

ACCESUL POPULAȚIEI LA SERVICII DE SĂNĂTATE

Grigore Urîtu

Spitalul Raional Criuleni, Școala de Management în Sănătate Publică

Summary

The population acces to the health services

The inscreasing of the acces and social equity level of the population to the health services and especially to the hospital assistance, the participation of the local public administration in co-finance and the assurance from the state of some social categories in allowance of guaranteed access to the medical service will direct to the continuous impruvement of the population health, to the citizens' protection from the financial risks, to the benefiting of the health services and the satisfaction of the beneficiares.

Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății sistemele de sănătate au trei scopuri fundamentale care reflectă performanțele oricărui sistem de sănătate din lume:

- a) ameliorarea stării de sănătate a populației
- b) sporirea gradului de răspuns a sistemului de sănătate la așteptările populației
- c) asigurarea echității din punct de vedere al contribuțiilor financiare

Ameliorarea stării de sănătate este scopul final al sistemului de sănătate.

Pe lângă aceste scopuri fundamentale există o serie de scopuri „auxiliare”, cum ar fi: accesul, calitatea și eficiența serviciilor de sănătate, implicarea comunităților și dezvoltarea durabilă a sectorului sanitar. Scopurile auxiliare sunt la fel de importante ca și cele fundamentale, contribuind în ultima instanță la asigurarea unei mai bune sănătăți, a unei capacități mai bune de a răspunde la nevoile și așteptările legitime ale populației și la o echitate mai mare în finanțarea serviciilor de sănătate.

Menținerea sănătății într-o stare bună este o condiție obligatorie pentru dezvoltarea durabilă a oricărei națiuni. Asigurarea drepturilor cetățenilor la ocrotirea sănătății pe principii de echitate și angajamente solidare din partea statului și a individului sunt caracteristici obligatorii pentru sistemul de sănătate. Realizarea acestor deziderate este posibilă doar prin sporirea accesibilității populației la serviciile medicale, și implimentarea strategiilor de gestionare continuă a calității serviciilor de sănătate, cât și implicarea activă a societății civile în luarea deciziilor.

Accesul la serviciile de sănătate este considerat un drept fundamental al individului în toate țările civilizate. Pentru țările incluse în Uniunea Europeană accesul la serviciile de sănătate este statuat la nivel legislativ și garantat în Cartea Drepturilor Fundamentale ale Uniunii Europene art.33 „Oricine are dreptul la accesul la serviciile medicale preventive și dreptul de a beneficia de tratament medical”.

Inechitatea în finanțarea serviciilor de sănătate și legalizarea plăților directe pentru serviciile de sănătate fără dezvoltarea mecanismelor eficiente de protecție a paturilor vulnerabile a creat condiții favorabile pentru creșterea inechităților în accesul financiar la servicii de sănătate și scăderea protecției financiare a populației față de problemele de sănătate. În special au avut de suferit familiile sărace, familiile tinere, familiile cu mulți copii, membrii cărora, avînd posibilități reduse pentru acoperirea costurilor legate pentru servicii de sănătate – transportare pînă la instituția medicală, consultația personalului medical, investigații instrumentale și de laborator, tratament – au fos nevoiți să renunțe la asistența medicală sau să întrerupă tratamentul necesar. Consecințele principale ale accesului scăzut la servicii de sănătate se manifestă prin tendințele negative înregistrate în starea de sănătate a populației și prejudiciul enorm adus economiei țării prin reducerea productivității muncii, cheltuieli suplimentare necesare pentru tratamentul cazurilor avansate ale bolii, invalidizarea și mortalitatea precoce a populației.

Categoriile de persoane complet lăsate pe din afara sistemului asiguratoriu sunt șomerii neînregistrați la Oficiul forțelor de Muncă, indivizii fără ocupație sau săracii care nu beneficiază de venitul minim garantat precum și cei ce muncesc în economia informală.

În afara unui segment al populației sărace/vulnerabile pe piața muncii, care este scos în afara sistemului de asigurări de sănătate, mai există în Republica Moldova un segment slab acoperit de servicii de sănătate, datorită unei asigurări precare: populația rurală, ce lucrează în agricultură unde sunt antrenați peste 40,5 la sută din populația ocupată a țării.

În Republica Moldova în ultimii ani rata generală a șomajului constituie 6,6 – 6,8 %. În localitățile rurale însă acest indice este mult mai înalt, iar prin fenomenul așa – numitului șomaj latent, specific anume localităților rurale, rata adevărată a șomajului rural, mai cu seamă în sezonul nevegetativ atinge proporții de 1/3 din numărul populației în vîrsta aptă de muncă. Fiind lipsiți de locuri permanente de muncă, agricultorii sînt remunerați la nivelul cel mai scăzut din toate ramurile economiei naționale.

Cea mai nefavorabilă situație în istoria modernă a sistemului de sănătate în Republica Moldova s-a înregistrat în perioada 1997 – 2003. Analiza dinamicii cheltielor publice pentru sănătate denotă scăderea lor din PIB de la 6,2% în anul 1996 pînă la 3,1 % în 2003. Reducerea substanțială a finanțării a micșorat semnificativ accesul populației la serviciile de sănătate. Calitatea îngrijirilor medicale s-a diminuat evident.

Conform opiniei cercetărilor autohtoni și a celor din alte țări, schimbările instituționale și organizaționale care urmau să fie susținute pe viitor trebuiau să includă măsuri de ameliorare a sănătății populației (Ețco C.2000, 2004; Busse R., 2000, 2002; Tintiuc D., 2002; Mereuță I., 2003; Spinei L., 2003; Grejdianu T., 2004; Nolte E., 2004), de reducerea riscului financiar și de reacția promptă a prestărilor față de așteptările populației privind accesibilitatea și calitatea serviciilor medicale.

În țările cu sisteme de asigurări sociale de sănătate nu există o parte a sistemului care să joace rolul de „portar la intrare în sistem”, cu excepția Olandei. Prin urmare pacienții au libertatea de a merge la orice prestator ales. Totodată, acest drept de libera alegere este deseori limitat de prestatorii contractați.

În Olanda persoanele asigurate se înregistrează la medicul-generalist prin libera alegere, care activează ulterior ca „portar” spre specialiști și asistentă spitalicească. Conform trimeriei, pacientul are dreptul la libera alegere a prestatorului de specialitatea respectivă. Un interes deosebit trezește tensiunea dintre accesul liber tradițional și tendințele recente ale aranjamentelor de tipul sistemului asistenței medicale administrate aplicat mai pe larg în Elveția, sau instrumentele precum ghidurile pentru asigurați de a se înregistra voluntar la medicul –generalist „ca portar în sistemul de sănătate” în Germania. În Israel decizia pentru introducerea controlului asupra accesului la specialiști la spitale îl au casele spitalicești.

În Republica Moldova peste jumătate din persoanele care fac parte din grupurile de vîrsta 25-44 ani nu sunt cuprinse cu asigurări. Acest fapt poate afecta durabilitatea financiară a sistemului de asigurări, dată fiind participarea slabă a lor la formarea fondurilor financiare ale asigurărilor obligatorii de asistența medicală.

Un aspect critic al situației date este și faptul că din totalul persoanelor neasigurate 68,1% sunt în mod formal angajați în cîmpul muncii. S-a demonstrat că din totalul persoanelor neasigurate salariați constituie 41,8% lucrători cu liberă practică din agricultură 38,9%, iar lucrătorii pe cont propriu care practică activități nonagricole -7,9%. Totodată 31,9% din persoanele neasigurate sunt persoane neangajate în cîmpul muncii, care constituie un grup vulnerabil al societății, căruia urmează să i se identifice formele de încadrare în schema de asigurare pentru a spori accesul la asistența medicală.

Femeile au rate de cuprindere cu asigurări mai înalte decît bărbații (78,5% față de 71,8 %). Grupuri critice se înregistrează printre bărbați cu vîrsta de 25-34 și 35-44 de ani, în care mai mult de 57% nu sunt cuprinse cu asigurări obligatorii de asistență medicală.

În localitățile rurale cele mai multe persoane neasigurate, dar ocupate în activități de muncă, practică agricultura (34,4%) și construcția (34,1%), urmate de comerț (11,6%) și industria prelucrătoare (5,2%).

La adresarea pacientului cu stare de urgență ce pune în pericol viața sau sănătatea sa, provocată de maladii acute, acutizarea maladiilor cronice, accidente, traume și intoxicații,

complicațiile gravidității și la naștere etc., se acordă asistență medicală de urgență, indiferent de tipul asistenței medicale și dacă deține poliță de asigurare sau nu.

Rezultatul unui studiu a gospodăriilor casnice demonstrează că din totalul populației 5,2 % consideră că accesul la serviciile de sănătate, după implimentarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală a crescut considerabil, 22,6% au menționat majorarea accesului într-o oarecare măsură, 24,6% consideră că nu s-au produs careva schimbări, 14,0% au indicat înrăutățirea situației, iar 33,6% nu au știut cum să se pronunțe la acest subiect.

Din mediul rural 29,6% consideră că accesibilitatea a crescut considerabil sau într-o oarecare măsură, iar în mediul urban doar 18,4 % s-au pronunțat pozitiv. Atitudinea față de accesul la serviciile medicale diferă semnificativ în funcție de faptul dacă persoana dispune sau nu de asigurare medicală. Astfel, din totalul persoanelor asigurate, 29,7% consideră că accesul la servicii a crescut, iar în cazul persoanelor fără asigurare medicală creșterea accesului au constatat 23,7%.

Scopul studiului care ni-l propunem este de a aprecia influența accesibilității la asistență medicală spitalicească a populației din raionul Criuleni și a furniza informații necesare pentru elaborarea soluțiilor eficiente în vederea creșterii accesului populației la servicii de sănătate și a susținerii reformei sectorului sanitar.

Obiectivele principale ale studiului sunt : Studiarea accesibilității persoanelor angajate în agricultură la asistența medicală spitalicească, studierea modului de referire pentru spitalizare, studierea opiniei agricultorilor asigurați și neasigurați aflați la tratament în staționar despre Asigurările Obligatorii de Asistență Medicală, descrierea accesului nonfinanciar și financiar la serviciile spitalicești a angajaților în agricultură, aspectele medicale, sociale și economice a accesibilității la asistență medicală spitalicească a agricultorilor.

În studiu vor fi incluși integral toți bolnavii angajați în agricultură și spitalizați pe parcursul anului 2008. Colectarea datelor va fi realizată în baza chestionarului special care conține întrebări despre accesul general la servicii de sănătate, gradul de satisfacție al pacientului în funcție de calitate a serviciilor medicale, posibilităților de a plăti pentru servicii de sănătate, atitudinea respondenților față de asigurările medicale. Pe parcursul studiului vor fi utilizate și alte metode de studiere a accesibilității la asistența medicală spitalicească cum ar fi interviu la ieșire și cutia de sugestii.

Sporirea nivelului de accesibilitate și echitate socială populației la servicii medicale și în special la asistența medicală spitalicească, participarea la cofinanțarea instituțiilor medicale a Administrației Publice Locale, cât și asigurarea de către stat a unor categorii sociale pentru a permite acestora accesul garantat la servicii medicale spitalicești vor duce la ameliorarea continuă a sănătății populației, protecția cetățenilor de riscurile financiare în accederea spre serviciile de sănătate și satisfacerea beneficiarilor acestora

Bibliografie

1. Ababii I., Tintiuc D., Ețco C. Prioritățile asigurării populației rurale cu asistență medicală în condițiile actuale și de perspectivă. Materialele conferinței naționale „Comunitățile rurale și recunoașterea satului”. Chișinău, 2005, p 16-21
2. Ababii I., Chidirim Gh., Ciocanu M. Politica Națională de Sănătate. Buletinul Academiei de Știință a Moldovei, Științe Medicale Chișinău, 2006, nr.2, p.7-17.
3. Ababii I., Golovin B., Buga M. și alți. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate. Sănătatea Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2007, nr.6 (21), p.21-26.
4. Ețco C. Management în Sistemul de Sănătate. Chișinău, 2006, 864 p.
5. Tintiuc D., Grosu I., Sănătate Publică și Management Chișinău, 2007, 874 p.