

Modele alternative de sisteme de sănătate: cazul României

Adela Coman¹

Abstract

Lucrarea de față își propune să abordeze configurarea unui model alternativ de sănătate pentru România, respectiv modelul comunitar. Prin comunități înțeleg, în acest caz, cele opt regiuni de dezvoltare ale României, acestea având caracteristicile specifice comunităților, așa cum sunt ele definite în literatura de specialitate.

Sunt prezentate pe scurt principalele modele de sănătate existente și funcționale în lume: modelul Semashko, modelul Beveridge și modelul Bismarck. Alături de acestea, modelul comunitar de sistem de sănătate este și el prezent în țări occidentale care se situează pe locuri fruntașe în ierarhiile internaționale (WHO, OECD) din punct de vedere al eficienței și calității serviciilor oferite. Autonomia, descentralizarea și responsabilitatea sunt coordonatele sistemelor regionale, coordonate care au permis autorităților locale să-și asume gestionarea problemelor de sănătate ale populației. Pornind de la datele statistice, am realizat o radiografie a regiunilor de dezvoltare ale României, din perspectiva principalelor boli cauzatoare de deces în rândul populației, respectiv bolile aparatului circulator, cancerele, bolile aparatului respirator, bolile aparatului digestiv și accidentele. Am pornit de la premisa că este posibil controlul mai eficient al acestor boli, precum și prevenția acestora, în condițiile în care autoritățile locale cunosc cel mai bine factorii de risc asociați sănătății, interni și externi (locali) și ar avea la dispoziție pârghiile necesare în materie de organizare și finanțare a sistemului. În plus, măsurile de prevenție întreprinse de autoritățile locale, ar putea conduce la o implicare directă și responsabilă a cetățenilor în problemele de sănătate, fapt ce ar contribui la configurarea unor comunități mai sănătoase, mai productive, precum și la mai multă solidaritate și coeziune în societatea românească.

Cuvinte-cheie: model comunitar, indicatori statistici, autonomie, descentralizare, responsabilitate

În Europa s-au afirmat trei modele de sisteme medicale publice având ca premise de bază modul de finanțare a sistemului și modul de organizare a ofertei de servicii publice de sănătate.

¹ conferențiar universitar la Facultatea de Administrație și Afaceri din Universitatea București,
adela_coman2003@yahoo.com

Modelul Beveridge – sistemul este finanțat prin bugetul central al statului și este organizat și gestionat de către stat din resurse colectate prin sistemul public de impozite și taxe. Specialiștii din sistem sunt angajați ai statului. Medicii sunt cei care primesc o parte din aceste resurse, în funcție de numărul de pacienți tratați. Reglementarea eligibilității este de tip universalist la nivelul medicinei primare. Cererea de servicii poate deveni excesivă în raport cu resursele disponibile. Serviciile de tip secundar sunt accesate prin intermediul medicilor de familie, iar serviciile de tip terțiar devin accesibile pe baza listelor de așteptare. Pacienții au dreptul de a-și alege medicul de familie, dar pot opta și pentru plata unor asigurări private de sănătate complementare.

Criticile aduse acestui sistem se referă, în principal, la limitele pachetului de servicii de bază, dar și ale resurselor alocate anumitor afecțiuni. Nu în ultimul rând, sunt criticate listele de așteptare (perioadele extrem de lungi în care starea de sănătate se poate deteriora, pacientul fiind înscris pe o listă de așteptare). Exemple de țări în care modelul Beveridge funcționează sunt: Finlanda, Suedia, Norvegia, Marea Britanie, etc.

Modelul Bismarck – sistemul este finanțat pe principiul asigurărilor sociale, prin virarea unei părți a veniturilor de către angajatori și salariați deopotrivă. Instituțiile care colectează aceste fonduri de asigurări medicale sunt nonprofit, activitatea acestora fiind monitorizată (și puternic criticată) de către public. Pentru finanțarea unor programe de sănătate publică sunt utilizate fonduri din bugetul public, dar și alte categorii de subvenții.

Modelul Bismarck este răspândit în țări precum Franța, Belgia, Olanda, Austria și Germania.

Modelul Semashko – este apropiat de modelul Beveridge prin aceea că finanțarea, organizarea și gestiunea sistemului de sănătate aparțin statului. De asemenea, există asemănări și cu modelul Bismarck prin modul de colectare a resurselor – sub forma unor cote-părți, aplicate unei mase largi de indivizi. Modelul Semashko prezintă și diferențe față de celelalte două modele, respectiv obligă pacienții să utilizeze doar serviciile arondate în zona lor de rezidență, iar asigurările medicale private de sănătate practic nu există. Modelul Semashko a fost utilizat mai ales în țările foste socialiste, cu rezultate discutabile de la țară la țară.

Nici una dintre țările europene nu a adoptat în formă pură vreunul dintre aceste modele, cele mai multe preferând combinații ale acestora. În general, fiecare țară a ales o coordonată a sistemului medical căreia i-a alocat mai multe resurse, funcție de

obiectivele urmărite în plan social, economic și politic. Astfel, unele țări au reglementat fie un acces universal la un pachet de servicii de bază, restul serviciilor prestându-se în funcție de resursele existente și de ordinea impusă de listele de așteptare, în timp ce alte țări au reglementat o libertate mai mare a opțiunilor consumatorilor, în paralel cu o majorare a costului asigurărilor (prin impozite și taxe), dar și a costului serviciilor. Aceasta ultimă opțiune a condus însă la o reducere a accesului beneficiarilor la servicii medicale – pe criterii economice.

În Statele Unite, de exemplu, deși se investește mult în sănătate (aproximativ 17.5% din PIB), există încă un număr impresionant de cetățeni care nu beneficiază de un pachet de servicii de bază deoarece nu-și permit costul unei asigurări de sănătate.

La polul opus se situează sistemul britanic ce permite accesul universal la un pachet de servicii de bază, dar limitează opțiunile în privința ofertei de servicii terțiare.

În general, indiferent de modelul aplicat sau de mixul de modele, toate țările europene se izbesc de aceleași probleme: un management defectuos, politici medicale inadecvate, precum și oportunitatea discutabilă a unor politici pe termen scurt, dar și pe termen lung, în domeniul sănătății.

Modelul românesc

La sfârșitul anului 1989, sistemul medical românesc era structurat după modelul Semashko. Acesta funcționa în condiții precare, nu atât din cauza finanțării centralizate și a organizării de tip piramidal, ci datorită volumului redus de fonduri ce intrau în sistem.

O dată cu Legea nr. 145/1997, sistemul medical a devenit *predominant de tip Bismarck*, prin cotele obligatorii de asigurare achitate de contribuitori, fixate în funcție de veniturile acestora. În anul 1999 a intrat în vigoare și legea asigurărilor de sănătate. Sistemul si-a păstrat, totuși, într-o oarecare măsură, caracterul social specific perioadei de dinainte de anul 1989. Cu toate acestea, potrivit statisticilor, există un număr mare de persoane care nu pot accesa serviciile medicale de care au nevoie, din diferite motive.

Instituțiile fundamentale ale sistemului public de sănătate sunt:

-Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

-Ministerul Sănătății;

-Colegiul Medicilor;

-rețeaua publică de servicii (spitale, policlinici, dispensare, laboratoare, farmacii, etc).

Roluri decisive în finanțarea și organizarea de servicii medicale îl au și Ministerul Finanțelor Publice, administrațiile locale și regionale, precum și Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei.

Resursele colectate în fondul național de asigurări de sănătate se constituie din:

-contribuții ale angajaților (5,5%) și ale altor persoane ce realizează venituri (5,5%);

-contribuții ale angajatorilor, sub formă de cote de participare (5,2%);

-contribuții ale bugetului public la finanțarea unor programe naționale de sănătate.

Circulația fondurilor în sistem se realizează astfel:

-angajații și angajatorii, precum și alți contribuitori ce realizează venituri participă la constituirea fondului național de asigurări de sănătate;

-Casa Națională de Asigurări de Sănătate transferă apoi resursele către Casele județene de asigurări de sănătate;

-Casele județene decontează medicilor contravaloarea serviciilor medicale prestate;

-Casele județene contribuie și la constituirea unui fond de redistribuire a resurselor din sistem;

-bugetul public transferă resurse către prestatorii de servicii medicale pentru susținerea programelor naționale de sănătate;

-beneficiarii efectuează și plăți directe pentru unele servicii și medicamente.

Practica socială a demonstrat faptul că nici un sistem medical nu poate fi mai performant decât managerii care îl conduc și statul care îl reglementează și îl finanțează. În ceea ce privește statul român și instituțiile care administrează și gestionează sistemul de sănătate, întâmpină probleme în ceea ce privește: eficacitatea colectării fondurilor necesare serviciilor medicale; crearea și adoptarea de politici de sănătate adecvate situației sociale a populației; oferta adecvată de servicii de sănătate în teritoriu; alocarea corespunzătoare a fondurilor pe programe și pe criterii de eficiență. În ciuda creșterii procentului din PIB alocat sănătății în ultimii ani, în

România există o insatisfacție profundă a populației cu privire la finanțarea sistemului de sănătate, dar și la calitatea și promptitudinea cu care aceste servicii sunt furnizate.

În România, spre deosebire de alte țări europene, sumele alocate programelor de prevenție sunt extrem de mici. Din punctul meu de vedere, atenția ar trebui îndreptată *in primul rând* asupra acestor programe deoarece asistăm la o *schimbare de paradigmă* în rândul populației, în general, și al generației tinere, în special. Este vorba despre orientarea unor segmente din ce în ce mai largi ale populației spre un *stil de viață sănătos*, construit pe cel puțin trei elemente: alimentație, mișcare și mediu.

Educația pentru sănătate poate să joace un rol deosebit de important în modelarea noului stil de viață, cu atât mai mult cu cât există și modele elaborate în acest sens. Vorbim despre *modelul credinței în sănătate* (Hochbaum și Rosenstock, 1958; 1966) care spune că comportamentul preventiv poate fi prezis. Prin includerea în model a variabilei numite “motivația pentru sănătate” – modelul a putut fi folosit în diferențierea comportamentelor favorabile față de cele nefavorabile sănătății. La fel de util ar putea fi și *modelul localizării controlului asupra sănătății* (Wallston & Wallson, Kaplan, Maides, 1976) care prezice comportamentul favorabil sănătății prin măsurarea unui singur factor personal – credința despre controlul individului asupra sănătății. În aceeași logică se situează și teoria comportamentului planificat (Ajzen&Fishbein, 1988), teoria social-cognitivă a lui Bandura (1986), dar și modelul transteroretic (Prochaska, DiClemente, 1979).

Toate aceste modele și teorii spun, în esență, același lucru: *comportamentul consumatorului de servicii de sănătate poate fi orientat* prin utilizarea acelor strategii și factori care pot determina o schimbare comportamentală – la nivel individual și de grup. Prin urmare, dacă indivizii doresc să-și schimbe stilul de viață, sistemul de sănătate ar trebui să vină în întâmpinarea acestei schimbări de paradigmă, prin conceperea unor structuri și programe care să susțină aceste schimbări.

O reorientare a sistemului. Încotro?

Evaluarea sistemului de sănătate românesc. Indicatori de măsurare relevanți utilizați în Europa

European Health Consumer Index 2014

Tabel nr. 1. Valori ale scorului European Health Consumer Index în anul 2014

Țara	Scor total EHCI
Olanda	898
Elveția	855
Norvegia	851
Finlanda	846
Danemarca	836
Belgia	820
Islanda	818
Luxemburg	814
Germania	812
Austria	780
Franța	763
Suedia	761
Portugalia	722
Anglia	718
Republica Cehă	714
Scoția	710
FYR Macedonia	700
Estonia	677
Spania	670
Slovenia	668
România - locul 35	453
Bulgaria - locul 36	420

Sursa: EHCI 2014

Unul dintre indicatorii cei mai utilizați pentru evaluarea sistemelor de sănătate din țările europene este Indexul Consumatorului European de Servicii de Sănătate (EHCI), indice calculat și urmărit începând din anul 2005 (Björnberg, Arne – Health Consumer Powerhouse 2014 Report, 2015). În compoziția indexului EHCI intră următoarele subdiscipline: drepturile pacienților și accesul la informare (12 indicatori); timpul de așteptare pentru a beneficia de tratament (6 indicatori); rezultatele sistemului (8 indicatori); accesibilitatea serviciilor și generozitatea ofertei (8 indicatori); prevenția (7 indicatori); accesul la medicamente și farmacii (7 indicatori). Criteriile după care au fost selectați indicatorii sunt: relevanța, validitatea științifică și fezabilitatea (datele pot fi obținute).

Euro Health Consumer Index 2014 este o încercare de a măsura și evalua performanța serviciilor de sănătate din perspectiva consumatorului. Indexul este construit de jos în sus – acest lucru însemnând că țările care sunt cunoscute ca având sisteme de sănătate asemănătoare ar trebui să se situeze pe poziții apropiate în ierarhie. Această presupunere este confirmată de faptul că țările nordice, de exemplu, formează un grup omogen, Anglia și Scoția, de asemenea, iar țări precum Republica Cehă și Slovacia, Spania și Portugalia, Grecia și Cipru, formează și ele, la rândul lor, clustere distincte. De menționat faptul că, din totalul celor 36 de țări evaluate în anul 2014, România deține penultimul loc în ierarhie, pe ultimul loc situându-se Bulgaria.

Rezultatele indexului pot ridica întrebări, cu atât mai mult cu cât nu există un set uniform de proceduri, la nivel pan-european, pentru culegerea datelor. Dar, pe măsură ce Comisia Europeană încearcă să dezvolte noi abordări pentru a evalua performanța sistemelor naționale de sănătate, apar noi provocări.

Din cele 20 de țări fruntașe, nouă sunt cunoscute pentru *gradul sporit de descentralizare* și pentru *autonomia ridicată a regiunilor*.

În aceste condiții, nu cumva autonomia regiunilor a contribuit în mod decisiv la performanțele sistemelor de sănătate ale acestor țări? Landurile germane sunt cunoscute pentru eficiența cu care își gestionează resursele alocate sănătății. Cantoanele elvețiene, de asemenea, sunt faimoase în întreaga lume pentru programele comunitare, finanțate de comunitate, implementate de actori locali, cu sau fără sprijin din exterior, precum și pentru rezultatele deosebite în materie de măsuri de prevenție.

Eficiența sistemelor comunitare de organizare a sistemelor de sănătate este criteriul care pledează în mod deosebit pentru reorientarea sistemului românesc de sănătate spre modelul comunitar.

Comunitatea – o revedere a literaturii de specialitate

Potrivit literaturii de specialitate, o comunitate este o formațiune socială rezistentă în timp, reunind un număr relativ restrâns de indivizi având background cultural și statusuri sociale asemănătoare, ce locuiesc pe o suprafață puțin extinsă, și între care există relații de cooperare bine stabilite și persistente, reușindu-se prin aceasta exercitarea unui control social eficient la nivelul grupului respectiv (Pitulac, 2009, p. 72).

Există o serie de criterii pe baza cărora comunitățile ar putea fi distinse de acele entități care nu ar avea caracteristicile necesare pentru a fi considerate comunități (e.g. audiențele la spectacolele de film sau teatru, aglomerațiile de la cumpărături, etc).

Un astfel de criteriu ar fi legat de faptul că „toate legile cosmosului, fizice, biologice și psihologice conspiră pentru a face astfel încât cei care trăiesc împreună să se *asemene* între ei” (McIver, 1970, p. 30). Tradițiile, modul de exprimare, etc. sunt toate caracteristici distinctive comune ce se dezvoltă la cei ce trăiesc împreună într-un sens foarte larg. La Frazer (1999) regăsim criterii de factură demografică: ritualuri, credințe, norme, simboluri, modalități în care comunitățile reacționează în contact cu “ceilalți”, constructe politice ce sprijină demarcația grupului. De asemenea, comunitatea presupune existența unui spectru larg de *activități și interese*, implicarea individului ca întreg, responsabilitate față de structura socială, cât și față de ceilalți. Un criteriu implicit, dar nespecificat la Frazer (2009) poate fi dedus din ideea că sentimentul comunitar nu apare acolo unde se împarte doar mizeria. Pentru Etzioni (1996), criteriile de identificare a comunității sunt *grija pentru binele celorlalți*, respectiv existența imperativelor morale.

În funcție de generalitatea elementelor considerate, comunitățile pot fi și parțiale atunci când criteriul luat în considerare ar fi limba sau orientarea sexuală specifică unor minorități. Și acestea ar intra în categoria pseudo-comunităților, lipsite fiind de dimensiunea spațială și cunoașterea directă. Spațiul ar putea fi și el considerat un criteriu de identificare a comunității, dacă nu ar genera aceeași nedeterminare care ne face să identificăm comunități pornind de la nivelul unei străzi până la nivelul global. În acest sens, există comunități etice, politice, de afaceri, de sentimente, de interese, religioase, (mai restrânse sau mai largi), etc.

Angajamentul individului ca întreg în relațiile comunitare este un element comun tuturor interpretărilor religioase sau seculare ale conceptului comunitate în ideea “comuniunii”. Potrivit lui Taylor (1989), într-o comunitate trebuie ca “relațiile dintre

membrii unei comunități să fie directe și multilaterale, iar ei să practice anumite *forme de reciprocitate*”.

Comunitățile se ridică deasupra relațiilor de tipul celor prezente într-o colectivitate care încearcă să persiste pentru a promova interesele diverse ale membrilor. Acesta este aspectul pe care comunitățile caută să-l atingă prin *acțiune*, prin teorie sau cel puțin prin îndemn la acțiune. Există o schimbare de accent, pornind de la ideea relațiilor strict birocratice, cu menținerea strictă a interacțiunilor funcție de zona de activitate, la ideea unor relații mai complexe între indivizi. Desigur, există persoane care doresc ca relațiile cu cei din jur să nu depășească nivelul uzualului – fără socializare specială cu colegii de serviciu sau cu vecinii. Totuși, numărul indivizilor care doresc ca aceste limite să fie depășite pare a fi în creștere, lucru dovedit, de altfel, și de faptul că proiectele, programele, afacerile de orice tip se sprijină din ce în ce mai mult pe relații și contacte personale, pe amicitii.

Un alt criteriu de identificare a comunității este *comprehensivitatea*. Potrivit Lui Selznick (1992), *comprehensivitatea* ar fi criteriul esențial: “Un grup este o comunitate în măsura în care cuprinde un spectru larg de activități și interese și în măsura în care participarea implică persoanele în întregul lor mai degrabă decât interese sau activități segmentare” (p. 358). Cu cât este mai generoasă cuprinderea, cu atât mai mult se apropie entitățile de ceea ce poate fi o comunitate în cel mai adevărat sens al termenului. Experiența comunității este cu atât mai puternică și mai bogată cu cât există mai multe căi de participare în măsură să atingă mai multe interese. Mack și Merriam (1960) arată că utilizează termenul comunitate “nu pentru a denumi un grup cu o localizare geografică, ci în sensul de comunitate de interese; cuvântul implică faptul că indivizii descriși aici împărtășesc un set de norme”. Este o manieră normativă de utilizare care a condus la ideea că profesiunile sunt comunități deoarece membrii sunt, între altele, legați unii de alții printr-un sens al identității comune și al valorii comune.

Cohen, în schimb, privește comunitatea din cu totul alt unghi: comunitatea ar fi entitatea căreia cineva îi aparține, mai cuprinzătoare decât rudenia, dar mai imediată decât abstracțiunea pe care o denumim “societate”. Potrivit lui Cohen (1992), comunitatea “este arena în care oamenii capătă cele mai fundamentale și mai substanțiale experiențe ale vieții sociale în afara limitelor căminului” (p. 15). Comunitatea este deci locul în care fiecare acumulează *experiențe*, învață să practice *să fie social*, locul în care cineva își însușește cultura.

Durkheim este autorul care, pornind de la teoria sa cu privire la raportul dintre conștiința colectivă și conștiințele individuale, arată că indivizii internalizează în procesul socializării, elementele necesare integrării lor în comunitate. Cum aceasta seamănă cu un soi de programare a creierului fiecăruia dintre noi, reacțiile au fost diverse și multiple. Astfel, Cohen evidențiază aspectul simbolic, imaterial al comunității, important fiind modul în care indivizii percep și înțeleg comunitatea. În loc să privim comunitatea ca pe un construct integrativ, el consideră că este mai potrivit să o privim ca pe un construct *agregativ* (Cohen, 1992). În orice comunitate, deși membrii recunosc diferențele importante dintre ei, ei presupun, de asemenea, că sunt mai asemănători între ei decât sunt cu membrii altor comunități. Aceasta pentru că, deși interpretează diferit simbolurile (constructe mentale care dotează oamenii cu mijloace de a construi semnificații), acestea sunt comune, lipsa lor de precizie fiind chiar condiția eficacității. Fără a fi lipsite de conținut, o parte a înțelesului lor este subiectiv. Astfel, individualitatea și comunalitatea pot fi considerate reconciliabile, simbolurile agregând individualitățile și alte diferențe din comunitate, și contribuind astfel, la conturarea granițelor comunității (Pitulac, 2009).

Richard Dagger (1997) apără legătura dintre *autonomie, reciprocitate și comunitate*, arătând că nu trebuie să dorim să ocrotim prea mult sentimentul comunității, dar nici să-i atribuim acesteia un sens strict instrumental. Amintindu-l pe William Galston, Dagger arată că orice comunitate reprezintă „un efort cooperativ în vederea urmării unui scop împărtășit”, fiecare termen al acestei formulări oferind un ingredient-cheie al comunității. Astfel, cooperarea presupune mai degrabă *beneficiul reciproc* decât exploatarea unor membri de către ceilalți. Efortul implică faptul că *binele trebuie creat*, mai degrabă decât primit în mod pasiv sau consumat. În final, *scopurile împărtășite* definesc un bun comun pe care comunitatea caută să-l aducă la viață și să-l susțină, nu numai în avantajul individual privat, ci în avantajul comun al persoanelor.

Pornind de la constatările studiilor de specialitate menționate, am putea spune așadar că comunitățile reunesc grupuri de indivizi asemănători din punct de vedere cultural, reuniți printr-un simț al identității și al valorilor comune. Prin acțiunile întreprinse, indivizii acumulează experiențe, fapt ce conduce la creșterea nivelului de agregare al comunității. Scopul activităților și intereselor acestora este binele comun, un bine ce trebuie creat, prin implicarea directă și responsabilă a tuturor membrilor comunității.

Următoarea secțiune este dedicată analizei evoluției comunităților românești în timp, în încercarea de a evidenția acele trăsături specifice care pot contribui la agregarea și consolidarea acestor structuri sociale în jurul unui *scop comun împărtășit*, respectiv grija pentru *sănătatea* fizică și psihică a tuturor membrilor.

Comunitățile românești - repere istorice

În perioada antebelică, *satul* reprezenta *comunitatea* prin excelență. Economia era axată aproape în totalitate pe o agricultură neperformantă, cu o structură a proprietății ce polariza societatea în chip dramatic. De asemenea, în lipsa unor mijloace de comunicație care să permită o relativizare a distanțelor, se perpetua o anumită autarhie a așezărilor. În aceste condiții, pentru cei născuți în mediul rural, universul cunoscut se reducea aproape exclusiv la satul natal, și aceasta pentru întreaga viață. Principala cale de evadare, școala, era practic inaccesibilă mării majorități a populației din mediul rural (Sandu, 2005).

Chiar dacă comunitatea reprezenta o realitate socială în perioada antebelică, trebuie remarcat faptul că, pentru ca o societate să se dezvolte astfel încât să se înscrie în rândul țărilor dezvoltate, prezența comunităților este o condiție necesară, dar nu și suficientă. Mai trebuie să existe și o *diversificare sporită* a acestora, fapt ce nu caracteriza perioada antebelică, când satul era aproape singurul tip de comunitate prezent în România (Sandu, 2005).

Perioada interbelică aduce unele schimbări în privința reformei școlare, a reformei agrare, introducerea unor elemente de progres tehnic, dezvoltarea rețelelor de comunicație, etc. Unele localități urbane, marea majoritate doar niște târguri, comune mai mari înainte, au început să capete un accent urban mai pronunțat. Se dezvoltă noi forme de conviețuire, cu un specific aparte față de sate. Apar structuri ce încurajează creația culturală și științifică. Apar, de asemenea, noi societăți de gândire, reviste în jurul cărora se *agregă* grupări de oameni ce promovează idealuri înalte. Dezvoltarea structurilor economice generează, la rândul ei, *noi forme de agregare și diversifică* treptele statificării sociale. Legăturile dintre localități se multiplică, satul însuși începând să se transforme timid. Deschiderea tinerilor către școală, contactul cu noi realități, vin să formeze în rândul noilor generații, categorii care tind către ceva diferit. Cu toate acestea, comunitățile de meseriași, muncitori, mici proprietari și intelectuali ai acelor vremuri, nu au reușit să se consolideze astfel încât să putem vorbi de o reală diversificare comunitară (Pitulac, 2009).

Două elemente au contribuit masiv la victoria masivă a comunismului în România: dislocarea unei mari părți a populației tinere de la sate și atragerea lor în procesul de industrializare și urbanizare forțată; colectivizarea. Comunismul a încercat o reconfigurarea comunitară a României în conformitate cu un plan aberant : satul era sortit pieirii.

Chiar dacă satul reprezintă un singur tip de comunitate, generic vorbind, ca structură specifică pe zone și regiuni putem identifica o *varietate de subtipuri* care diferă prin prisma valorilor împărtășite, obiceiurilor, practicilor, etc. În aceste condiții, reunirea unor indivizi aparținând diverselor subtipuri comunitare, nu putea conduce la agregarea unor comunități asemănătoare, fie și numai ca tip generic celor de proveniență. Legăturile stabilite între membrii noilor aglomerări erau de o cu totul altă natură decât cele dintr-o comunitate: fundalul cultural este diferit, iar elementele tradiționale în măsură să orienteze comportamentele, de asemenea. Astfel, s-au născut niște *structuri sociale deformate*. Odată cu trecerea timpului, aceste diformități s-au accentuat, prin încercări cum ar fi aceea de generalizare a blocurilor de locuințe ca habitat (Pitulac, 2009).

Anul 1990 a găsit România într-o situație dezastruoasă din punct de vedere comunitar. Oarecum paradoxal, satul este și acum comunitatea prin excelență în țara noastră, însă una mult modificată față de trecut, și nu în bine. Comunismul a marcat puternic lumea satului. Populația este mult îmbătrânită, iar perspectiva pentru locuitorii vârstnici ai satelor este una sumbră. Tinerii care nu s-au putut stabili în orașe, dar care resimt ca oprimentă viața în mediul rural, după ce au trăit pe timpul școlii la oraș, caută să transfere ceva din mediul la care se raportează, în mediul în care trăiesc. Ei au tendința de a refuza, într-o anumită măsură, modelul cultural tradițional.

Satul, ca și comunitate, este amenințat și de alte fenomene cum ar fi *tendința de reîntoarcere în sat* a unora dintre cei care au plecat cu mult timp în urmă. Constrângerile de natură economică i-au forțat pe mulți să reia legăturile cu comunitățile natale, aceștia devenind fie agricultori de sfârșit de săptămână, fie părăsind orașul. Toți acești oameni aduc la sat concepții, deprinderi, convingeri și obișnuințe specifice altui mediu, comportamente care nu au cum să nu vină în contradicție cu concepțiile, deprinderile, convingerile și obișnuințele prezente în lumea satului (Sandu, 2005).

În ceea ce privește orașele, problema este și mai gravă datorită manierei nenaturale în care acestea au apărut și s-au dezvoltat. Blocurile de locuințe au dat naștere unor grupări umane care nu au aproape nimic în comun cu comunitățile reale. Deși împart un spațiu comun, fiecare individ caută să se izoleze într-o formă sau alta. În aceste condiții, chiar dacă trăiesc în proximitate un număr mare de ani, indivizii rămân străini unii față de alții, neexistând premisele apariției și dezvoltării relațiilor caracteristice unei comunități. *Raportarea nu se mai face la cei din jur*, ci, cel mult, la o proiecție abstractă care îi include pe cei situați pe aceleași coordonate sociale.

Comunitatea reprezintă, totuși, o verigă indispensabilă oricărei societăți. În cazul în care formele pe care le dobândește comunitatea nu sunt în măsură să preia funcțiile ce-i revin, este necesar ca alte instituții să preia aceste funcții. În cazul nostru, *familia* a fost cea care a preluat funcțiile comunității, fiind cea mai asemănătoare cu aceasta. Cu toate acestea, caracteristicile specifice nu-i permit familiei să exercite aceste funcții decât într-o măsură redusă. De exemplu, socializarea care ar trebui să aibă loc la nivelul comunității, este doar o reflectare palidă a sentimentelor și a elementelor de socializare realizate în familie. Posibilitățile reduse de verificare a practicilor în contact real cu cei asemănători (raportarea la o comunitate ipotetică) conduc la *imposibilitatea conturării unui model coerent de acțiune comună* (Pitulac, 2009).

Nici asociațiile profesionale sau cele ce reunesc membrii aceleiași confesiuni nu sunt în măsură să-și exercite influența benefică în privința conturării unor habitudini acceptate de cei mai mulți, structurate în conformitate cu principii obiective în raport cu scopurile vizate.

Pe scurt, satul rămâne comunitatea românească prin excelență în România zilelor noastre. Comunismul a împiedicat dezvoltarea normală a comunităților sătești, ele rămânând și astăzi insuficient diversificate, în ciuda numărului relativ mare de locuitori din zonele urbane care se reîntorc în satele de proveniență. Comunitățile urbane, pe de altă parte, sunt lipsite de coeziune. Familia este cea care preia funcția de socializare a individului, dar aceasta nu conduce la rezultatul scontat, adică la crearea unui model de acțiune comună în vederea atingerii unui scop împărțit, deoarece individul nu se raportează în mod real la ceilalți (principii, valori, aspirații), ci doar la coordonatele sociale ale celorlalți (bani, avuție, statut social).

Firea românilor

Rădulescu-Motru vede *absența unei ordini sociale durabile* pe cinci secole în urmă. Explicația constă în faptul că poporul român ar fi împărțit între două tendințe contradictorii: pe de-o parte, la nivelul claselor din vârful ierarhiei, la vechii boieri și urmașii lor, se observă tendința spre un *individualism* pronunțat. La baza ierarhiei sociale, se observă tendința spre un *colectivism* ce vizează instinctiv păstrarea tradițiilor. Identificat și la celelalte popoare, acest antagonism capătă la noi forme aparte. La nivel supraordonat, acest antagonism conduce la apariția ciocoilor și a politicieniștilor, la imitații ridicole și decădere morală, în locul apariției industriștilor. La bază se observă un conservatorism înrădăcinat în misticism. „Românul din clasele

de jos... crede, mai curând, că ceea ce face lumea toată este singura lege de purtare a omului cuminte”, spune Rădulescu-Motru (1996, p. 87).

Raportarea la existență, configurarea manierelor de gândire, sunt funcție și de accentul pus în ecuația complexă ce include atât grupul, cât și individul. Astfel, dacă în Orient se observă tendința de pierdere în colectivitatea absorbantă, în Occident idealul suprem este individualismul. Înscrierea pe o direcție sau alta presupune nu neapărat a alege numai aceste tipuri extreme, ci se pot alege coordonate diverse între cele două extremități. Astfel, pot apare *pasivitatea* – acceptarea cursului vieții fără un efort de implicare în influențarea acestuia – sau *voluntarismul*. De preferat pasivității, dar inferioară voluntarismului, *adaptabilitatea* – valoare intermediară între limite – reprezintă, în opinia lui Mihai Ralea, caracteristica noastră psihologică, datorită și situației noastre între două lumi. Ca activitate, adaptabilitatea este doar pe jumătate creatoare, dar oricum este mai mult decât nimic. Adaptabilitatea este maniera în care se instaurează echilibrul între elemente aparținând unor zone diferite. Operaționalizarea acestei caracteristici se regăsește în aceea că *românul nu protestează*, adaptându-se la toate nedreptățile, neavând în istorie vreo revoluție. Totuși, românul încearcă să amelioreze situația în mod individual, “căutând pe cât se poate un aranjament prin stăruințe ori favoruri care trebuiesc să facă din el o excepție, un privilegiat” (Ralea, 1997, p. 77). După aceasta, situația generală nu-l mai interesează. Ideea apare și la Cioran, acesta subliniind frecvența foarte mare a încercărilor de mântuire individuală, specifice destinului singuratic (Cioran, 1990). Deși ne confruntăm cu probleme asemănătoare, există *practica identificării soluțiilor individuale*, ceea ce conduce la o rată extrem de scăzută a ceea ce am putea numi „productivitate socială”.

Spiritul tranzacțional ar fi și el semnificativ, în sensul că *totul* poate fi subiectul unui *compromis*, ceea ce conduce la pierderea identității celor ce fac aceasta: ei nu se mai identifică drept părți distincte într-o tensiune anume. Când compromisul atinge zona relațiilor morale, atunci erorile nu pot fi departe. Inspirată pare a fi și eticheta de „Belgia Orientului” - o expresie pe care Ralea o consideră potrivită pentru români, belgienii fiind și ei un popor adaptabil, importându-și cultura în loc să o producă. Chiar dacă, în sine, fiecare trăsătură prin care Ralea operaționalizează *adaptabilitatea* românului este mai degrabă un semn al degradării în ordinea firească a lucrurilor, adaptabilitatea a fost, totuși, *benefică*, ajutându-ne să supraviețuim. Dar, adaptabilitatea poate avea și *consecințe nedorite*: ea poate deschide calea fie a evoluției, fie a decadentei, funcție de context. “Totul va depinde de directiva culturală, socială și morală care va fi imprimată poporului nostru de către conducătorii săi. Destinul care ne așteaptă e astfel dublu. La răspântie, se cere mai multă înțelepciune decât oriunde” (Ralea, 1997, p. 91).

Dinamica în cadrul comunităților, pentru Mircea Vulcănescu, este un proces care are drept punct de plecare satele în care se ducea pe vremuri o viață obștească intensă, în care pământul era stăpânit devălmaș, satul fiind un sistem de rude devălmașe. Vulcănescu mai spune că gradul de individualizare a gospodăriilor este invers proporțional cu distanța de la localitate până la o cale de comunicație mai importantă sau până la un oraș (Vulcănescu, 1997).

Chiar dacă *gregarismul* poate fi semnul tinereții unui popor, nefiind rău prin definiție, el poate deveni nociv dacă se perpetuează. Rădulescu-Motru sublinia tendința românilor de a acționa în grup complet diferit față de felul în care acționează individual. Aceasta este o tendință de pierdere în aspectele comune, în ceea ce fac ceilalți. Oare acest lucru nu ar putea fi interpretat ca fiind pozitiv? Nu s-ar realiza, astfel, idealul solidarității? Nu ar fi posibil oare ca, atingând acest ideal, să devenim capabili de acțiune colectivă (Rădulescu-Motru, 1998)?

Răspunsul este neechivoc: deși românul aproape are sufletul absorbit în sufletul grupului, el este departe de a atinge *idealul solidarității sociale*. Românului îi lipsește atât conștiința sacrificiului persoanei, cât și dorința de a face acest sacrificiu. Românul are un suflet gregar, dimensiunea reflexivă nefiind implicată aici. “Solidaritatea este opera sacrificiului conștient – este ultima verigă în înălțarea morală a voinței, pe când gregarismul este o stare impusă de împrejurări și tradiție” (Rădulescu-Motru, 1998, p. 235). O societate marcată de un suflet gregar este puternic supusă *imitației*. Avem aici explicația apariției sufletelor nediferențiate, nimic altceva decât ceea ce numim *nediferențiere comunitară*. Membrii unei astfel de societăți, „având sufletele puțin diferențiate, lasă drum liber imitației, și aceasta se întinde de la o margine la alta a țării, pe când o societate cu suflete diferențiate, opune imitației rezistență, iar unitatea între membrii ei nu se poate dobândi decât prin sacrificiul voit al persoanei fiecăruia” (Rădulescu-Motru, 1998, p. 235-236). Îndemnul către atitudini mai degrabă preventive și responsabile în momentele cheie nu lipsește din discursul public, cu atât mai mult cu cât în societatea în care trăim trebuie să schimbăm lucrurile pentru a reuși.

Pe scurt, schimbarea petrecută în mediul rural este observabilă prin aspecte cum ar fi lipsa de interes pentru tradiții și obiceiuri, pentru creația folclorică, pentru tot ceea ce presupune reunirea comunității în jurul unor scopuri comune. Evenimentele importante din viață care, anterior, erau prilejuri de socializare, de întărire a tradițiilor și a legăturilor comunitare, se închid acum în universul familiei, și acesta restrâns față de altădată. Individualismul și restrângerea legăturilor de familie doar la cei foarte apropiați devin preponderente față de modalitățile anterioare de orientare către familia extinsă și către comunitate. Trăsături precum spiritul tranzacțional, gregarismul și

orientarea spre găsirea unor soluții mai degrabă individuale decât comune la problemele apărute, adaptabilitatea și compromisul, dar și spiritul de imitație explică lipsa spiritului de solidaritate al românilor.

În aceste condiții, există cel puțin două argumente care pledează în favoarea reorientării românilor spre un model comunitar de sistem de sănătate: nevoia de a contribui în mod responsabil la *agregarea* comunităților în jurul unor *scopuri comune* (sănătatea populației este un bun public) utilizând în mod eficient resursele aflate la dispoziție, și încurajarea spiritului de *autonomie* și *independență* al individului (diversificarea largă ofertei de servicii medicale și posibilități sporite de a alege, ca sursă de diferențiere a comunităților).

Următoarea secțiune a lucrării este destinată analizei stării de sănătate a populației României prin prisma indicatorilor statistici. Abordarea este una comunitară prin excelență, comunitățile fiind, în acest caz, cele opt regiuni de dezvoltare ale României.

Ce spun statisticile referitoare la sănătate?

Indicatorii relevanți pentru starea de sănătate a populației din România sunt: speranța de viață la naștere, speranța de viață sănătoasă, precum și ratele de mortalitate ca urmare a afecțiunilor considerate a fi principalele cauze de deces ale românilor. Acești indicatori sunt analizați în context european, dar și diferențiat, la nivelul întregii țări, dar și pe regiuni de dezvoltare ale României.

Deoarece am considerat regiunile de dezvoltare ale României ca fiind comunități, analiza unora dintre problemele de sănătate cu care se confruntă românii în fiecare dintre aceste regiuni, ar putea constitui un punct de plecare pentru regândirea modului în care funcționează sistemul de sănătate românesc. Pornind de la specificul regiunii (morbiditate și mortalitate pe cauze de deces) și continuând cu resursele disponibile la nivelul autorităților publice centrale și locale care ar putea fi folosite mai eficient, sistemul de sănătate românesc centrat pe responsabilitate, autonomie și descentralizare pe regiuni de dezvoltare, ar putea stimula atitudinile și comportamentele dorite, preventive și proactive în materie de sănătate. Dacă factorii de risc individual la adresa sănătății, cum sunt consumul de tutun, alcool și alimentația nesănătoasă nu pot fi controlați de comunitate, factorii de risc asociați mediului înconjurător, cum ar fi poluarea, de exemplu, pot fi gestionați de autoritățile locale astfel încât sănătatea locuitorilor să nu fie periclitată. Din aceeași categorie de factori controlabili face parte și riscul de sărăcie, asociat de cele mai multe ori lipsei locurilor de muncă.

Speranța de viață la naștere și speranța de viață sănătoasă

Speranța de viață la naștere rămâne unul dintre indicatorii cei mai utilizați pentru măsurarea stării de sănătate a populației, indicator ce reflectă ”destul de fidel efectul îngrijirilor medicale acumulate de-a lungul mai multor generații, depinzând de un complex de factori legați de dezvoltarea economică, nivel de trai, tradițiile culturale în ce privește tratamentul medical” (Voicu, 2005, p. 80).

În perioada 1989-2014, speranța de viață la naștere a cunoscut o creștere, de la 69,5 ani în anul 1989, la 75 de ani în anul 2014.

Deși în creștere constantă, în întreaga perioadă analizată, speranța de viață la naștere în România este mai mică comparativ cu media UE, pentru ambele sexe (tabel nr. 2).

Tabel nr. 2. Speranța de viață la naștere în România și în Uniunea Europeană, pe total și pe sexe

	2004	2007	2010	2014
UE 28 - total	78,4	79,1	79,9	80,9
-Bărbați	75,2	76	76,9	78,1
-Femei	81,5	82,2	82,5	83,6
România - total	71,4	73,1	73,7	75
-Bărbați	67,8	69,5	70	71,4
-Femei	75,1	76,8	77,7	78,7

Sursa: EUROSTAT

Pe parcursul întregii perioade analizate, s-a accentuat inegalitatea dintre femei și bărbați. Astfel, dacă în anul 1990, femeile trăiau în medie cu aproximativ 6 ani mai mult decât bărbații, în anul 2014, diferența era de 7,3 ani (Tempo, INS, 2014). Dacă ne raportăm la media Uniunii Europene, constatăm că această diferență este mult mai mică, respectiv doar 2,8 ani.

Se poate observa că evoluția pe regiuni de dezvoltare în România confirmă evoluțiile din statele membre UE în ceea ce privește speranța de viață la naștere mai mare la

femei decât la bărbați. Distribuția pe zone și pe sexe a speranței de viață la naștere este prezentată în tabelul nr. 3.

Tabelul nr. 3. Speranța de viață la naștere, pe regiuni de dezvoltare, în anul 2013

	Bărbați	Femei
Regiunea Nord-Est	70,43	77,83
Regiunea Sud-Est	70,13	77,79
Regiunea Sud Muntenia	70,39	77,76
Regiunea Sud- Vest Oltenia	71,01	77,76
Regiunea Vest	70,35	77,19
Regiunea Nord-Vest	70,40	77,41
Regiunea Centru	71,06	78,42
Regiunea București-Ilfov	72,50	78,92

Sursa: media.hotnews.ro/media_server1/

Se observă că, pentru sexul masculin, speranța de viață la naștere are cele mai mari valori în regiunea București-Ilfov (72,5 ani), urmată de regiunea Centru (71,06 ani și regiunea Sud-Vest Oltenia (71,01 ani). De asemenea, femeile au o speranță de viață la naștere mai mare în București-Ilfov (78,92 ani) și regiunea Centru (78,42 ani), urmată apoi de regiunea Nord-Est (77,83 ani) și Sud-Est (77,79 ani).

În ceea ce privește distribuția pe medii de rezidență (urban versus rural), speranța de viață la naștere este mai ridicată în mediul urban decât în mediul rural, femeile din mediul urban trăind mai mult decât bărbații (78,72 ani față de 72,07 ani). Același lucru se poate spune și despre femeile din mediul rural, acestea trăind în medie 77,69 ani, mai mult cu aproximativ 7 ani decât bărbații (tabelul nr. 4).

Tabel nr. 4. Speranța de viață pe medii de rezidență, pe ambele sexe, în anul 2013

	Total	Bărbați	Femei
Rural	73,76	70,19	77,69

Urban	75,47	72,07	78,72
-------	-------	-------	-------

Speranța de viață în ani sănătoși este un indicator relevant pentru starea de sănătate a populației deoarece face legătura cu conceptul de calitate a vieții. Indicatorul menționat arată numărul de ani sănătoși de viață ai individului, negrevați de boală sau de dizabilități. Cu cât speranța de viață în ani sănătoși este mai mică, cu atât nevoia de furnizare de servicii de sănătate este mai mare. Administrația publică centrală și administrațiile locale ar trebui să fie pregătite cu măsuri adecvate pentru asigurarea infrastructurii necesare satisfacerii nevoilor persoanelor de vârstă a treia, afectate de boli cronice, dizabilități fizice și psihice, etc. Speranța de viață în ani sănătoși este, de asemenea, și un indicator al sănătății, ca factor de potențare al productivității muncii și al competitivității. Indicatorul este utilizat în studiile care analizează costurile și beneficiile asociate creșterii vârstei de pensionare și se calculează atât la naștere, cât și la 60 de ani. Tabelul nr. 5 prezintă evoluția acestui indicator, pe sexe, în România.

Tabel nr. 5. Speranța de viață în ani sănătoși la 60 de ani, pe sexe, 2010-2014, în România

	Bărbăți	Femei
2010	14	17,2
2011	14,4	17,6
2012	14,4	17,6
2014	14,8	18

Sursa: www.hotnews.ro/stiri

Speranța de viață sănătoasă este cu 4 ani inferioară, și la bărbați, și la femei, în raport cu nivelul mediu din UE 28, în aceeași perioadă. Remarcăm faptul că speranța de viață în ani sănătoși în România este, de asemenea, este mai mică la bărbați decât la femei, atât la naștere, cât și de la pragul de 60 de ani.....

Concluzia logică este că creșterea speranței de viață în ani sănătoși ar avea ca rezultat nu numai o viață mai lungă și, posibil mai bună în plan individual, dar ar contribui și la un nivel mai scăzut al cheltuielilor publice cu îngrijirile de sănătate, în speță îngrijiri pe termen lung acordate persoanelor vârstnice.

Structura morbidității și a mortalității pe cauze de deces

În România, modelele de morbiditate și mortalitate au suferit modificări importante, în sensul creșterii prevalenței bolilor cronice și a mortalității datorată acestora, în contextul creșterii numărului persoanelor vârstnice, asociată cu factori de risc biologici, de mediu, comportamentali, precum și condițiilor de natură socio-economică. Comparativ cu media UE 27, de **629,99 cazuri de mortalitate** la 100.000 de locuitori, indicator ce înregistrează o tendință de scădere în Uniunea Europeană, România înregistra valori cu 50% mai mari, în aceeași perioadă (2006-2008), precum și o tendință de creștere sensibilă a ratei standardizate a mortalității generale (tabel nr. 6)

Tabel nr. 6. Rata standardizată a mortalității prin toate cauzele, la 100.000 de locuitori, media anilor 2006-2008, pe regiuni ale României, comparativ cu media UE 27

Regiunea	Rata standardizată a mortalității generale
Regiunea Nord-Vest	1048,8
Regiunea de Vest	1047,7
Regiunea Sud-Vest Oltenia	1015,1
Regiunea de Sud Muntenia	1003
Regiunea Sud-Est	984,3
Regiunea Centru	967,2
Regiunea Nord-Est	954,7
Regiunea București-Ilfov	906,9
România	959,48
UE 27	629,99

Sursa: Baza de date Eurostat, NUTS 2, 2010, teză de doctorat Aurora Dragomirișteanu, 2011

Îmbătrânirea populației nu poate explica, de una singură, valorile crescute ale ratei standardizate a mortalității. De exemplu, în perioada analizată, valoarea cea mai mare a indicatorului este realizată în regiunea de **Nord-Vest** (1048,8 decese la 100.000 de locuitori, cu aproape 10% mai mult decât media națională), dar are, în același timp, și *cel mai mic procent de persoane vârstnice*. La polul opus se situează regiunea de **Nord-Est** care are *cel mai mare procent de persoane vârstnice*, dar înregistrează o rată mai mică a indicatorului, sub media națională (954,7). Cea mai mică rată a mortalității generale, în perioada 2006-2008, se înregistrează în regiunea București-Ilfov.

Dacă analizăm și rata deceselor la 1000 de locuitori, în anul **2014**, pe regiuni de dezvoltare, vom constata că ierarhia se păstrează, cu unele mici diferențe. Astfel, pe locul întâi se situează regiunea **Sud-Vest Oltenia**, cu 14 decese la mie de locuitori, urmată de regiunea **Sud Muntenia**, cu o rată a deceselor de 13,8 la mie de locuitori, regiunea de **Sud-Est** (13,4) și regiunea de Nord-Est, cu 12,9 decese la 1000 de locuitori. Regiunea București-Ilfov înregistrează cea mai mică rată a deceselor, respectiv 10,8 decese la 1000 de locuitori, în anul 2014 (tabel nr. 7).

Tabel nr. 7. Rata deceselor la 1000 de locuitori, pe regiuni de dezvoltare, 2014

Regiune	Rata deceselor la 1000 de locuitori
Regiunea Sud-Vest Oltenia	14
Regiunea de Sud Muntenia	13,8
Regiunea de Sud-Est	13,4
Regiunea de Nord-Est	12,9
Regiunea de Vest	12,7
Regiunea Nord-Vest	11,9
Regiunea Centru	11,7
Regiunea Bucuresti-Ilfov	10,8
România	12,7

Sursa: INS-IDDT

Comparând cifrele din cele două tabele, putem desprinde următoarea concluzie: dacă în regiunea Sud-Vest Oltenia decesele nu sunt neapărat generate de îmbolnăviri

cauzatoare de moarte, nu același lucru se poate spune despre regiunile Sud-Muntenia și Sud-Est, cifrele arătând faptul că decesele, în majoritatea lor covârșitoare, sunt provocate de îmbolnăviri cauzatoare de moarte.

Bolile aparatului circulator reprezintă cea mai importantă cauză de deces, de morbiditate și de incapacitate temporară de muncă atât în România cât și în celelalte țări membre ale Uniunii Europene. Potrivit unei anchete efectuate de Ministerul Sănătății în anul 1989, prevalența bolilor cardiovasculare a fost de 32 de cazuri la 100 de persoane consultate în vârstă de peste 15 ani. Bolile cardiovasculare reprezentau, de asemenea, principalul motiv de spitalizare, constituind 10% din numărul total al internărilor. Începând cu anul 1990, morbiditatea prin boli cardiovasculare a crescut, aceasta fiind în anul 1995 de aproximativ 50%, valorile menținându-se în limite asemănătoare până în anul 1998 inclusiv. Deoarece bolile cardiovasculare sunt considerate o problemă de sănătate publică prioritară, programele de prevenire a acestora sunt finanțate din bugetul statului și nu din fondul asigurărilor de sănătate (Dragomirișteanu, 2011).

Cardiopatiile ischemice și hipertensiunea arterială sunt responsabile în principal de prevalența crescută a morbidității prin boli cardiovasculare, aceasta fiind mai ridicată în mediul urban decât în mediul rural, și mai crescută în rândul bărbaților decât în rândul femeilor. Diferențele sunt explicabile, pe de o parte, prin factorii de risc asociați etiologiei cardiovasculare: fumatul, sedentarismul, obezitatea, alimentația nesănătoasă, bogată în grăsimi și glucide, consumul excesiv de grăsimi și alcool, factorii genetici. Din această perspectivă, promovarea unui stil de viață sănătos ar reduce considerabil riscul îmbolnăvirilor prin boli cardiovasculare (Dragomirișteanu, 2011).

Bolile cerebro-vasculare și cardiopatiile ischemice sunt principalele cauze ale deceselor, situând grupa *afecțiunilor aparatului circulator* pe primul loc în rândul bolilor cauzatoare de moarte în România. În anul 2002, 61% din totalul deceselor s-au datorat afecțiunilor cardiovasculare, mortalitatea în România fiind de trei ori mai ridicată comparativ cu media înregistrată la nivel european. Dacă pentru populația sub 65 de ani, ratele de mortalitate sunt comparabile cu rata medie europeană, pentru populația de peste 75 de ani, mortalitatea este mai ridicată comparativ cu media europeană (WHO 2005).

În tabelul nr. 8 sunt prezentate ratele standardizate de mortalitate datorate cardiopatiilor ischemice în țările membre ale Uniunii Europene, în anul 2010.

Tabel. nr. 8. Rata standardizată a deceselor la 100.000 de locuitori, datorate ischemiilor cardiace în Uniunea Europeană, în anul 2010

Țări	Rata standardizată a deceselor boli ischemice
UE total	76,2
Belgia	-
Bulgaria	113,5
Republica Cehă	161,9
Danemarca	-
Germania	80,9
Estonia	199,2
Irlanda	91,2
Grecia	62,1
Spania	43,8
Franța	30,1
Croația	165
Italia	54,6
Cipru	64
Letonia	252,7
Lituania	307,9
Luxemburg	45,2
Ungaria	215,1
Malta	106,7
Olanda	40,6
Austria	96
Polonia	90,5

Portugalia	39,5
România	187,3
Slovenia	63,6
Slovacia	262,2
Finlanda	120,7
Suedia	79,6
Marea Britanie	77,3

Sursa: Eurostat

În anul 2010, rata standardizată a deceselor datorate cardiopatiilor ischemice a fost, la nivelul UE, de **76,2 decese la 100.000 de locuitori**. Țările care au înregistrat un nivel înalt al ratei sunt: Lituania, Slovacia, Letonia, Ungaria, Republica Cehă și Estonia. **România** a înregistrat o rată de **187,3 decese** la 100.000 de locuitori, mai mult decât dublu față de media europeană. Dintre statele cu cele mai mici niveluri ale ratei standardizate amintim Portugalia, Franța, Spania și Olanda, cu o rată standardizată a deceselor mai mică de 50 decese la 100.000 de locuitori.

Și în anul 2012 principala cauză de deces în țările Uniunii Europene a fost legată de bolile sistemului circulator. Rata standardizată a mortalității cauzată de *cardiopatia ischemică* în UE 28 a fost de **137 de decese** la 100 000 de locuitori. Statele membre UE cu cele mai ridicate rate standardizate de deces pricinuite de această boală au fost: Lituania, Letonia, Slovacia, Ungaria și Republica Cehă, cu peste 350 de decese la 100 000 de locuitori. **România** se situează foarte aproape de țările mai sus menționate, cu o rată standardizată a deceloz cauzate de **ischemii** de **345,3 decese** la 100.000 de locuitori (bolile aparatului circulator constituind cauza principală de deces a populației din România și în anul 2012). La polul opus se situează Franța (date 2011), Portugalia, Țările de Jos, Spania, Belgia, Luxemburg și Danemarca, cu sub 100 de decese la 100 000 de locuitori în anul 2012 (eurostat/statistics-explained/index.php/causes_of_death_statistics.ro).

Ceea ce ar trebui să ne îngrijoreze este faptul că rata standardizată la nivelul EU 28 aproape că s-a dublat în anul 2012 față de anul 2010, de la 76,2 decese la 137 decese la 100.000 de locuitori. Același lucru s-a întâmplat și în România, unde rata a crescut de

la 187 decese în anul 2010, la 345,3 decese la 1000.0000 de locuitori în anul 2012, România depășind cu mult media europeană, în ambele perioade analizate.

În tabelul de mai jos este evidențiată distribuția deceselor datorate bolilor cardiovasculare, pe regiuni de dezvoltare (tabelul nr. 9).

Tabelul nr. 9. Rata standardizată a deceselor la 100.000 de locuitori datorată bolilor cardiovasculare pe regiuni de dezvoltare, în anul 2013

Regiunea	Rata standardizată boli cardiovasculare
Regiunea Nord-Vest	540,8
Regiunea de Sud	518,06
Regiunea de Vest	516,6
Regiunea Sud-Vest	514,32
Regiunea Sud-Est	473,3
Regiunea Nord-Est	449,5
Regiunea Centru	447,28
Regiunea București -Ilfov	443,2
România	487,8/693,2

Sursa: Eurostat

Trebuie menționat faptul că mărimea ratei variază mult pe județe, aceasta fiind cuprinsă între 371,6 și 611,9 la 100.000 de locuitori. Județele cu cele mai mari rate ale mortalității cardiovasculare sunt: Satu-Mare, Giurgiu, Bihor, Olt, Sălaj, Mehedinți, Caraș-severin, Hunedoara, Teleorman și Tulcea (Institutul Național de Sănătate Publică, 2014).

Morbiditatea prin tumori are o evoluție asemănătoare morbidității prin boli cardiovasculare, crescând de la 181,4 cazuri de îmbolnăvire la mia de locuitori, în anul 2004, la 226,6 îmbolnăviri la mia de locuitori în anul 2014 (INSP, 2014).

Potrivit literaturii de specialitate, se estimează că aproximativ trei pătrimi din decesele provocate prin tumori maligne pot fi prevenite. Codul european de prevenire și

combatere a cancerului recomandă, ca măsuri de prevenire a îmbolnăvirii și reducere a deceselor datorate cancerelor, următoarele: abandonarea fumatului, reducerea consumului exagerat de alcool, consumul sporit de cereale, legume și fructe proaspete, reducerea consumului de grăsimi animale la 30%, evitarea excesului ponderal și efectuarea de controale medicale specializate destinate depistării precoce a diferitelor forme de cancer (Dragomirișteanu, 2011). De exemplu, în România, doar 8% dintre femei au declarat că au participat la programul național de screening de cancer de col uterin, comparativ cu media UE 25 de 41% femei care au declarat că au participat într-un astfel de program (EC 2007).

În anul 2002, analiza comparativă a ratelor de mortalitate standardizate cauzată de tumori maligne indică faptul că, în România, ratele de mortalitate prin cancer au fost mai mici decât media deceselor prin acest tip de boli la nivelul Uniunii Europene. Totuși, în România, mortalitatea datorată cancerelor se situează pe locul al doilea după bolile aparatului circulator.

În anul 2012, cancerul a constituit o cauză majoră de deces, provocând, în medie, **267 de decese** la 100 000 de locuitori în UE 28. Ungaria, Croația, Slovacia, Danemarca, Slovenia, Letonia, Polonia și Republica Cehă au fost țările cele mai afectate de cancer cu cel puțin 300 de decese la 100.000 de locuitori. Ungaria a înregistrat, de departe, cea mai ridicată rată standardizată a mortalității cauzată de cancerul pulmonar, cu 93 de decese la 100.000 de locuitori, fiind urmată de Danemarca (75), Polonia (70), Țările de Jos (69) și Serbia (69). Cea mai ridicată rată standardizată pentru cancerul de colon a fost înregistrată, de asemenea, în Ungaria, cu 57 de decese la 100.000 de locuitori, urmată de Slovacia și Croația, cu cel puțin 50 de decese la 100.000 de locuitori

În România, rata standardizată a deceselor datorate **tumorilor maligne** a fost de **268,5 decese** la 100.000 de locuitori, cifră apropiată de media europeană. Cele mai frecvente forme de cancer provocatoare de deces sunt cancerul la plămâni, cancerul de colon și cancerul de sân.

În tabelul nr. 10 este evidențiată distribuția deceselor datorate tumorilor maligne, pe regiuni de dezvoltare, în România, media anilor 2006-2008 și 2013.

Tabelul nr. 10. Rata standardizată a deceselor datorată cancerelor la 100.000 de locuitori, pe regiuni de dezvoltare, media anilor 2006-2008 și 2013

Regiune	2006-2008	2013
---------	-----------	------

București-Ilfov	212,9	201,95
Centru	192,8	183,2
Vest	192,2	198
Nord-Vest	186,1	187,96
Sud-Est	183,5	188,23
Nord-Est	174,9	180,9
Sud-Muntenia	159,4	180,64
Sud-Vest Oltenia	146,7	150,14
România	181,42	233,7
UE	173,62	266,5

Sursa: Eurostat, Dragomirișteanu, 2011

Crește foarte mult valoarea ratei în cele 2 intervale analizate, respectiv de la 181,42 decese, media anilor 2006-2008, la 233,7 decese în România, în anul 2013. Dacă, în majoritatea regiunilor se observă o creștere moderată a valorilor ratei standardizate a deceselor provocate de tumori, în regiunea de Sud Muntenia, această rată crește în mod semnificativ, cu mai bine de 20 de decese la 100.000 de locuitori. În ambele perioade, România se situează deasupra mediei europene la acest indicator.

Se observă că, în general, cancerul pulmonar este responsabil de decesul bărbaților, în timp ce decesul femeilor este datorat cancerului de col uterin și cancerului mamar.

Bolile aparatului respirator

Dintre factorii de risc incriminați în etiologia respiratorie, cei mai importanți sunt: vârsta (copiii și bătrânii fiind categoriile cele mai afectate), condițiile meteorologice și de microclimat și sexul (bărbații sunt mai afectați decât femeile). Serviciile de spitalizare sunt însă mai costisitoare în cazul bolilor cronice respiratorii care afectează într-o proporție mai mare bărbații, iar ca și grup de vârstă – bătrânii. Incidența acestor boli este de 2,5 ori mai mare la bărbați decât la femei, și chiar de 5 ori mai mare la persoanele de peste 65 de ani comparativ cu persoanele adulte. Aproximativ 15% din totalul celor spitalizați în anul 2005 erau internați pentru boli respiratorii (Dragomirișteanu, 2011).

Bolile respiratorii au fost pe locul 3 între cele mai răspândite cauze de deces în UE 28, cu o **medie de 83 de decese** la 100.000 de locuitori în anul 2012. În cadrul acestui grup, bolile cronice ale căilor respiratorii inferioare au deținut supremația, urmate de pneumonie. Bolile respiratorii sunt legate de vârstă, marea majoritate a deceselor provocate de aceste boli înregistrându-se la persoanele cu vârste de peste 65 de ani. Cele mai ridicate rate standardizate ale mortalității cauzate de bolile respiratorii au fost înregistrate în Marea Britanie (142 decese la 100.000 de locuitori), urmată de Portugalia (139), Irlanda (134) și Danemarca (129). România se situează foarte aproape de media europeană, cu o rată standardizată a deceselor cauzate de boli respiratorii de **82,9 decese** la 100.000 de locuitori în anul 2012. De menționat faptul că și în România, bolile respiratorii sunt pe locul al treilea în privința deceselor cauzate în rândul populației.

Tabel nr. 12. Rata standardizată a deceselor la 100.000 de locuitori provocate de bolile respiratorii, pe regiuni de dezvoltare, 2013

Regiune	Rata standardizată a deceselor cauzate de boli respiratorii
Nord-Est	51,83
Sud-Est	51,75
Vest	51,3
Centru	44,76
Sud-Muntenia	44,68
Nord-Vest	42,88
Sud-Vest Oltenia	39,94
București-Ilfov	36,75
România	82,9
UE	83

Sursa: Eurostat ; calcule proprii ale autoarei

În România, în medie, aproximativ 8% din populație suferă de *boli ale aparatului digestiv*, prevalența lor fiind mai mare în rândul populației urbane și al femeilor (2005). În anul 2013, raportul dintre sexe se inversează, în sensul că aceste boli devin prezente

mai degrabă în rândul bărbaților decât al femeilor. Dintre bolile din această categorie, cele mai frecvente sunt dischinezia biliară, ulcerul duodenal, colecistita cronică și hepatita cronică nealcoolică. Printre factorii de risc asociați acestui tip de boli se numără: stressul, fumatul, consumul unor medicamente, factorii genetici, hiperaciditatea gastrică. Măsurile care pot fi luate în vederea reducerii prevalenței acestui tip de boli sunt legate de adoptarea unui stil de viață sănătos prin orientarea spre o alimentație sănătoasă, corect preparată și rațională, reducerea consumului de medicamente precum și renunțarea la fumat (Dragomirișteanu, 2011).

Valoarea ratei standardizate a mortalității prin aceste noi a fost de **67,9 decese** la 100.000 de locuitori în anul **2012**, și de **66 decese** în anul **2013**. Situația pe regiuni de dezvoltare este prezentată în tabelul nr. 12.

Tabel nr. 12. Rata standardizată a deceselor prin boli ale aparatului digestiv, pe regiuni de dezvoltare, în anul 2013

Regiuni	Rata standardizată mortalitate boli digestive
Nord-Est	64,45
Sud-Est	59,01
Sud Muntenia	56,97
București-Ilfov	53,2
Nord-Vest	49,28
Sud-Vest Oltenia	48,18
Vest	43,62
Centru	41,46
România	66
UE 28	30,6

Sursa: Eurostat

România înregistrează o rată dublă a mortalității datorate bolilor digestive, comparativ cu media europeană. Remarcăm nivelul foarte ridicat al ratei mortalității cauzate de

boli digestive în unele județe cum ar fi: Bacău (90,9), Maramureș (79,2), Vaslui (75,8), Galați (72,5).

Potrivit datelor Institutului de Medicină Legală din București, *accidentele, traumatismele și otrăvirile* sunt responsabile de decesul a 30% din totalul deceselor premature ale persoanelor sub 65 de ani. Motivele principale ale morților violente în anul 2002 au fost: sinuciderile, căderile, accidentele rutiere, înecul și accidentele de cale ferată. Îngrijorătoare pentru evoluția stării de sănătate a populației din România rămâne rata mare a deceselor prin accidente, traumatisme și otrăviri care ocupa locul trei în ierarhia cauzelor de deces în anul 1995 și locul 4 în anul 2012. Teoretic, accidentele și leziunile traumatice intră în categoria afecțiunilor ce pot fi prevenite. Prin urmare, măsurile ce vizează reducerea numărului deceselor și al spitalizărilor ar trebui să fie de ordin educativ, legislativ și de suport fizic și emoțional (Dragomirișteanu, 2011)

Rata standard a deceselor provocate de **accidente de transport** a fost de **6,3** la 100.000 de locuitori la nivelul UE 28. Letonia, Polonia, Croatia și Grecia au înregistrat cele mai ridicate rate standard ale mortalității cauzate de accidente în anul 2012, cu cel puțin 10 accidente la 100.000 de locuitori. **România** are însă, din nefericire, o rată mult superioară ratei medii în UE: **12,8 decese** prin accidente de transport. În schimb, Regatul Unit este țara care a înregistrat cea mai mică rată standardizată a deceselor provocate de accidente, respectiv sub 3 decese la 100.000 de locuitori în anul 2012.

Tabelul nr. 13. Rata standardizată a mortalității prin accidente de transport și total accidente, la 100.000 de locuitori, media anilor 2006-2008 și 2013, pe regiuni de dezvoltare

Regiunea	Accidente de transport, media 2006-2008	Total accidente 2013
Vest	20,7	37,31
Sud-Est	17,3	45,8
Sud-Muntenia	16,3	42,2
Sud-Vest Oltenia	15,9	40,94
Nord-Vest	15,2	44,41
Nord-Est	14,7	53,98

Centru	14,5	46,28
București-Ilfov	13,3	34,9
România	15,1	47,3
UE 28	8.68	

Sursa: Eurostat, Dragomirișteanu, 2011

Se remarcă tendința de creștere a ratei standardizate a deceselor cauzate de accidente de transport, mult superioară mediei europene, în ambele perioade analizate. De asemenea, se observă că accidentele de transport dețin aproximativ o treime din totalul accidentelor înregistrate în anul 2013 în România. Excepție face regiunea de Vest, unde accidentele de transport dețin o pondere mai mică în total accidente.

Sintetizând, se poate spune că regiunile de dezvoltare ale României se diferențiază inclusiv prin specificul bolilor care afectează populația. Astfel, se observă că regiunea de Nord-Est se situează pe primul loc la două din cele cinci afecțiuni cauzatoare de decese, respectiv bolile aparatului digestiv și bolile aparatului respirator. De asemenea, regiunea de Sud-Est ocupă locul al doilea în trei din cele cinci boli discutate (boli ale aparatului respirator, digestiv și accidente de transport), în timp ce regiunea de Vest deține locul trei în ierarhia regiunilor, locuitorii fiind afectați de boli cardiovasculare, de cancer și de boli ale aparatului respirator. Pe de altă parte, trebuie să remarcăm faptul că în regiunea București-Ilfov se moare în primul rând datorită cancerelor, în timp ce în regiunea de Nord-Vest, decesele sunt provocate preponderent de bolile cardiovasculare.

Tabel nr. 14. Clasificarea regiunilor de dezvoltare ale României funcție de mortalitatea înregistrată pe principalele cauze de deces

Regiune	B o l i cardiovasc ulare	Cancere	Boli ale aparatului respirator	Boli ale aparatului digestiv	Accidente d e transport
Nord-Vest	1	4	6	5	5
S u d - Muntenia	2	7	5	3	3
Vest	3	3	3	7	1

Sud - Vest Oltenia	4	8	7	6	4
Sud-Est	5	5	2	2	2
Nord-Est	6	6	1	1	6
Centru	7	2	4	8	7
București- Ilfov	8	1	8	4	8

Sursa: calcule proprii ale autoarei

Concluziile care reies din aceste date constituie un argument în plus care pledează în favoarea reorientării sistemului actual spre un model de sănătate comunitară, gestionat de către autoritățile publice regionale în beneficiul membrilor comunităților. Fiecare dintre bolile menționate sunt asociate unor factori de risc individuali, atitudinali și comportamentali, dar și unor factori asociați mediului extern. Conform datelor statistice, regiunea de Nord-Est este cea mai puțin dezvoltată regiune a României, caracterizată prin nivel ridicat de sărăcie, fluxuri migratorii, dar și un infrastructură sanitară și educațională modestă. În aceste condiții, faptul că populația acestei regiuni este afectată de boli respiratorii și digestive pare a se corela în mod direct cu gradul de sărăcie, cu lipsa locurilor de muncă, dar și cu infrastructura necorespunzătoare. Pentru a testa validitatea acestor afirmații este însă necesară efectuarea de cercetări empirice, de studii și analize suplimentare întreprinse la nivel local și regional. În aceeași ordine de idei, ar trebui cercetate și analizate toate regiunile de dezvoltare, astfel încât autoritățile locale, prin serviciile de specialitate, să poată ține sub control bolile care prevalează în rândul populației. Mai mult decât atât, autonomia și descentralizarea regională implică și o autonomie sporită în crearea și gestionarea resurselor financiare de care sistemul de sănătate are nevoie la nivel local. Acest lucru însemnează că autoritățile din sistemul de sănătate (dată fiind autonomia sporită) ar trebui să inițieze acele programe de prevenție specifice pentru a reduce morbiditatea și mortalitatea prin acțiune concertată asupra factorilor care declanșează aceste boli.

În secțiunea următoare schițez, în linii mari, modul în care modelul comunitar românesc de sănătate ar trebui să fie organizat.

Un model alternativ de sistem de sănătate pentru România: modelul comunitar

Două sunt componentele sistemului de sănătate care ar trebui să suporte modificări majore: *modul de organizare a sistemului și sursele de finanțare.*

Modelul comunitar implică, în primul rând, renunțarea la structura piramidală a sistemului actual (Ministerul Sănătății-Casa Națională de Asigurări de Sănătate – casele județene de asigurări de sănătate-autoritatea publică locală) și *crearea de structuri orizontale de administrare* a sistemului în teritoriu. În paralel, autonomia autorităților publice trebuie însoțită de asumarea răspunderii privind gestionarea problemelor de sănătate ale comunităților, inclusiv prin modul de gestionare a fondurilor. Schimbările de anvergură precum aceasta trebuie însă testate prin programe-pilot, așa cum s-a procedat în Italia. Sistemul de sănătate italian este astăzi descentralizat la nivelul regiunilor, acest proces fiind inițiat cu aproximativ 20 de ani în urmă. Componentele sistemului au fost testate în regiunile-pilot, toate procesele specifice trecând printr-un procedeu laborios de verificare a funcțiunilor și a modului de operare. Abia după ce fiecare proces a fost verificat și îmbunătățit s-a trecut la pasul al doilea, respectiv la alimentarea sistemului cu resurse. Autoritățile italiene au pornit de la premisa că sistemul, odată schimbat, nu mai poate reveni la forma inițială. Prin urmare, este un act de responsabilitate să testezi dacă și în ce măsură corespunde noua structură nevoilor comunității.

Marea provocare o constituie, însă, *crearea infrastructurii necesare coordonării activităților* legate de sănătatea populației, la nivelul primăriilor, însoțită de delegarea de atribuții care sunt în prezent, gestionate de către Ministerul Sănătății și care pot fi îndeplinite mai eficient sub coordonarea autorităților locale (cunoașterea specificului local, al obiceiurilor, al factorilor de risc asociați sănătății). Aceasta ar presupune crearea de structuri care să colaboreze eficient în teritoriu (primărie-direcție de sănătate publică-casa județeană de asigurări de sănătate-trezorerie-spitale-policlinici-dispensare-medici-farmacii), astfel încât, la nivel regional, să existe, pe de o parte, o monitorizare adecvată stării de sănătate a populației, iar, pe de altă parte, să poată fi demarate și implementate programe de prevenție/control al bolilor, în timp real.

Un pilon extrem de important îl constituie *diversificarea ofertei de servicii medicale* în raport cu specificul regiunii. Cu alte cuvinte, generozitatea ofertei ar trebui să pornească de la realitatea configurată de morbiditatea și mortalitatea din regiune, corelate cu gradul de dezvoltare economică, nivelul de sărăcie (absolut și relativ), oportunitatea sau lipsa oportunităților legate de găsirea unui loc de muncă, factorii de risc asociați mediului extern, prevalența comportamentelor favorabile/nefavorabile sănătății în rândul populației, etc. Oferta de servicii medicale ar putea fi îmbunătățită inclusiv prin crearea de *parteneriate* de tip public-privat, între autoritățile locale și

entitățile private sau ONG-uri. Scopul urmărit ar fi acela al furnizării unor servicii medicale de o calitate superioară, în concordanță atât cu nevoile, cât și cu așteptările beneficiarilor acestor servicii.

Cea de-a doua componentă a sistemului, respectiv modul de finanțare, ar trebui să aibă ca obiectiv implicarea mai activă a cetățenilor în programele de prevenție și de tratament al bolilor. În acest sens, ar trebui creat cadrul legal pentru *direcționarea contribuției pentru sănătate de 5,5% a angajaților* către administrațiile locale și suplimentarea, pe această cale, a fondurilor destinate sănătății la nivel local. În al doilea rând, în baza principiului autonomiei și descentralizării locale, autoritatea publică ar trebui să decidă direcționarea sumelor necesare la nivel local pentru programele de prevenție și, pe de altă parte, a sumelor necesare pentru controlul și tratamentul bolilor care se manifestă preponderent în regiune (vezi tabelul nr. 15). Mai mult decât atât, ar trebui creat un sistem de subvenționare a medicamentelor necesare tratamentului bolilor cu incidență ridicată în rândul populației.

Sistemul de finanțare al medicilor de familie ar trebui și el modificat, în sensul introducerii unor *criterii noi de performanță pentru aceștia*, cum ar fi: gradul de implicare în programele de prevenție, gradul de satisfacție al pacienților, promptitudinea cu care medicul răspunde solicitărilor, etc.

Componenta de finanțare poate contribui la *creșterea gradului de coeziune* al comunității. Astfel, dacă cetățeanul știe că o parte din veniturile sale sunt direcționate spre dotarea spitalului din localitate cu echipamente performante, ar putea dori să se trateze în acel spital, și nu în una din unitățile aflate la sute de kilometri distanță de mediul lui de reședință. De asemenea, ca cetățean activ al comunității, ar putea fi interesat într-o măsură sporită de programele de prevenție existente la nivel local, cu concursul medicului de familie, dar și al autorităților publice. Spre exemplu, în Norvegia există un program monitorizare a sănătății orale a locuitorilor care funcționează astfel: la intervale de 6 luni, fiecare locuitor în vârstă de peste 18 ani primește o înștiințare de la primărie să se prezinte la medicul stomatolog pentru controlul dentar. Dacă cetățeanul ignoră înștiințarea, primăria îi mai trimite una, iar dacă nici aceasta nu conduce la nici un rezultat, un funcționar al primăriei se prezintă la domiciliul cetățeanului pentru a-l determina să se prezinte la consult. Și acesta este doar un exemplu din miile de programe derulate la nivel local care permit monitorizarea stării de sănătate a populației prin cooperarea tuturor celor implicați: autoritate publică, furnizorul de servicii de sănătate (prin medicul de specialitate) și beneficiarul serviciilor de sănătate (cetățeanul).

Concluzii

Asemenea țărilor dezvoltate din punct de vedere economic, și în România modelul comunitar de sănătate poate avea șanse să performeze, în condițiile în care toți participanții în sistem înțeleg principiul esențial potrivit căruia mai multă autonomie presupune mai multă responsabilitate pentru fiecare.

Avantajele modelului comunitar sunt de necontestat. Ele se referă la creșterea gradului de coeziune al comunității, la diversificarea și diferențierea structurilor sale specifice, la mai multă implicare din partea tuturor actorilor. Din punct de vedere al stării de sănătate, cetățenii ar beneficia de un ansamblu concertat de măsuri și acțiuni menite să contribuie la controlul bolilor cu impact major asupra comunității, prin accesul la servicii diversificate și superioare calitativ. Un sistem integrat de măsuri de prevenție ar putea, de asemenea, să contribuie la depășirea constrângerilor dictate de vârstă, sex, rasă sau etnie cu care se confruntă fiecare cetățean. Și, nu în ultimul rând, autoritățile locale ar putea dispune de controlul unei pârgii esențiale pentru creștere și dezvoltare: sănătatea populației, ca factor de creștere a productivității muncii și de progres al societății.

Astfel, noua paradigmă a stilului de viață sănătos, atât de prezentă astăzi mai ales în rândul tinerei generații, ar putea deveni o realitate și în România, prin conlucrarea și cooperarea responsabilă dintre autorități, furnizori de servicii medicale și cetățeni. Autoritățile pot crea oportunități privitoare la sănătate, oportunități pe care fiecare dintre noi să le poată valorifica potrivit nevoilor și intereselor sale.

Bibliografie