub formă de salarii, plată în natură sau alte beneficii”( Metodologia Anchetei statistice asupra forței de muncă) cuprinde populația ocupată salariată și populația ocupată nesalariată, adică: patronii, lucrătorii pe cont propriu, lucrătorii familiali neremunerați, membrii ai unei societăți agricole sau ai unei cooperative neagricole.

Populația ocupată în 2006, după statutul profesional, are următoarea structură: 66,2% salariați; 1,6% patroni; 19,1% lucrători pe cont propriu și membrii ai unei societăți agricole sau ai unei cooperative; 13,1% lucrători familiali neremunerați.

În funcție de principalele activități ale economiei naționale, se observă că populația ocupată civilă înregistrează o creștere anuală în rândul activității servicii și o scădere în activitățile legate de agricultură, silvicultură și vânătoare. Agricultorii alături de șomeri, lucrători pe cont propriu și pensionari reprezintă, conform Ministerului Sănătății, categorii ocupaționale, care se află sub limita sărăciei (nivelul de venit care asigură satisfacerea minimumului de nevoi de bază).

Considerăm oportună și prezentarea populației ocupate pe regiuni de dezvoltare. În anul 2006, aceasta era dispersată astfel:

1. Regiunea Vest → 815.000 persoane
2. Regiunea Centru → 1.019.000 persoane
3. Regiunea București-Ilfov → 1.023.000 persoane
4. Regiunea Sud-Vest Oltenia → 1.039.000 persoane
5. Regiunea Nord-Vest → 1.145.000 persoane
6. Regiunea Sud-Est → 1.182.000 persoane
7. Regiunea Sud Muntenia → 1.437.000 persoane

8. Regiunea Nord-Est → 1.653.000 persoane

Deși Regiunea Nord-Est înregistrează cel mai mare număr de persoane din populația ocupată, aceasta este (conform Raportului de evaluare a sărăciei din 2007, elaborat de Banca Mondială, Institutul Național de Statistică și Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale) deținătoarea celei mai mari rate ale sărăciei absolute, în 2006, aproximativ 36%, valoare de patru ori mai mare decât cea a Regiunii București-Ilfov.

**Populația ocupată civilă pe activități ale economiei naționale (%)**

**Tabel 2**

Activități ale economiei naționale \ An	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Agricultură, vânătoare și silvicultură	40,9	36,2	34,7	32,0	31,9	29,7
Servicii	31,6	33,9	35,7	38,0	39,1	41,0
Industrie	23,5	25,5	24,8	24,9	23,5	23,2
Construcții	4,0	4,4	4,8	5,1	5,5	6,1
Pescuit și piscicultură	sub 0,1	sub 0,1	sub 0,1	sub 0,1	sub 0,1	sub 0,1

Sursa: Cap 3. Piața forței de muncă (Anuarul statistic al României 2007)

**Statutul de asigurat în sistemul de asigurări sociale din România**

Sistemul de sănătate din România este de tip asigurări sociale și are ca scop asigurarea accesului echitabil și nediscriminatoriu la un pachet de servicii de bază pentru asigurați.

Acesta a fost introdus pe baza modelului Bismarck (ce se regăsește în țări precum Austria, Franța, Olanda, Germania, Belgia), în 1997 prin Legea nr. 145/1997. Modelul aduce în sistemul nostru de sănătate, primele obligatorii de asigurare, dependente de venituri, pentru ca mai apoi să preia elemente din modelul Semashko (a funcționat în Europa Centrală și de Răsărit) bazat pe bugetul asigurărilor sociale de stat și din modelul Beveridge (în țări ca Anglia, Danemarca, Finlanda, Islanda, Norvegia, Suedia) ce aduce în prim plan medicii de familie.

O persoană asigurată are obligația de a se înscrie pe lista de pacienți a unui medic de familie, pe care îl alege în mod liber, iar serviciile de bază de care beneficiază aceasta, cuprind:

- servicii de medicină primară: servicii medicale profilactice și curative, alte servicii medicale conform competențelor medicului de familie, servicii medicale pentru situații de urgență și eliberarea de acte medicale;
- asistență medicală de specialitate în ambulatorii clinice, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, de exemplu: servicii medicale de înaltă performanță (RMN, scintigrafie etc.);

- servicii medicale spitalicești: serviciile spitalicești pentru patologia pentru care este nevoie de internare (cazuri acute, cazuri cronice, alte situații justificate) și serviciile spitalicești pentru care nu e nevoie de internare (în regim de spitalizare de zi);
- servicii medicale paraclinice: analize medicale de laborator precum: ecografii, radiografii, tomografii, EKG, RMN, fără contribuție personală;
- servicii de medicină dentară: servicii medicale preventive și tratamente stomatologice;
- medicamente cu și fără contribuție personală sau compensate în proporție de 50%, 90% și gratuite. Acestea se prescriu pentru 3-5 zile în cazul afecțiunilor acute, 8-10 zile în cazul afecțiunilor subacute (cu valabilitate 24 ore în mediul urban), pentru până la 30 de zile în cazul afecțiunilor cronice și pentru până la 60 de zile în cazul celor diagnosticați cu diabet zaharat;
- dispozitive medicale pentru recuperarea unor deficiențe organice sau fiziologice, precum corectarea văzului sau proteze pentru membre;
- alte servicii medicale: servicii medicale de urgență și transport sanitar, îngrijiri medicale la domiciliu, servicii de recuperare;
- servicii medicale de urgență pe teritoriul oricărui stat european, pe baza Cardului European de Asigurări Sociale de Sănătate sau a Certificatului Provisoriu de înlocuire a acestuia.

Există și *persoane care nu sunt obligate* sa-și încheie asigurare de sănătate, întrucât sunt asigurate în alte state, cu care România a încheiat documente internaționale cu privire la serviciile și prestațiile medicale acordate pe teritoriul țării noastre și *persoane care își încheie asigurări facultative de sănătate*: membrii misiunilor diplomatice acreditate în România, cetățeni străini care se află temporar în țară și cetățeni români care au domiciliul în străinătate, dar se află temporar în țară.

Instituția ce asigură funcționarea unitară a sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România este Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS).

Raportul de activitate pe anul 2007 al CNAS relevă faptul că, în anul 2007, în mediul urban ponderea populației înscrise pe listele medicilor de familie era de 94,95%, iar în mediul rural 80,27% din totalul de 88,36%.

### **Gradul de acoperire cu personal medical**

Pentru a lămurii o serie de aspecte legate de personalul medical, considerăm utilă prezentarea unei clasificări a acestuia:

- *personal sanitar cu pregătire medicală superioară*: medici, stomatologi, farmaciști;
- *personal sanitar mediu*: asistenți medicali, surori medicale, tehnicieni sanitari, oficanți medicali, moașe, laboranți și alte categorii de personal sanitar cu studii medii asimilate;
- *personal sanitar auxiliar*: infirmiere, îngrijitoare, brancardieri, ambulanțieri, personal care asigură curățenia și igiena unităților sanitare, pregătirea materialelor necesare activității etc.(INS).

Facem precizarea că, în cadrul personalului medico-sanitar este inclus și personalul medical al unor ministere, care au rețea sanitară proprie și cadrele din unitățile Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap.

În anul 2006, conform INS, erau 460 de locuitori la un medic, 2.032 locuitori la un stomatolog și 2.173 locuitori la un farmacist. Astfel, distingem următoarea situație:

aproximativ 22 de medici la 10.000 de persoane și aproximativ 5 stomatologi și tot atâția farmaciști la 10.000 de locuitori.

Numărul total de cabinete medici de familie era în 2007 de 10.983, din care:

- în mediul rural : 4.621 cabinete;

- în mediul urban : 6.364 cabinete.

Alarmant se prezintă faptul că, în anul 2005, existau 98 de localități (cele mai multe în regiunile Nord-Vest și Centru) care nu aveau medic de familie.

Luând în considerare toate cele prezentate, apreciem că este importantă și relevarea modalităților în care autoritățile în domeniu reacționează. Pentru eficientizarea serviciilor de sănătate și creșterea performanțelor sistemului de sănătate românesc, Ministerul Sănătății Publice urmărește reforma sistemului de sănătate și consolidarea rezultatelor acesteia prin următoarele direcții de acțiune:

- egalitatea de șanse pentru toți cetățenii la accesul pachetului de servicii de bază;

- o nouă metodologie de calcul al prețurilor la medicamente;

- o nouă listă a medicamentelor compensate și gratuite;

- raționalizarea serviciilor de sănătate;

- realizarea unor investiții în spitale și echipamente, conform sumelor alocate de la bugetul statului;

- descentralizarea și informatizarea integrată a sistemului;

- atingerea unui nivel al indicatorilor demografici și de sănătate, comparabil cu cel al ”țărilor civilizate”.

Reformarea sistemului de sănătate a început în anul 2005, când Guvernul a adoptat 14 acte normative de reglementare în domeniu, printre care: Legea spitalelor, Legea Farmaciei, Legea privind Fondul național de sănătate, Legea privind Malpraxisul, Legea privind Programele Naționale de sănătate etc.

Guvernul României, a adoptat în 2007 Hotărârea de Guvern 292/2007 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate. Acestea s-au desfășurat sub egida Ministerului Sănătății și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, fiind finanțate de la bugetul de stat sau din venituri proprii Ministerului Sănătății sau CNAS, aceasta din urmă fiind responsabilă de urmărirea și controlul fondurilor aprobate.

Agenția Națională pentru programe de sănătate este cea desemnată pentru a implementa și coordona la nivel național programele de sănătate. La nivel regional și local, acestea sunt implementate și monitorizate de către centrele și autoritățile de sănătate publică.

Prezentăm în continuare, structura programelor naționale de sănătate în anul 2007:

- *programul național de profilaxie* (acesta a urmărit prevenirea bolilor transmisibile și adoptarea măsurilor necesare combaterii lor, dar și a bolilor netransmisibile: cardio-vasculare, endocrine, neurologice etc și îmbunătățirea stării de sănătate a femeii și a copilului);

- *programul național de sănătate mintală* (vizează persoanele cu probleme severe mintale, pe cele cu toxicod dependențe, încercând să asigure accesibilitatea, continuitatea și calitatea serviciilor pentru aceste persoane);

- *programul național de diabet și alte boli de nutriție* (urmărește prevenția și controlul acestor boli și asigurarea accesului la tratament al bolnavilor de diabet);

- *programul național de transplant de organe, țesuturi și celule* (vizează persoanele cu insuficiențe organice, cărora le poate fi efectuată procedura de transplant);

- *programul național de asistență comunitară și acțiuni pentru sănătate* (vizează populația din zone defavorizate și persoanele cu calitatea de luptători în Revoluția din 1989 sau urmași ai eroilor martiri, pentru serviciile de tratament și recuperare balneo-climatică);

- *programul național de tratament în străinătate* (urmărește asigurarea tratamentului pentru acele persoane care necesită tratament în străinătate și nu pot fi tratate în țară);

- *programul național al rezervei Ministerului Sănătății Publice* (are ca scop asigurarea unei cantități suficiente de medicamente și alte produse specifice, în Rezerva Ministerului Sănătății Publice, pentru situații speciale);

- *programul național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară* (program derulat în perioada 2007-2008 și vizează toată populația României. Numărul total de persoane evaluate în anul 2007 a fost de 2.752.953. Aproximativ 89% dintre acestea erau asigurate, iar 34% au reprezentat persoane cu risc de boală. Cea mai întâlnită boală printre pacienți a rezultat a fi diabetul zaharat, 825.540 de persoane suferind de aceasta; grad de apariție mare au înregistrat și bolile cardio-vasculare, 145.981 persoane fiind diagnosticate ca prezentând risc sau având deja o astfel de boală).

Rezultatele complete, obținute în urma desfășurării acestor programe naționale de sănătate, au fost centralizate în Raportul de Evaluare a Programelor Naționale de Sănătate în anul 2007, al Ministerului Sănătății. Acesta cuprinde:

- obiectivele și fondurile necesare derulării activităților;
- principalele activități desfășurate pentru atingerea obiectivelor propuse;
- prezentarea indicatorilor realizați comparativ cu cei propuși;
- proporția în care au fost utilizate fondurile.

Implementarea acestor programe naționale reprezintă un obiectiv general din Planul strategic al Ministerului Sănătății Publice, în acțiunea sa de a crește accesibilitatea populației la serviciile medicale. Alte obiective în această direcție sunt: modernizarea infrastructurii furnizorilor de servicii medicale, dezvoltarea resurselor umane (personalul medico-sanitar) în funcție de nevoile populației, furnizarea prin sistemul de asigurări sociale de sănătate a unui pachet esențial de medicamente compensate sau gratuite.

Putem concluziona că, aceste evoluții de perspectivă sunt doar câteva dintre elementele edificatoare pentru crearea unui sistem de sănătate eficient și performant. Apreciem că, depinde de factorii de decizie, de interesele și de abilitatea lor managerială dacă intervențiile în sistem vor avea efecte benefice și utile și în final, de toate acestea în concordanță cu efortul și disponibilitatea populației de a participa la programele care o vizează.

Nu am dorit prin această lucrare decât să creionăm, fie și de la distanță, sistemul de sănătate publică din România. Domeniul este însă mult mai complex, putând fi analizat nu numai din perspectiva factorilor determinanți ai gradului de acces la serviciile de sănătate, ci și din cea a instituțiilor ce activează în cadrul său, a distribuției și finanțării sistemului sau din perspectiva abordării comparative a mai multor sisteme de sănătate publică din cadrul Uniunii Europene.

*\*Notificare*

Lucrarea reprezintă o diseminare a rezultatelor cercetării pentru contractul PNII - IDEI nr. 789/2009, cod CNCSIS ID\_1839, intitulat "Eficiența economico socială în sfera serviciilor de sănătate publică, în procesul racordării la normele și standardele spațiului comunitar european", director de proiect conf. dr. Claudiu CICEA.

### **Bibliografie**

Hotărâre Nr. 1718 din 30 decembrie 2008 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, <http://www.ms.ro/legislatia-in-vigoare.php?pag=1>

- Planul strategic al Ministerului Sănătății pentru perioada 2008-2010,  
<http://www.ms.ro/pagina.php?id=119>
- Programele Naționale de Sănătate, <http://www.ms.ro/programe-nationale.php>
- Legea Nr. 95 din 14 aprilie 2006-extras-privind reforma în domeniul sănătății-actualizată,  
<http://www.cnas.ro/?id=120>
- Anuarul Statistic al României INS, București, 2007, Capitolul 2 Populație,  
<http://www.insse.ro/cms/files/pdf/ro/cap2.pdf>
- Anuarul Statistic al României INS, București, 2007, Capitolul 3 Piața forței de muncă,  
<http://www.insse.ro/cms/files/pdf/ro/cap3.pdf>
- Anuarul Statistic al României INS, București, 2007, Capitolul 7 Sănătate,  
<http://www.insse.ro/cms/files/pdf/ro/cap7.pdf>
- Clasificare personal medical,  
<https://statistici.insse.ro/shop/index.jsp?page=tempo2&lang=en&context=30>
- Poverty Assessment Report*, <http://www.siteresources.worldbank.org>
- Indicele dezvoltării umane*,  
[http://ro.wikipedia.org/wiki/Indicele\\_dezvolt%C4%83rii\\_umane](http://ro.wikipedia.org/wiki/Indicele_dezvolt%C4%83rii_umane)
- Employment and unemployment* (Labour Force Survey),  
[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database)
- România în cifre*, Breviar statistic, București, mai 2008,  
[http://www.insse.ro/cms/rw/pages/romania\\_in\\_cifre.ro.do](http://www.insse.ro/cms/rw/pages/romania_in_cifre.ro.do)