

INECHITĂȚI ÎN ADRESABILITATEA ȘI ACCESIBILITATEA GRUPURILOR VULNERABILE LA ÎNGRIJIRILE DE SĂNĂTATE

VIOLETA FRÂNCU¹

¹Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu

Cuvinte cheie: servicii medicale, adresabilitate, accesibilitate, grupuri vulnerabile, inechități

Rezumat: Accesul la serviciile de sănătate este statuat la nivel legislativ și garantat în Cartea drepturilor fundamentale a Uniunii Europene, articolul 33: „oricine are dreptul la accesul la serviciile medicale preventive și dreptul de a beneficia de tratament medical” (Health and care in an enlarged Europe, 2003). Studiul de față evidențiază inechitățile care există în accesibilitatea populației la asistența medicală, în special a populației din mediul rural, subliniind importanța echității și accesibilității la servicii, asupra stării de sănătate a populației. Rezultatele studiului evidențiază faptul că persoanele din mediul rural sunt defavorizate în ceea ce privește accesul la serviciile medicale, în comparație cu populația urbană, ceea ce exercită o influență negativă asupra stării lor de sănătate.

Keywords: medical services, addressability, accessibility, vulnerable groups, inequities

Abstract: Health services access is legislatively stipulated and guaranteed in the EU Charter of Fundamental Rights, Article 33: “Everyone has the right of access to preventive health care and the right to benefit from medical treatment” (Health and care in an enlarged Europe, 2003). This study highlights the inequities that exist in the population’s access to health care, especially in rural areas, stressing the importance of equity and accessibility to services regarding the health of the population. Study results highlight the fact that people in rural areas are disadvantaged in terms of access to health services, compared to the urban population, which exerts a negative influence on their health.

INTRODUCERE

Nivelul de dezvoltare economică din România în ultimii 20 de ani a dus la formarea unor grupuri populaționale sărace, vulnerabile, în ceea ce privește starea de sănătate. Nivelul de sărăcie s-a adâncit treptat, mai ales în ultimii ani de criză economică internă și internațională.

În strânsă corelare cu fenomenul sărăciei au început să apară elementele cu influență negativă asupra stării de sănătate a acestor grupuri populaționale și anume: o alimentație insuficientă sau dezechilibrată, condiții necorespunzătoare de locuit, lipsa condițiilor de igienă etc. Dincolo de acest fenomen al sărăciei însăși, o mare parte a populației are probleme legate de educația sanitară. Nivelul scăzut de dezvoltare economică a însemnat resurse mai puține și pentru sistemul sanitar, cu repercursiuni pe termen lung. Astfel, pe de-o parte, la grupurile cu un nivel redus de educație se constată un deficit de cunoștințe, o lipsă de conștientizare a rolului prevenției pentru sănătate și lipsa informațiilor legate de planingul familial, cu consecințele aferente. Pe de altă parte, problemele legate de adresabilitatea și accesibilitatea la serviciile medicale influențează de asemenea în sens negativ sănătatea oamenilor. Cea mai mare parte a populației rurale are un acces dificil la serviciile publice de sănătate, multe dintre satele din România neavând nici măcar unități de asistență primară (medic de familie).

Schimbările din sistemul sanitar de după anul 1996 nu au rezolvat problemele de acces al acestor grupuri vulnerabile la asistența medicală și nici multiplele probleme legate de dotare a unităților medicale. Investițiile s-au făcut cu precădere în sectorul spitalicesc, ducând la o polarizare a ofertei serviciilor de sănătate în jurul spitalului. Pacienții din orașele mari beneficiază de servicii spitalicești de calitate relativ crescută, în

timp ce restul populației nu își poate rezolva problemele de sănătate, fie din cauza lipsei de specialiști, fie a tehnologiei medicale avansate.

Sistemul actual de sănătate se confruntă cu probleme mari, de subfinanțare cronică, dar și de lipsă a resurselor necesare, inclusiv a celor umane, care sunt de altfel cele mai importante.

Se estimează că până la sfârșitul anului 2015, numărul cadrelor medicale din România va scădea cu peste 50%.

SCOP

Scopul prezentului studiu este de a evalua inechitățile care există în adresabilitatea și accesibilitatea populației la asistența sanitară, în special a populației din mediul rural, care din motive de costuri, transport, distanță sau stare precară de sănătate nu pot beneficia de serviciile medicale de care au nevoie, fapt care le influențează în sens negativ starea de sănătate.

MATERIAL ȘI METODĂ DE LUCRU

Acest studiu a fost conceput ca o anchetă de opinie, utilizând ca instrument de lucru chestionarul anonim, cu răspunsuri preformulate.

Studiul a fost efectuat în anul 2012 în județul Sibiu, pe un lot format din 70 de pacienți selectați aleator.

1. Distribuția pe gen, grupe de vârstă și mediu de proveniență a persoanelor studiate;
2. Repartiția subiecților în funcție de venitul mediu lunar;
3. Repartiția pacienților în funcție de calitatea de asigurat;

¹Autor corespondent: Violeta Frâncu, Str. Luptei, Nr. 21, 550330, Sibiu, România, E-mail: francuv@yahoo.com, Tel: +40269 212812
Articol intrat în redacție în 23.06.2013 și acceptat spre publicare în 18.09.2013
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Decembrie 2013;2(4):12-14

4. Repartiția persoanelor în funcție de starea de sănătate actuală;
5. Distribuția pacienților în funcție de gradul de adresabilitate și accesibilitate la îngrijirile medicale;
6. Repartiția persoanelor în funcție de obstacolele întâlnite în accesibilitatea la serviciile de sănătate.

REZULTATE

În urma analizei efectuării anchetei de opinie am constatat că 62,86% din persoanele studiate provin din mediul rural și 37,14% din mediul urban, iar 67,14% dintre subiecți sunt de gen feminin (figurile nr. 1-2).

Figura nr. 1. Distribuția persoanelor studiate în funcție de mediul de proveniență

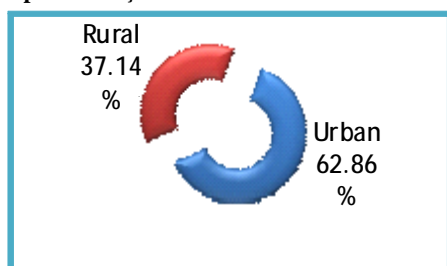
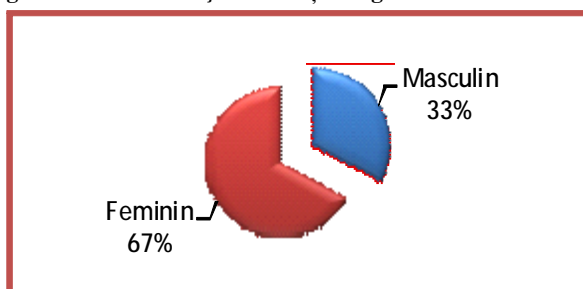
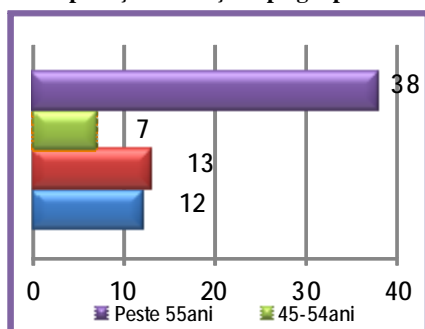


Figura nr. 2. Distribuția în funcție de gen a lotului de studiu



În raport cu distribuția pe grupe de vârstă se constată că majoritatea subiecților (72,34%) au vârsta peste 45 de ani (figura nr. 3).

Figura nr. 3. Repartiția subiecților pe grupe de vârstă



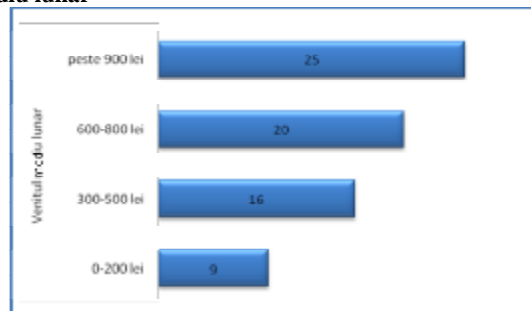
În ceea ce privește nivelul de școlarizare, ponderea subiecților cu studii medii sunt în proporție de 45%, restul fiind absolvenți de școală profesională, sau cu 8-10 clase absolvite. O mică pondere din pacienți sunt cu studii superioare.

Majoritatea persoanelor studiate sunt pensionari, dar provin și din alte categorii socio-profesionale: muncitori, întreprinzători privați, șomeri, casnice și intelectuali.

Am luat în studiu și venitul mediu lunar al subiecților. Astfel, am constatat că cele mai mici venituri le au persoanele

din mediul rural, care au în majoritatea lor studii gimnaziale și sunt agricultori. Din următoarea categorie de venituri, care include venitul minim pe economie fac parte în special persoanele angajate din mediul urban, cu studii medii. Iar veniturile medii și mari aparțin cu preponderență subiecților cu studii superioare, din mediul urban (figura nr. 4).

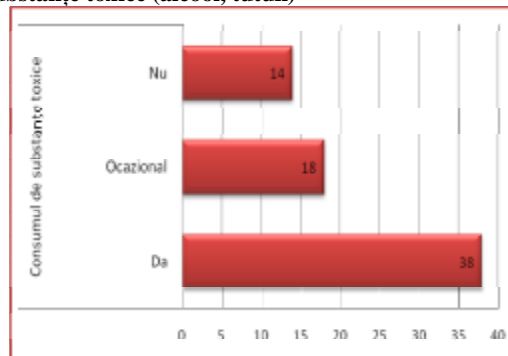
Figura nr. 4. Distribuția subiecților în raport cu venitul mediu lunar



În ceea ce privește condițiile de locuit, majoritatea subiecților le consideră satisfăcătoare, iar alimentația din punct de vedere calitativ și cantitativ relativ corespunzătoare.

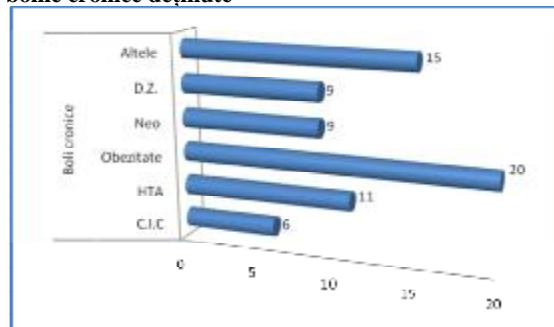
Consumul de substanțe toxice (tutun, alcool) se prezintă ca în figura următoare (figura nr. 5).

Figura nr. 5. Distribuția subiecților în funcție de consumul de substanțe toxice (alcool, tutun)



Analizând ponderea bolilor cronice la pacienții studiați am constatat că toți au una sau mai multe boli cronice, în special obezitate, boli cardio-vasculare, diabet zaharat, dar și tumori. Un număr de 15 pacienți au alte tipuri de boli cronice decât cele menționate. (figura nr. 6)

Figura nr. 6. Distribuția persoanelor chestionate în funcție de bolile cronice deținute



Analizând gradul de adresabilitate al pacienților la medic în decursul unui an am constatat următoarele: peste 50% din pacienți s-au prezentat mai des la medic, sub 50% din subiecți au fost o singură dată la medic și o pondere mică de 11,42% nu au fost niciodată la medic în ultimul an. Pacienții

provin din diferite medii sociale neexistând în acest caz o legătură directă între nivelul veniturilor și frecvența prezentării la medic (tabelul nr. 1).

Tabelul nr. 1. Distribuția persoanelor chestionate în funcție de adresabilitatea la medic în ultimul an

Total persoane luate în studiu	Adresabilitate la medic în ultimul an		
	o dată	de mai multe ori	niciodată
Subiecți	70	39	8
Procente	100%	32,85%	55,71%
			11,42%

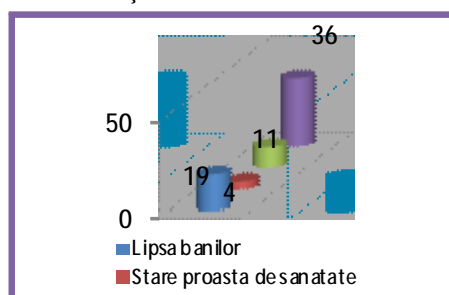
În schimb există diferențe de adresabilitate în ceea ce privește domeniul public sau privat de servicii medicale. Astfel, persoanele din mediul rural și acelea cu venituri mici, inclusiv din mediul urban au apelat la serviciile medicale publice în pondere de peste 50%. Adresabilitatea la mediul privat a fost de 27, 14%, reprezentată preponderent de pacienții cu venit lunar mediu sau mare, din mediul urban. Mai puțin de un sfert din pacienții studiați se adresează atât sectorului public cât și celui privat (tabelul nr. 2).

Tabelul nr. 2. Distribuția persoanelor studiate în funcție de adresabilitatea la serviciile medicale din sectoarele public și privat

Total persoane luate în studiu	Servicii medicale din sectorul:		
	public	privat	ambele
Subiecți	39	19	12
Procente	55,71%	27,14%	17,14%

Din analiza barierelor întâlnite în calea adresabilității la medic un sfert din pacienți reclamă în principal lipsa resurselor materiale. Din această cauză cererea de servicii medicale este deseori tardivă, în faza de complicație a bolii. Alte obstacole enumerate de pacienți sunt cele legate de distanță, costul transportului, programul medicului, timpul de așteptare etc. Cu aceste probleme se confruntă în special pacienții în vârstă din mediul rural (figura nr. 7).

Figura nr. 7. Repartiția subiecților în funcție de obstacolele din calea accesibilității la serviciile medicale



CONCLUZII

Analiza și sinteza datelor obținute în acest studiu relevă faptul că persoanele cu venituri mici, atât din mediul urban cât mai ales din mediul rural se constituie în grupuri vulnerabile, pentru care există inechități în ceea ce privește gradul de adresabilitate la serviciile medicale, în special la cele din mediul privat.

1. Persoanele din lotul de studiu au în majoritatea lor o pregătire medie sau sub medie, în cazul subiecților din mediul rural.
2. Venitul mediu lunar la persoanele din mediul rural este foarte mic, până la 200 lei lunar și modest la jumătate din persoanele cu rezidența în mediul urban.
3. Un sfert din persoanele studiate consideră că au o stare proastă de sănătate; mai mult de jumătate din pacienți consumă toxice (alcool, tutun), iar bolile cronice de care suferă sunt în ordine descrescătoare: obezitatea, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, cardiopatia ischemică, neoplasmul și altele.
4. Pacienții cu venituri mici, atât din mediul urban cât și rural întârzie deseori momentul prezentării la medic, pe considerente financiare. De asemenea, această categorie de pacienți se adresează în special serviciilor spitalicești din domeniul public.
5. La serviciile medicale din sectorul privat apelează frecvent pacienții cu venituri lunare medii și mari.
6. Pacienții din mediul rural se prezintă inițial la medicul de familie și numai pe baza biletului de trimitere apelează la serviciile din asistența secundară. Restul persoanelor studiate se adresează direct specialiștilor din spital.
7. Aproximativ o treime din pacienți au dificultăți de ordin financiar în procurarea medicamentelor pentru diferite boli cronice, motiv pentru care își cumpără doar parțial medicamentele necesare. Aceștia sunt subiecții cu un venit mediu sub 600 lei.
8. Factorii care scad accesibilitatea și adresabilitatea pacienților studiați la serviciile medicale sunt în primul rând resursele materiale insuficiente, iar pentru persoanele din mediul rural, distanța, costul transportului și nu în ultimul rând starea de sănătate precară.

BIBLIOGRAFIE

1. Bălașa A. Îmbătrânirea populației: provocări și răspunsuri ale Europei, Calitatea vieții, 2005 XVI(3,4).
2. Blaga E. Configurația socială a asigurărilor de sănătate, Ed. Penguin Book București; 2005.
3. Scambler G. Health and social change. A critical theory, Buckingham, Open University Press; 2006.
4. Health and care in an enlarged Europe, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2003.
5. Barometrele de opinie privind serviciile de sănătate realizate în rândul populației din România, Centrul pentru politici și servicii de sănătate; 2007.
6. Raportul dezvoltării umane, www.undp.org, 2008.