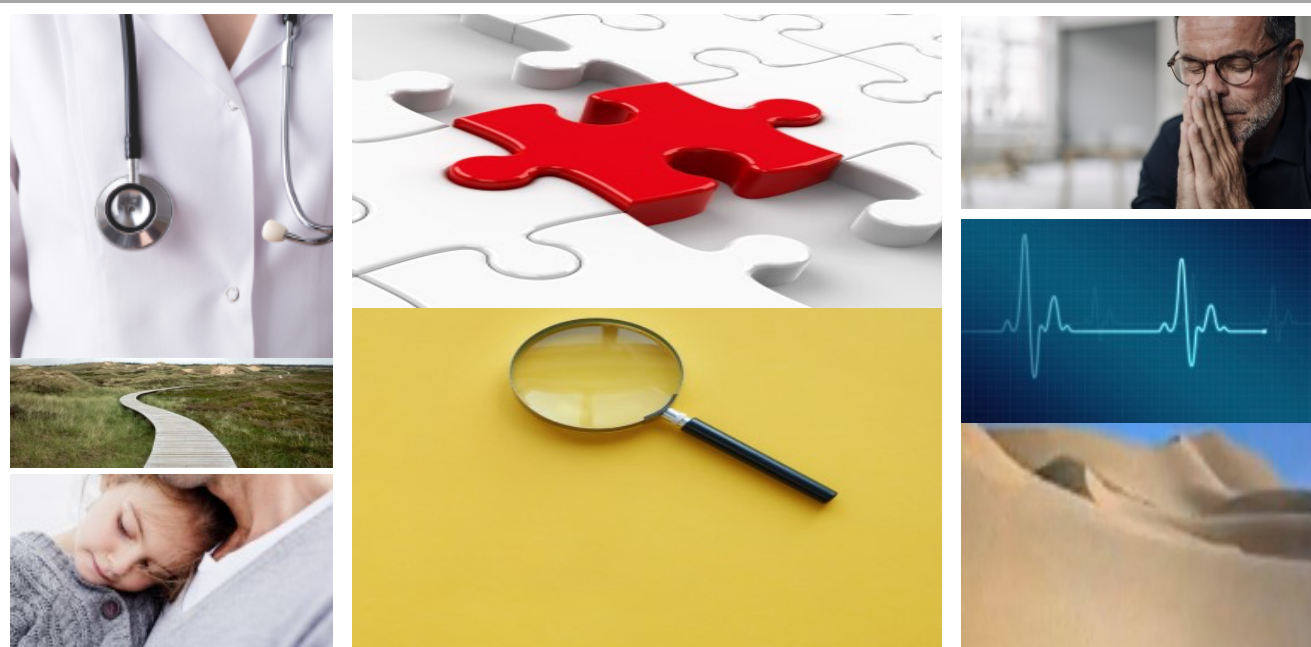


DEȘERTURILE MEDICALE DIN ROMÂNIA

RAPORT DE ȚARĂ



Mai 2022

**RAPORT REALIZAT DE FUNDAȚIA CENTRUL PENTRU POLITICI ȘI SERVICII DE SĂNĂTATE
BUCUREȘTI - ROMÂNIA**

Raportul de față a fost realizat în cadrul proiectului Acțiune pentru Sănătate și Echitate - Adresarea Deșerturilor Medicale (AHEAD), finanțat de Agenția Executivă pentru Domeniile Sănătății și Digital (HaDEA).

Proiectul AHEAD este coordonat de un consorțiu format din șase organizații care conlucrează în scopul îmbunătățirii accesului la serviciile de sănătate, în special în zonele în care aceste servicii sunt slab reprezentate, și realizării unui acces mai echitabil la cadre medicale suficiente, bine pregătite și motivate, în Italia, Moldova, Olanda, România și Serbia.

Mai multe detalii despre această acțiune se regăsesc pe site-ul proiectului <http://ahead.health>.

În România, proiectul este implementat de Fundația Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate.

Autorii, în ordine alfabetică:

Alexandra Deliu și-a finalizat studiile de doctorat în sociologie în 2015 la Universitatea din București, teza sa axându-se pe construcția identitară în migrație. În 2014, s-a alăturat echipei de cercetători din cadrul Institutului de Cercetare a Calității Vieții. Activitatea sa de cercetare vizează subiecte precum cele care au făcut obiectul studiilor sale de doctorat, având la bază metodologia calitativă. Experiența sa profesională cuprinde proiecte atât științifice, cât și de consultanță pentru organizații internaționale precum UNICEF, UNHCR (Înaltul Comisariat ONU pentru Refugiați) sau Banca Mondială, pe teme legate de categoriile de populație marginalizate – refugiați, persoane de etnie romă, persoane instituționalizate.

În cadrul proiectului AHEAD, Alexandra coordonează componenta de cercetare calitativă și evenimentele de creare a consensului.

Dana Fărcășanu este medic și are un doctorat în sănătate publică. De-a lungul a peste 20 de ani de experiență profesională, sănătatea publică și sistemele sanitare au constituit nucleul carierei sale de până acum, din perspective diferite (a sectorului public, a societății civile, a expertului independent la nivel național și internațional).

În cadrul proiectului AHEAD, Dana conduce componenta de cercetare la nivel de parteneriat.

Letiția Mihail are peste 20 de ani de experiență în domeniul implementării de proiecte derulate de Fundația Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate. În cadrul proiectului AHEAD, a făcut parte din echipa de cercetare, desfășurând activități precum: colectarea și analiza dovezilor, pregătirea bazelor de date naționale (spitale, directori de spitale, doctori, asociații profesionale), identificarea organizațiilor sau persoanelor celor mai relevante de interviu, în funcție de obiectivele cercetării, transcrierea interviurilor.

Mirela Mustăță are un doctorat în științele comunicării și o bogată experiență (>22 de ani) în domeniul managementului și al implementării proiectelor, acumulată în cadrul unor proiecte naționale și internaționale finanțate de Comunitatea Europeană prin Phare, Fondul Social European, Granturile Spațiului Economic European (Granturile SEE), ONU (USAID, UNICEF, PNUD - Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare), Banca Mondială și SDC (Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare). Proiectele în care a fost implicată ca lider sau membru al echipei au vizat țări din regiunea Europa de Est și CSI (Comunitatea Statelor Independente), precum România, Republica Moldova, Serbia, Azerbaidjan, Macedonia, Albania. Pentru multe dintre proiectele respective, Mirela a avut ca sarcină să conceapă și să pună în practică activități în materie de afaceri publice și relații guvernamentale.

Experiența sa relevantă în proiecte legate de sănătate și de asumarea responsabilității sociale prin întărirea capacității de furnizare a serviciilor de asistență medicală în rândul grupurilor marginalizate este reflectată și de o serie de proiecte implementate cu Fundația CPSS România: UNICEF în România și CDC Atlanta – Creșterea acoperirii vaccinale prin îmbunătățirea comunicării dintre personalul medical și părinți, UNICEF în România – Prima prioritate: niciun copil ‘invizibil’! – Întărirea asistenței medicale comunitare pentru copiii invizibili, proiectul finanțat de Europe Aid – Personal medical pentru toți, toți pentru personalul medical – HW4ALL și proiectul „Incluziune socială prin furnizarea de servicii integrate la nivelul comunității” – Servicii comunitare pentru copii.

În cadrul proiectului AHEAD, Mirela are rol de coordonator pentru activitățile concepute de partenerul român - Fundația Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate, și de cercetător.

Iulia Vișinescu este asistent cercetare pentru Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate. A absolvit Universitatea din Manchester cu un master în dezvoltare internațională: managementul dezvoltării. În cadrul proiectului AHEAD, Iulia contribuie la procesul de cercetare prin realizarea cercetării secundare și colectarea informațiilor relevante necesare în elaborarea livrabililor concepute de partenerul român - Fundația Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate.

Bogdan Voicu este cercetător științific gradul I în cadrul Academiei Române (Institutul de Cercetare a Calității Vieții) și profesor de sociologie la Universitatea Lucian Blaga din Sibiu. Lucrează deseori în calitate de consultant pentru diverse organizații, printre care se numără PNUD, UNICEF, UNESCO, Banca Mondială, BERD (Banca Europeană pentru Reconstrucție și Dezvoltare), diferite NGO-uri, agenții guvernamentale din diverse țări – inclusiv România, Marea Britanie, Republica Moldova, etc., companii private precum OMV-Petrom și Renault, etc. Activitatea sa în domeniul politicilor publice vizează evaluarea politicilor, evaluarea impactului, și evaluarea datelor.

În cadrul proiectului AHEAD, Bogdan a fost coordonator principal al analizei literaturii de specialitate, selecției studiilor de caz și cercetării cantitative în România. Pe lângă aceasta, a îndrumat unele dintre celelalte echipe de proiect cu privire la modalitățile de generare a indexului deșertificării în scopul analizelor lor naționale.

Mulțumiri

Autorii le sunt recunoscători tuturor respondenților care ne-au împărtășit opiniile lor în cadrul sondajului sau al interviurilor în profunzime. De asemenea, le mulțumim colegilor din consorțiul AHEAD pentru comentariile pertinente și cooperarea lor pe parcursul întregului proiect.

Precizări

Afirmațiile cuprinse în acest raport aparțin autorilor cărora le revine responsabilitatea pentru calitatea conținutului.

CPSS, București 2022

Scurt cuprins

Sumar executiv	9
Introducere.....	10
Contextul național	11
Sistemul de sănătate.....	16
Starea sănătății populației	16
Cheltuielile pentru asistența medicală și serviciile acoperite de asigurările de sănătate	18
Configurarea sistemului de sănătate. Furnizarea de servicii	19
Intervenții recente în domeniul asistenței medicale	21
Deșertificarea medicală	23
CERCETAREA DE TEREN: Colectarea și eșantionarea datelor	25
Studii de caz	25
Sondajul online	30
Analiză media	32
Vocea actorilor implicați	38
Conștientizarea deșertificării	38
Criteriile considerate relevante (de către respondenți) în definirea accesului la servicii medicale	44
Limitele dincolo de care o localitate devine deșert medical.....	55
Standarde de comparație	61
Relevanța hărții/clasificării inițiale.....	66
Potențiale soluții la problema deșertificării	68
Concluzii și implicații la nivel de politici.....	76
Referințe bibliografice	79
Anexe	80
Anexa 1. Fișă de Țară pentru România	80
.....	81
Anexa 2. Studii luate în considerare pentru revizuirea literaturii	82
Anexa 3. Lista articolelor luate în considerare în analiza media	87
Anexa 4. Sondaj pentru websurvey	90
Annex 5. Calculul indicatorilor deșertificării medicale: Specificații metodologice	101
Anexa 6. Codebook pentru analiza interviurilor aprofundate	110
Anexa 7. Ghid de interviu	111

Cuprins detaliat

Sumar executiv	9
Introducere.....	10
Contextul național	11
Sistemul de sănătate.....	16
Starea sănătății populației	16
Cheltuielile pentru asistența medicală și serviciile acoperite de asigurările de sănătate.....	18
Configurarea sistemului de sănătate. Furnizarea de servicii	19
Intervenții recente în domeniul asistenței medicale	21
Deșertificarea medicală	23
CERCETAREA DE TEREN: Colectarea și eșantionarea datelor	25
Studii de caz	25
<i>Strategia de eșantionare.....</i>	<i>25</i>
<i>Protocolul interviurilor</i>	<i>26</i>
<i>Localitățile selectate</i>	<i>27</i>
Sondajul online	30
<i>Abordarea actorilor implicați.....</i>	<i>30</i>
<i>Scurtă descriere a eșantionului rezultat.....</i>	<i>31</i>
<i>Strategia de ponderare</i>	<i>32</i>
Analiză media.....	32
<i>Vrancea</i>	<i>33</i>
<i>Tulcea.....</i>	<i>35</i>
Vocea actorilor implicați	38
Conștientizarea deșertificării	38
<i>Rezultatele interviurilor.....</i>	<i>38</i>
<i>Rezultatele sondajului online</i>	<i>41</i>
<i>Mesaje de reținut.....</i>	<i>43</i>
Criteriile considerate relevante (de către respondenți) în definirea accesului la servicii medicale	44
<i>Rezultatele interviurilor.....</i>	<i>44</i>
<i>Rezultatele sondajului online</i>	<i>46</i>
Sunt elementele incluse în indicii deșertificării relevante pentru actorii implicați?.....	46
Importanța relativă a fiecărui criteriu.....	51
Numărul criteriilor de avut în vedere.....	54
<i>Mesaje de reținut.....</i>	<i>54</i>

Limitele dincolo de care o localitate devine deșert medical.....	55
<i>Rezultatele interviurilor.....</i>	56
Medici de familie	56
Spitale	57
Farmacii.....	57
<i>Rezultatele sondajului online</i>	57
<i>Mesaje de reținut.....</i>	61
Standarde de comparație	61
<i>Rezultatele interviurilor.....</i>	62
<i>Rezultatele sondajului online</i>	63
<i>Mesaje de reținut.....</i>	65
Relevanța hărții/clasificării inițiale.....	66
<i>Rezultatele interviurilor.....</i>	66
<i>Rezultatele sondajului online</i>	67
<i>Mesaje de reținut.....</i>	67
Potențiale soluții la problema deșertificării.....	68
<i>Rezultatele interviurilor.....</i>	68
<i>Rezultatele sondajului online</i>	70
<i>Mesaje de reținut.....</i>	74
Concluzii și implicații la nivel de politici.....	76
Referințe bibliografice	79
Anexe	80
Anexa 1. Fișă de Țară pentru România	80
.....	81
Anexa 2. Studii luate în considerare în revizuirea literaturii de specialitate.....	82
Anexa 3. Lista articolelor luate în considerare în analiza media	87
Anexa 4. Chestionar pentru sondajul online.....	90
<i>Ocupație & Județ.....</i>	91
<i>Definire.....</i>	92
<i>Distanță.....</i>	93
<i>Criterii</i>	94
<i>În apropiere</i>	95
<i>Dimensiuni</i>	97
<i>O posibilă hartă.....</i>	98

<i>Soluții</i>	99
<i>Status</i>	99
<i>Localizare geografică</i>	100
Annex 5. Calculul indicatorilor deșertificării medicale: Specificații metodologice	101
<i>Etapele de calcul</i>	101
Pasul 1. Ajustarea populației în funcție de cerere	101
Pasul 2. Ajustarea populației în funcție de distanță	101
Pasul 3. Ajustarea numărului furnizorilor de servicii	102
Pasul 4. Calcul final	102
<i>Rezultate</i>	103
Medici de familie	103
Farmacii.....	106
Spitale	107
Anexa 6. Codebook pentru analiza interviurilor aprofundate	110
Anexa 7. Ghid de interviu	111

Lista tabelelor

Tabelul 1. Speranța de viață la naștere, România, 2015-2020	16
Tabelul 2. Mortalitatea prin cauze tratabile și prevenibile, România, 2019 (la 100.000 locuitori).....	16
Tabelul 3. Distribuția furnizării de asistență medicală.....	20
Tabelul 4. Lucrători medicali din linia întâi 2012-2019	21
Tabelul 5. O definiție pas cu pas a deșerturilor medicale*	23
Tabelul 6. O trecere în revistă a concluziilor desprinse din analiza literaturii de specialitate	24
Tabelul 7. Structura eșantionului respondenților din cadrul interviurilor în profunzime.....	26
Tabelul 8. Populație vizată și răspunsuri: numărătoarea.....	30
Tabelul 9. Ratele de răspuns.....	31
Tabelul 10. Calculul neponderat al ultimei pagini din chestionar pe care respondenții au completat răspunsuri	31
Tabelul 11. Distribuția eșantionului pe ocupații și situația renunțării la completarea chestionarului	31
Tabelul 12. Criteriile folosite în selectarea conținutului media	32
Tabelul 13. Reprezentări privind elementele ce trebuie avute în vedere în evaluarea accesului la serviciile de asistență medicală	49
Tabelul 14. Alegere între distanța până la furnizor, timpul de deplasare, timpul de așteptare, și densitatea furnizării serviciilor ca importanță în evaluarea accesului la servicii medicale	52
Tabelul 15. Alegere între distanța până la furnizor, timpul de deplasare, timpul de așteptare, și densitatea furnizării serviciilor ca importanță în evaluarea accesului la servicii medicale (2)	52
Tabelul 16. Alegere între medici de familie, spitale și farmacii ca importanță în evaluarea accesului la servicii medicale.....	53
Tabelul 17. Alegere între medici de familie, spitale și farmacii ca importanță în evaluarea accesului la servicii medicale (2)	53
Tabelul 18. Reprezentări ale factorilor care ar putea întreprinde acțiuni în vederea combaterii deșertificării, pe tip de respondent.	71
Tabelul 19. Reprezentări ale factorilor care ar putea întreprinde acțiuni în vederea combaterii deșertificării, pe tip de respondent.	72
Tabelul 20. Reprezentări ale factorilor care ar putea întreprinde acțiuni în vederea combaterii deșertificării (principalele categorii, recodificate), pe tip de respondent.	73
Tabelul 21. Ce tip de respondenți susțin principalele tipuri de soluții.....	74
Tabelul 22. Tipuri de indicatori care ilustrează accesul la servicii medicale	102
Tabelul 23. Distribuția simulată a localităților pornind de la pragul normativ al MF.	103
Tabelul 24. Distribuția localităților din România în funcție de cât de des (din trei indicatori legați de medicii de familie) au fost etichetate drept „deșerturi medicale”, respectiv „deșerturi medicale severe”	104
Tabelul 25. Distribuția localităților din Romania pe baza deșertificării medicale la farmacie	106

Lista figurilor

Figura 1. Harta administrativă a României	11
Figura 2. Dinamica migrației nete în România	12
Figura 3. Dinamica PIB-ului total (USD la cursul actual).....	14
Figura 4. Accesul la tehnologia contemporană.....	14
Figura 5. Rata alfabetizării digitale.....	15
Figura 6. Principalele cauze de deces în România în 2021.....	17
Figura 7. Sistemul românesc de asistență medicală	19
Figura 8. Hărți pentru comuna Păulești, jud. Vrancea	28
Figura 9. Amplasarea comunei Sfântu Gheorghe	29
Figura 10. Reprezentarea răspunsurilor privind existența deșerturilor medicale în România	42
Figura 11. Reprezentările actorilor implicați: importanța diferitelor elemente ale deșertificării în definirea accesului la servicii medicale	47
Figura 12. Reprezentările actorilor implicați: importanța diferitelor elemente ale deșertificării în definirea accesului la servicii medicale, pe categorii de actori implicați: cu cât este mai mare valoarea unui indicator, cu atât este mai importantă dimensiunea corespunzătoare a accesului la servicii medicale (pentru detalii, vezi textul de mai jos)	48
Figura 13. Reprezentări privind elementele de avut în vedere în evaluarea accesului la serviciile de asistență medicală, pe tip de actor implicat	50
Figura 14. Opiniile respondenților din cadrul sondajului online cu privire la câte dintre cele 3 criterii (MF, spital, farmacie) ar trebui folosite pentru o evaluare a deșertificării.....	54
Figura 15. Distanțele maxime medii până la furnizorii de servicii considerate standard, pe tip de respondent..	58
Figura 16. Opinii privind potențialele limite legate de distanțele până la furnizorii de servicii avute în vedere în determinarea deșertificării (sondaj online)	60
Figura 17. Cadre de referință sau abordări normative? Date neprelucrate din cadrul sondajului online	64
Figura 18. Cadre de referință sau abordări normative? Indicii Opiniei Publice Predominante, pe baza sondajului online	65
Figura 19. Validarea, de către respondenții din cadrul sondajului online, a hărților propuse.....	68
Figura 20. Distribuția județelor în funcție de gravitatea deșertificării pe localitate, cu privire la medicii de familie	105
Figura 21. Hărțile deșertificării cu privire la medicii de familie.	106
Figura 22 Hărțile deșertificării cu privire la farmacii.	107
Figura 23. Distribuția localităților în județe în funcție de deșertificarea la nivelul medicilor de familie și farmaciilor	107

Sumar executiv

Proiectul *Acțiune pentru Sănătate și Echitate - Adresarea Deșerturilor Medicale (AHEAD)* abordează provocarea reprezentată de deșerturile medicale și de fenomenul deșertificării medicale (accesul limitat la servicii medicale) în Europa, explorând soluții și instrumente viabile de reducere a inegalităților în sănătate. Proiectul se desfășoară în Italia, Republica Moldova, Olanda, România și Serbia. Țările în care se derulează acest proiect au fost selectate cu atenție în așa fel încât să reflecte ipostaze diferite ale deșerturilor medicale. Abordarea utilizată în cadrul acestui proiect va conduce la acumularea de noi cunoștințe, la încurajarea inovării (digitale) în furnizarea serviciilor de sănătate în scopul îmbunătățirii accesului, și la aplicarea unei abordări participative în formularea politicilor de sănătate publică. Beneficiarii proiectului sunt cei implicați în formularea politicilor de sănătate, organizațiile pacienților, organizațiile profesioniștilor din domeniul sănătății, profesioniștii din domeniul sănătății și comunitățile afectate. La nivelul societății și al UE, impactul nostru în ultimă instanță va fi accesul mai bun la serviciile de sănătate, în special în zonele în care aceste servicii sunt slab reprezentate, și accesul mai echitabil la personal medical suficient, bine pregătit și motivat, începând cu țările implicate în proiect.

Printre activitățile din cadrul Proiectului AHEAD se numără analiza literaturii de specialitate și cercetarea secundară; cercetarea-acțiune participativă; dialogul multipartit de creare a consensului; dialogul la nivel înalt național și UE în materie de politici. Consorțiul va produce mai multe livrabile: cercetare la nivel de țară și policy briefs (sinteze politice); un set de soluții de politici contextualizate și fezabile care să abordeze deșerturile medicale în țările respective; o variantă îmbunătățită a definiției și taxonomiei deșerturilor medicale; un instrument de diagnostic al deșerturilor medicale; și o abordare testată și replicabilă a dimensiunii participative a formulării politicilor în domeniul sănătății.

Având la bază constatările analizei literaturii de specialitate, prezentul raport de cercetare la nivel de țară în cazul României evidențiază rezultatele cercetării secundare și ale cercetării de teren (sondaj online și două studii de caz) în România. Analiza de teren a fost menită să identifice în ce măsură reprezentarea accesării serviciilor medicale corespunde paradigmei generale prezente în literatura de specialitate referitoare la deșertificarea medicală și să ajute la înțelegerea modului în care actorii de la nivel local și județean, respectiv național se raportează la noțiunea de deșertificare medicală și o asociază cu realitățile din localitățile și/sau județele lor. Nu în ultimul rând, am căutat posibile soluții care să fie validate ulterior prin mecanismul de formulare participativă a politicilor de sănătate.

Constatările studiului de față au relevat gradul scăzut de conștientizare a sensului, implicațiilor și elementelor unui deșert medical, aspect care s-a putut observa atât în interviurile în profunzime, cât și în rezultatele sondajului realizat online. La analiza dimensiunilor unui deșert medical, datele au indicat că distanța reprezintă principala componentă, densitățile și timpii de deplasare fiind cel mult pe locul doi ca importanță în opinia respondenților. În acest sens, respondenții din zonele ce constituie deșerturi medicale tind să își adapteze așteptările la situația existentă și să își coboare în mod semnificativ limitele acceptabilității. În mod similar, asistența medicală este percepută în general ca fiind un lucru capital, în timp ce prevenția este considerată ca fiind mai puțin esențială, dat fiind faptul că numeroși respondenți au optat pentru proximitatea față de spitale mai degrabă decât față de medicii generaliști/de familie. Soluțiile oferite de respondenți cu privire la modalitățile de abordare a problemei deșerturilor medicale au presupus o combinație de intervenții de ordin financiar, demersuri instituționale și argumente privind capitalul uman.

În ultimii zece ani, termenul de „deșerturi medicale” a ajuns să fie folosit pe scară largă în țările europene pentru a defini zonele slab deservite din punct de vedere al accesului la servicii medicale și disparitatea dintre cererea și oferta de servicii de asistență medicală. Ca atare, este esențial să se realizeze o cercetare a diferitelor manifestări ale acestor deșerturi medicale din Europa pentru a putea elabora soluții adecvate la nivel de politici în vederea îmbunătățirii accesului la servicii de asistență medicală pentru toți. Deși se poate observa un tipar al modului în care apar deșerturile medicale în Europa, deșertificarea medicală nu constituie o provocare studiată cum se cuvine în anumite regiuni, așa cum este cazul României. Acest lucru este mai cu seamă valabil atunci când se ia în calcul pandemia de COVID-19 încă în curs, care a pus o presiune în plus asupra sistemelor sanitare, exacerbind deficitele deja existente, disponibilitatea scăzută și accesul redus la lucrătorii din domeniul sănătății.

Cercetarea de față are ca scop utilizarea, ca punct de plecare, a constatărilor temeinicei analize a literaturii de specialitate pentru a determina în ce măsură reprezentarea accesării serviciilor medicale corespunde paradigmei generale, precum și pentru a analiza modul în care actorii locali, subnaționali sau naționali se raportează la noțiunea de deșertificare medicală și o asociază realităților din zona lor.

Raportul este organizat după cum urmează. Studiul începe cu prezentarea contextului din România, sintetizând datele demografice relevante și furnizând o trecere în revistă a stării de sănătate a populației, a structurii sistemului de sănătate și a inițiativelor relevante din cadrul sistemului de asistență medicală. Mai apoi, este elaborată o definiție a deșerturilor medicale care are la bază o analiză solidă a literaturii de specialitate existente. În continuare este prezentată metodologia de cercetare, începând cu metoda sondajului pe internet, urmată de metoda interviurilor în profunzime utilizate în vederea realizării cercetării. Raportul cuprinde apoi o analiză media, care examinează în amănunt relatările recente în mass-media pe tema deșertificării medicale în România, astfel încât să se ajungă la o înțelegere cât mai completă a acestui subiect.

Partea centrală a raportului este împărțită în 5 secțiuni principale în care este prezentat nivelul de conștientizare al respondenților în ce privește deșertificarea, criteriile considerate relevante în definirea accesului la servicii medicale, limitele dincolo de care o localitate poate fi considerată deșert medical, standardele de comparație și relevanța clasificării/hărții inițiale. Fiecare secțiune va reda și analiza părerile respondenților atât din cadrul interviurilor, cât și al sondajului online.

La final se regăsesc concluziile raportului, într-o sinteză a percepției respondenților asupra fenomenului deșertificării medicale, respectiv o trecere în revistă a soluțiilor și implicațiilor în materie de politici identificate în cadrul cercetării.

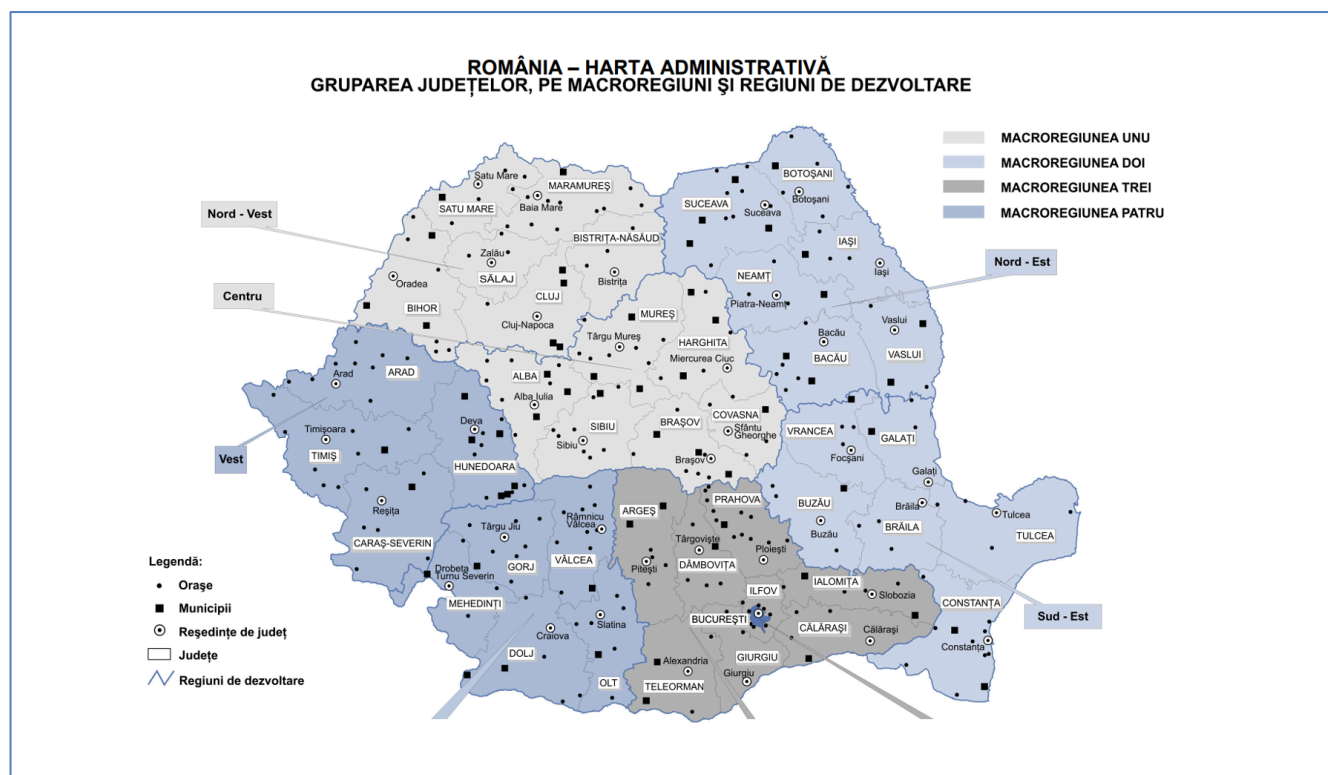
Contextul național

Situată în sud-estul Europei și având o suprafață de 238.391 km², România este a douăsprezecea țară din Europa ca mărime. Se învecinează cu Ucraina la nord, cu Republica Moldova, Ucraina și Marea Neagră la est, cu Bulgaria la sud, cu Serbia la sud-vest, și cu Ungaria la vest.

Așa cum se arată în Figura 1, România este împărțită în 4 macroregiuni de dezvoltare, care corespund nivelului NUTS I (Nomenclatura Unităților Teritoriale pentru Statistică) al diviziunilor statelor membre ale Uniunii Europene.

Potrivit articolului 3 din Constituție, teritoriul României are o organizare administrativă pe județe, orașe și comune. România are 41 de județe plus municipiul București, capitala țării, care are un statut similar celui de județ. În cadrul județelor, unitățile administrative sunt orașele (zone urbane) și unitățile rurale numite comune, fiecare formate din mai multe sate. Potrivit Ministerului Dezvoltării, Lucrărilor Publice și Administrației (2021), există 216 orașe, dintre care 103 sunt municipii. Pe lângă acestea, în țară sunt 2.862 de comune cu peste 12.957 sate.

Figura 1. Harta administrativă a României



Sursa: Institutul Național de Statistică, 2017, pagina 6

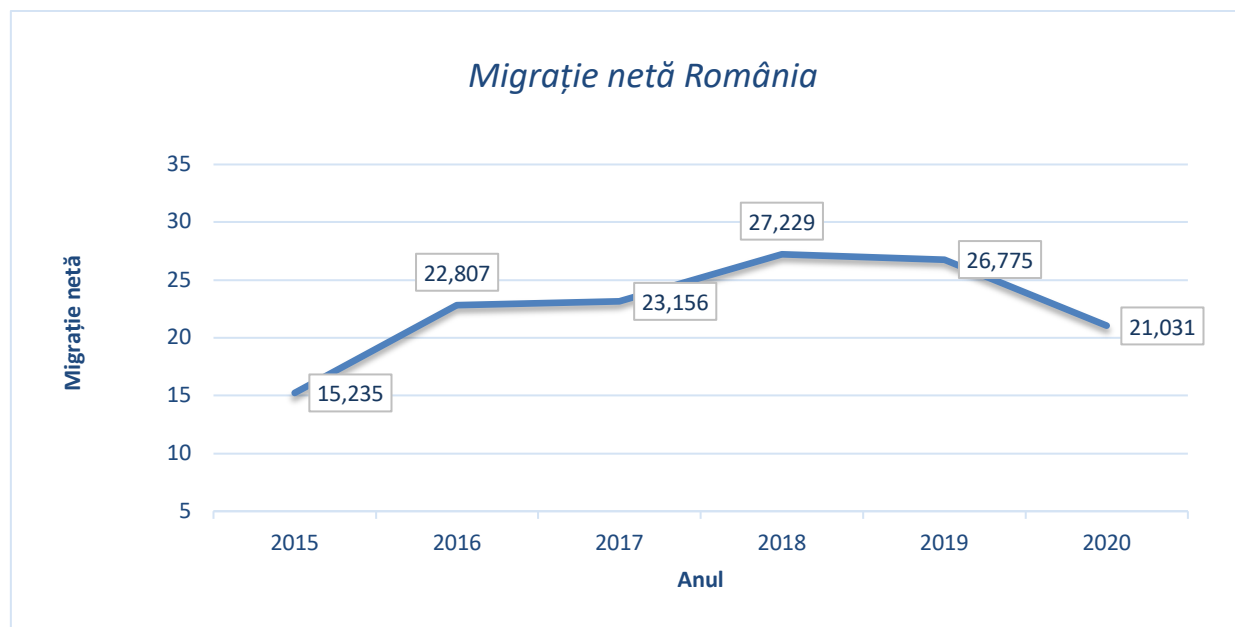
Populația

România înregistrează o scădere constantă a populației de-a lungul anilor. În 2020, populația României era de 19.261,714 locuitori, comparativ cu 19.375,835 în 2019. În prezent, rata de creștere a populației României este -0,59%, ceea ce înseamnă că, între 2019 și 2020, populația a scăzut cu circa 114.121 persoane (INS - Institutul Național de Statistică al României, 2020). Acest declin se datorează unei combinații a migrației nete negative și

a ratei fertilității sub nivelul de înlocuire a populației. Mai mult decât atât, din 2015, România se confruntă cu un declin demografic accentuat de 2,83%.

În ciuda declinului demografic, și migrația a scăzut ușor, anul 2020 înregistrând o migrație netă de 21.031 locuitori, comparativ cu 26.775 în 2019 (INS, 2020). Scăderea este vizibilă și în ce privește migrația pe termen scurt, în 2020 înregistrându-se 192.631 emigranți temporari, comparativ cu 233.736 în 2019, aspect ce poate fi explicat în linii mari prin impunerea restricțiilor de călătorie ca urmare a pandemiei de COVID-19, limitând astfel mobilitatea (INS, 2020).

Figura 2. Dinamica migrației nete în România



Sursa: <http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table>

Granițele României delimitează în total o suprafață de 238.931 kilometri pătrați. Calculat cu cifrele demografice actuale, obținem o densitate a populației de aproximativ 93 persoane pe km² (INS, 2020). Ca urmare, țara noastră ocupă locul 96 la capitolul densitate a populației per ansamblu. Ca distribuție demografică, România a rămas constantă în ultimii 5 ani, astfel că 54% din populație trăiește în mediul urban și 46% în mediul rural (INS, 2020). Acest indicator relevă că România încă are o parte semnificativă de populație care trăiește în zonele rurale și că depășește considerabil nivelul european de 25%. În plus, se arată că România are cea mai mare populație rurală din Europa, alături de Republica Slovacă.

Aspecte sociale

Un aspect social important este cel al inegalităților izbitoare din România, care afectează mai cu seamă copiii și populația din mediul rural, populația de etnie romă, și persoanele cu dizabilități. Populația din mediul rural se confruntă cu mai multe probleme legate de malnutriție și lipsa de dotări sanitare, precum și lipsa accesului la servicii medicale. Sănătatea și nutriția copiilor în mediul rural s-a deteriorat față de anii anteriori, părinții fiind nevoiți să cumpere produse mai ieftine și mai puține din cauza constrângerilor financiare, motiv pentru care copiii mănâncă numai 2 mese pe zi (9%), se duc la culcare nemâncați (9%) și nu au suficientă mâncare să mănânce (5%). La rândul său, accesul la serviciile de îngrijire medicală rămâne deficitar, așa cum o demonstrează cazul gravidelor (World Vision, 2020). Potrivit World Vision, 6% din femei nu au fost la niciun control la medicul lor de

familie, 9% nu și-au făcut niciun fel de analize medicale, 14% nu au făcut ecografii, iar 20% nu au făcut niciun control ginecologic pe perioada sarcinii. Sprijinul medical este, de asemenea, absent în primii ani de viață ai copiilor, 16% dintre gospodăriile cu copii nebeneficiind de nicio vizită în primii 2 ani de viață ai copilului, iar în cazul a jumătate dintre familiile intervievate în cadrul studiului, copiilor cu vârste între 0 și 5 nu li s-au făcut niciun fel de analize medicale (World Vision, 2020).

Populația de etnie romă, care reprezintă 3,3% din populația României, se confruntă, de asemenea, cu condiții de trai precare. Potrivit World Vision, 60% din locuitorii de etnie romă s-au dus la culcare nemâncați cel puțin o dată pe lună și 84% din gospodăriile de etnie romă nu au apă, canalizare sau electricitate, lucru care determină rate ridicate de îmbolnăvire (World Vision, 2020).

Cadrul politic și administrativ

Referitor la cadrul politic, România este o republică democratică parlamentară. Are un sistem parlamentar bicameral alcătuit din Senat (camera superioară), cu 136 de membri, și Camera Deputaților (camera inferioară) care numără 329 de membri. Membrii ambelor camere sunt aleși prin vot direct pentru un mandat de patru ani pe baza unei reprezentări proporționale și a listelor de partid.

Cum România are un sistem politic semiprezidențial, Premierul este șeful guvernului, în timp ce Președintele este șeful statului. Președintele României este ales prin vot direct pentru un mandat de cinci ani, având dreptul de a fi reales o singură dată. Președintele desemnează prim-ministrul în urma consultării Parlamentului și îndeplinește rol de comandant șef al forțelor armate. Deși Președintele nu poate iniția legi, are posibilitatea de a returna proiectele de lege pentru a fi supuse unei noi dezbateri. Actualul guvern este format din 24 de miniștri conduși de prim-ministru, însă guvernele de coaliție ale României sunt instabile și trec prin schimbări frecvente ale politicienilor de nivel înalt (Heilmann, et al., 2019).

La nivel local, județul este unitatea administrativă condusă de un consiliu județean și un prefect. Consiliul județean este ales pentru a coordona activitatea consiliilor comunale și orașenești, având ca scop concentrarea interesului asupra serviciilor publice de importanță la nivel județean. Guvernul numește un prefect în fiecare județ pentru a fi reprezentantul său local. Orașul și comuna sunt fiecare conduse de un consiliu local și un primar ales (Ministerul Afacerilor Externe, 2018).

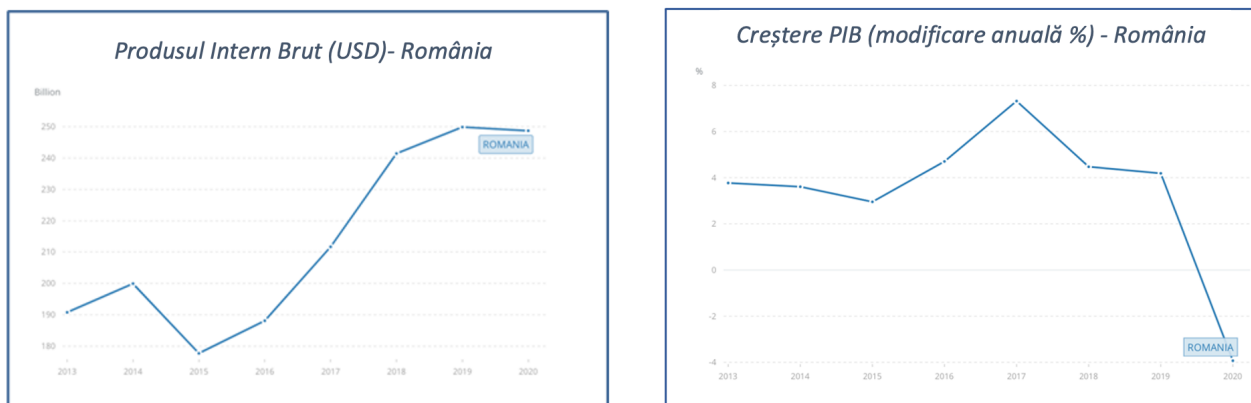
Caracteristici economice

În ultimii zece ani, România a atins un record notabil de creștere economică ridicată, reducere susținută a sărăciei și venituri ale gospodăriilor în creștere. Pentru prima dată, Banca Mondială a clasificat România ca țară cu venituri mari, pe baza datelor din 2019 privind venitul pe cap de locuitor de 12.899 USD. Același indicator era în 2015 de 8.969 USD, ceea ce înseamnă o creștere semnificativă de 30,47% a valorilor PIB-ului pe cap de locuitor. În mod similar, Produsul Intern Brut (PIB) în România echivala cu 249.88 miliarde USD în 2019, potrivit datelor oficiale ale Băncii Mondiale, comparativ cu 177.73 în 2015, așa cum reiese din Figura 3. Creșterea economică poate fi demonstrată și de rata anuală de creștere, care în 2017 a atins un vârf de 7,32%, constituind a doua cea mai mare rată de creștere la nivelul UE.

Cu toate acestea, la fel ca restul lumii, și România a fost afectată de pandemia de COVID-19. În 2020, PIB-ul în România a scăzut la 248.72 miliarde USD, în timp ce rata anuală de creștere a PIB-ului s-a contractat cu 3,93% (Banca Mondială, 2020). Și totuși economia se află în plină redresare, PIB-ul revenind la nivelurile anterioare pandemiei, iar creșterea fiind readusă puternic la 6,5% în prima jumătate a anului 2021 (Banca Mondială, 2020). În martie 2022, ca urmare a impactului războiului din Ucraina, Banca Europeană pentru Reconstrucție și

Dezvoltare (BERD) a revizuit în sens descendent progresul economiei României pentru anul 2022, de la +4,4% anticipat în noiembrie anul trecut, la +2,8%.

Figura 3. Dinamica PIB-ului total (USD la cursul actual)



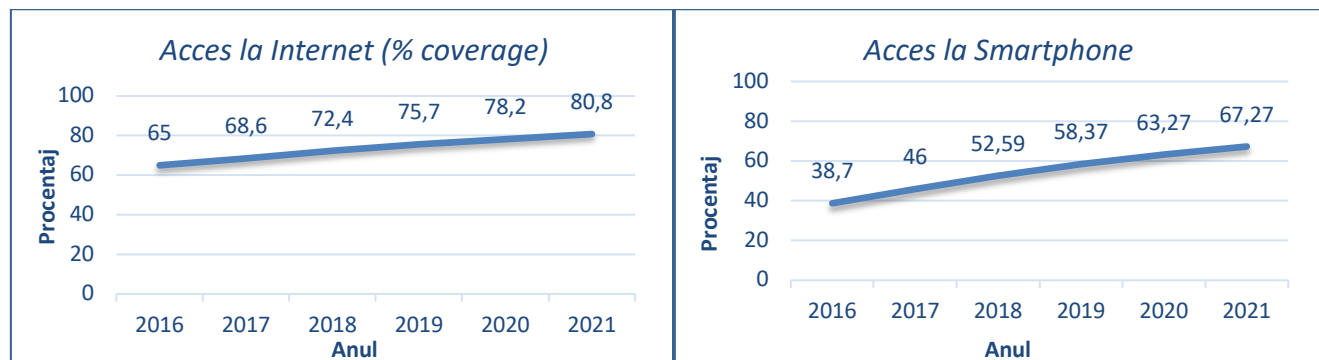
Sursa: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.KD.ZG?locations=RO>

Unul dintre efectele pandemiei încă pronunțat este acela al creșterii semnificative a sărăciei, mai cu seamă în rândul comunităților vulnerabile precum populația de etnie romă, reliefând inegalități profunde. Legat de inegalitate, cel mai recent coeficient Gini disponibil pentru România este cel din 2019, respectiv 0,34. Deși valoarea este mai mică față de 2014 când era 0,36, coeficientul României continuă să se numere printre cele mai mari din Uniunea Europeană, depășite numai de Italia și Bulgaria (Statista, 2019).

Contextul tehnologic

Contextul tehnologic al României relevă o dezvoltare foarte abruptă în ultimii 5 ani. Astfel, din 2016, accesul la internet s-a extins cu 15,8%, acoperirea cu servicii crescând de la 65% la 80,8% (INS, 2021). Creșterea de-a lungul anilor este ilustrată și în Figura 4. Populația care deține un smartphone în România a cunoscut, de asemenea, o creștere dramatică, înregistrând un procent de 67,2, față de 38,7% în 2016 (Statista, 2021).

Figura 4. Accesul la tehnologia contemporană

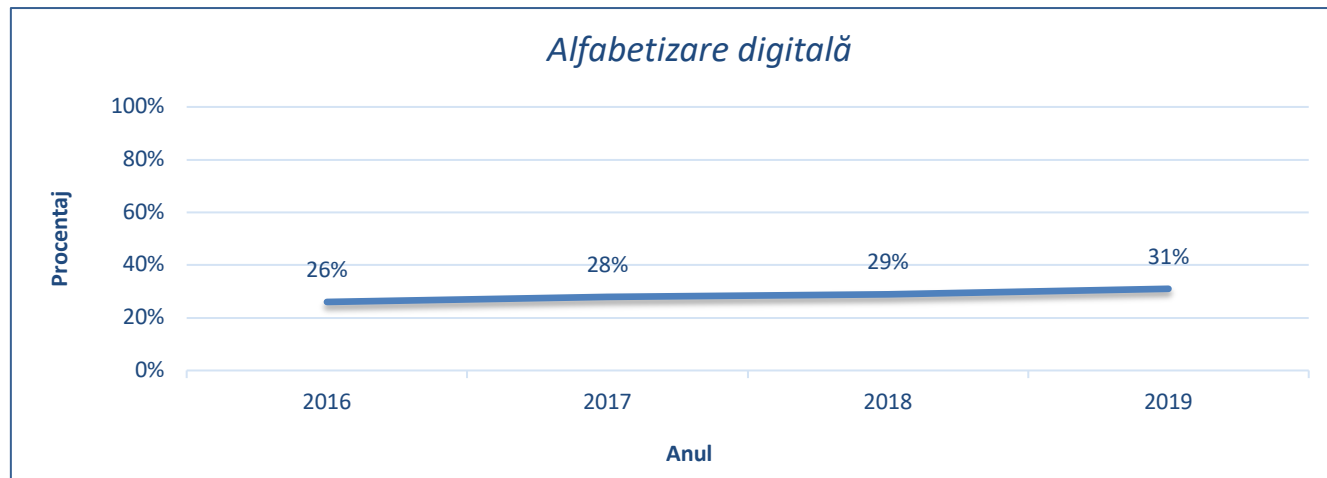


Accesul la internet, Sursa: <https://www.statista.com/statistics/568223/predicted-smartphone-user-penetration-rate-in-romania/>

Accesul la smartphone-uri, Sursa: <https://insse.ro/cms/ro/content/accesul-populației-la-tehnologia-informațiilor-și-comunicațiilor-în-anul-2021>

Cu toate acestea, în rândul utilizatorilor există încă un nivel scăzut de alfabetizare digitală, doar 31% din populație putând folosi abilități tehnice pentru a găsi, evalua, crea și comunica informații (Eurostat, 2019). Mai mult decât atât, rata de creștere a indicatorului este și ea scăzută, înregistrându-se o creștere de doar 5% în ultimii 5 ani, după cum se arată în Figura 5.

Figura 5. Rata alfabetizării digitale



Sursa: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=isoc_sk_dskl_i&lang=en

Din punct de vedere al tipologiei urban-rural aplicate în România, regiunile predominant rurale ocupă aproape 60% din teritoriu, în timp ce regiunile urbane reprezintă numai 0,8% din teritoriu, diferența regăsindu-se în regiunile intermediare (Ministerul Dezvoltării, Lucrărilor Publice și Administrației, 2020).

Peisajul natural al României, adică 23% din țară acoperită de munți, respectiv Delta Dunării situată în sud-estul țării, naște frecvent provocări în materie de transport atunci când vine vorba de accesul la serviciile de asistență medicală. Această problemă este însă discutată pe larg în următoarele secțiuni ale raportului.

Principalul mijloc de transport în România utilizat în scopul accesării unităților de îngrijire medicală din țară este autoturismul particular. Potrivit CIA Factbook (2012), în 2012 România avea o rețea rutieră totală de 84.185 km, din care 49.873 km asfaltați și 34.312 km neasfaltați. Potrivit Raportului INS din 2019 în materie de transport, rețeaua rutieră totală era de 86.391 km, din care 38.166 km (44,2%) drumuri modernizate cu îmbrăcămînți asfaltice de tip greu, 21,365 km (24.7%) drumuri cu îmbrăcămînți ușoare rutiere, 17,831 km (20.6%) drumuri pietruite și 9,021 km (10.5%) drumuri de pământ.

Per ansamblu, în România în 2018, indicele de performanță logistică, ce măsoară calitatea infrastructurii legate de transport și comerț, are o valoare de 2,91. Valoarea a crescut de-a lungul anilor, ținând cont de faptul că în anul 2013, acest indicator era 2,77, dovedind o oarecare îmbunătățire a calității sistemului de transport (Banca Mondială, 2018).

Un indicator îngrijorător la nivel de țară este cel al mortalității datorate accidentelor în trafic. Cifra a crescut de la 10 la 100.000 de locuitori în 2014, la 10,3 în 2019 (Banca Mondială, 2019). Totodată, rata deceselor cauzate de accidente în trafic în România este de departe cea mai ridicată dintre statele membre UE și depășește considerabil nivelul UE de 6 la 100.000 de locuitori.

Sistemul de sănătate

Starea sănătății populației

Speranța de viață în România este printre cele mai scăzute din Uniunea Europeană, iar pandemia de COVID-19 a făcut ca unele dintre progresele înregistrate din 2015 înapoi să devină un regres. În 2020, speranța de viață la naștere (total) a scăzut cu 1,4 ani, ajungând la 74,2, comparativ cu 75,6 în 2019 (INS, 2020). Acest declin serios poate fi astfel asociat cu izbucnirea pandemiei de COVID-19, tendință observată în majoritatea statelor membre UE. Chiar și așa, România a înregistrat una dintre cele mai mari modificări negative, căci la nivelul UE scăderea a fost de 0,7 ani (Eurostat, 2020). De asemenea, ecartul dintre bărbați și femei la acest capitol s-a adâncit semnificativ, femeile trăind cu 7,9 ani mai mult decât bărbații în 2020, față de 7,2 ani cât era diferența pe sexe în 2015 (Tabelul 1).

Tabelul 1. Speranța de viață la naștere, România, 2015-2020

Speranța de viață la naștere	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	74,9	75,2	75,2	75,3	75,6	74,2
Femei	78,6	79	79	79,2	79,5	78,4
Bărbați	71,4	71,6	71,6	71,7	71,9	70,5

Sursa: <http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table>

Rata mortalității 1-4 ani continuă să se micșoreze, în 2020 înregistrându-se 1,3 decese la 1.000 de copii, ceea ce înseamnă o scădere de 0,4 în ultimii cinci ani (INS, 2020). La fel, rata mortalității infantile rezultă a fi în scădere într-un ritm similar, cu 1,22 decese la 1.000 de copii în 2019, comparativ cu 1,63 în 2014 (o scădere de 0,41) (Eurostat, 2019). Deși rata scade, România încă prezintă cifre îngrijorătoare, rămânând țara cu cea mai ridicată rată a mortalității infantile în 2018, respectiv a doua cea mai ridicată rată în 2019, fiind astfel de aproape două ori mai mare decât media UE.

Mortalitatea evitabilă este extrem de ridicată în România unde în 2019 se înregistra cea mai mare rată a mortalității prin cauze tratabile în rândul statelor membre UE, cu 208.34 decese la 100.000 de locuitori, și a treia cea mai mare rată a mortalității prin cauze prevenibile, după Ungaria și Letonia, cu 295.8 decese la 100.000 de locuitori (Eurostat, 2022). În Tabelul 2 figurează mortalitatea prin cauze tratabile și prevenibile în România comparativ cu UE27 (cele mai recente date disponibile, 2017). Asistența medicală preventivă, furnizată prin intermediul sistemului românesc de asistență medicală primară, poate reduce mortalitatea din toate cauzele și mortalitatea prematură, mai cu seamă determinată de bolile cardiovasculare (Organizația Mondială a Sănătății - OMS, 2020).

Tabelul 2. Mortalitatea prin cauze tratabile și prevenibile, România, 2019 (la 100.000 locuitori)

	Rata deceselor prevenibile			Rata deceselor prin cauze tratabile		
	Total	Femei	Bărbați	Total	Femei	Bărbați
România	295.8	153.12	458.91	208.34	155.32	270.68
Media UE27	160	89.13	237.41	92.09	78.18	107.71

Sursa: Eurostat, actualizare în aprilie 2022, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_apr&lang=en

Figura 6 înfățișează principalele cauze de deces în România. Potrivit celor mai recente date OCDE (Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică), cardiopatia ischemică reprezintă principala cauză de deces, 19,1% din decese datorându-se acesteia (OCDE, 2021). Rata deceselor cauzate de cardiopatia ischemică a fost peste dublul mediei UE. Accidentele vasculare cerebrale constituie a doua cauză majoră de deces, reprezentând 16,3% din decese. Cancerul de plămâni este cea mai frecventă cauză a deceselor provocate de cancer, cu o rată a mortalității care a crescut cu aproape 14% din anul 2000, în principal din cauza ratelor mari ale fumatului. De asemenea, ratele mortalității în cazul altor tipuri de cancer sunt în creștere în ultimii ani, în particular cancerul colorectal și cancerul de sân. A patra cauză majoră de deces este cea a bolilor hepatice, în principal ciroza hepatică, cu 1.357,9 decese la 100.000 de locuitori, ce poate fi strâns legată de factorii de risc comportamental precum consumul de alcool și fumatul în exces. Potrivit unui raport al Comisiei Europene, circa 35% din adulții din România consumă alcool în cantități mari, cu mult peste nivelul UE de 19%. Fumatul reprezintă, de asemenea, un aspect îngrijorător, aproximativ 20% din populație fiind fumătoare. Statisticile sunt îngrijorătoare mai cu seamă în cazul adolescenților, având în vedere că o treime din cei în vârstă de 15-16 ani declară că au fumat în luna anterioară în 2019 (31%), o pondere cu mult mai mare decât nivelul mediu al UE de 21% (OCDE, 2021).

Figura 6. Principalele cauze de deces în România în 2021



Sursa: Starea sănătății în UE; Profil de țară în materie de sănătate - România 2021, pagina 4

Alte infecții și patologii respiratorii precum cele legate de trahee și bronhii reprezintă o cauză de deces semnificativă. Îngrijorător în mod special este numărul de cazuri de tuberculoză raportate care se menține ridicat. Deși cazurile au scăzut de-a lungul anilor ajungând la 76,5 cazuri noi la 100.000 locuitori, România continuă să dețină cel mai mare număr la nivelul Europei. Mai mult decât atât, România reprezintă 25% din totalul cazurilor raportate în Uniunea Europeană (OCDE, 2020).

În prezent, România are a doua cea mai ridicată mortalitate excesivă (Eurostat, 2022) și a doua cea mai scăzută rată de vaccinare împotriva COVID-19 dintre statele membre UE (Centrul European pentru Prevenirea și Controlul Bolilor, aprilie 2022). Astfel, începând cu luna aprilie 2022, rata de vaccinare anti-COVID-19 în România este de 42%, față de 72,6% cât este nivelul UE. Nu sunt disponibile studii care să analizeze cauzele mortalității excesive, însă este rezonabilă o corelare a acesteia cu o rată de vaccinare scăzută. Ultimul val de COVID-19 a determinat în România o mortalitate excesivă de 28,3% la începutul anului 2022, aproape de patru ori mai mare comparativ cu media UE (7,4%) (Eurostat, 2022).

Pe lângă bolile tratabile, alte cauze de deces sunt reprezentate de anumite afecțiuni din perioada perinatală (479), malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale (279), boli ale aparatului respirator (277), anumite infecții și boli parazitare (47) și alte cauze externe de morbiditate și mortalitate (36) (Eurostat, 2018).

Per total, procentul nevoilor neacoperite de asistență medicală în materie de controale sau tratamente medicale este 3,6% în 2020. În cursul a 5 ani de zile s-au înregistrat îmbunătățiri importante în acoperirea nevoilor de servicii medicale, ținând cont că procentul a scăzut cu 4,7%. Totuși, privind în ansamblu, la capitolul asistență medicală, România încă se confruntă cu un procent ridicat de nevoi neacoperite, doar Albania și Grecia având un indicator mai mare. Totodată, rata în România depășește semnificativ nivelul de 1,1% al UE (Eurostat, 2020).

Cheltuielile pentru asistență medicală și serviciile acoperite de asigurările de sănătate

Potrivit OCDE (2021), România cheltuie pentru sănătate mai puțin decât oricare altă țară din UE, lucru ce poate fi observat atât la cheltuielile pe cap de locuitor, cât și la ponderea în PIB. Cheltuielile pentru asistență medicală în raport cu PIB-ul au fost de 5,77% în 2019, crescând cu 0,21%. Ca atare, în România, cheltuielile cu sănătatea sunt la un nivel dramatic de scăzut față de nivelul Uniunii Europene, unde ponderea în PIB alocată cheltuielilor pentru sănătate este de 9,91%. De fapt, conform datelor Băncii Mondiale, România se clasează penultima din punct de vedere al cheltuielilor pentru sănătate ca pondere în PIB.

În 2019, totalul cheltuielilor cu sănătatea pe cap de locuitor (PPP) în România a fost de 1.895 USD/cap de locuitor. Cheltuielile pentru sănătate au crescut constant în fiecare an, dar într-un ritm lent, fiind vorba de o creștere de 848 USD din 2015 încoace (OCDE, 2021).

A doua cea mai mare sursă de finanțare o reprezintă plățile „din buzunar” (din venituri proprii), care contribuie cu 20,5% la cheltuielile pentru sănătate. Astfel, cheltuielile efectuate direct de pacienți pentru asistență medicală pe cap de locuitor (PPP) în 2019 se pare că au fost de 357.5 USD, față de 323.8 USD raportați în 2018 (OCDE, 2019). Creșterea cheltuielilor din venituri proprii este vizibilă pe tot parcursul celor 5 ani analizați, sugerând o creștere totală de 40% a cheltuielilor începând cu 2015.

În ce privește serviciile de sănătate acoperite de stat, Asigurările Sociale de Sănătate permit celor asigurați să acceseze un pachet de servicii cuprinzător, în care se regăsesc servicii de asistență primară, asistență ambulatorie, asistență medicală spitalicească precum serviciile spitalicești pentru patologii ce necesită internare în regim de spitalizare continuă (cazuri acute, cazuri cronice și alte situații justificate), respectiv serviciile spitalicești care nu necesită acest gen de internare, fiind furnizate în regim de spitalizare de zi. Serviciile medicale paraclinice (precum analizele de laborator, ecografiile, radiografiile, EKG, electroencefalograma (EEG), tomografiile, RMN, scintigrafia etc.) sunt, de asemenea, disponibile la recomandarea medicului de familie și a medicului specialist din ambulatoriu. La fel, gravidele și copiii până în 18 ani, care sunt asigurați opțional, beneficiază de investigații paraclinice în ambulatoriu, fără coplată, la recomandarea medicului de familie sau a medicului specialist din ambulatoriu. Serviciile medicale de urgență și transportul sanitar sunt, la rândul lor, servicii asigurate (Casa Națională de Asigurări de Sănătate - CNAS, 2021).

Serviciile medicale care nu fac parte din pachetul de servicii medicale de bază sunt serviciile medicale acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă și sportive, asistența medicală la locul de muncă, asistența medicală a sportivilor, unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport, unele servicii și proceduri de reabilitare, serviciile acordate în cadrul secțiilor/clinicilor de boli profesionale și cabinetelor de medicină a muncii (CNAS, 2021). O lacună importantă în materie de acoperire este asistența stomatologică, dat fiind faptul că sunt disponibile doar câteva proceduri și servicii de asistență dentară. Ca atare, România raportează al cincilea cel mai ridicat nivel de nevoi neacoperite în materie de asistență stomatologică din UE (5,4 % în 2017), de două ori media UE (2,7%) (OCDE, 2021).

Configurarea sistemului de sănătate. Furnizarea de servicii

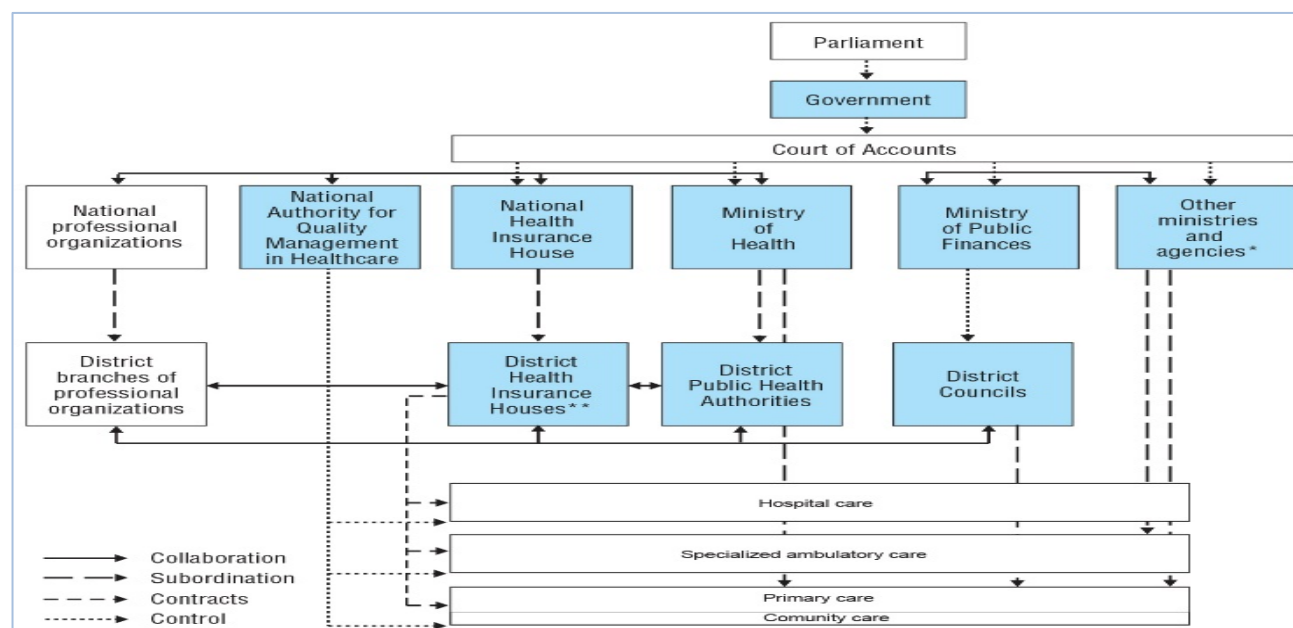
România are un sistem de asigurări sociale de sănătate obligatorii. Legea privind reforma în domeniul sănătății (Legea nr. 95/2006) prevede modul în care funcționează sistemul de sănătate din punct de vedere al organizării, financiar, al furnizării serviciilor și al serviciilor acoperite din fondul public, respectiv al sănătății publice. Sistemul se menține unul puternic centralizat, în care nivelul național asigură autoritatea administrativă și cadrul de reglementare, iar nivelului județean îi revine responsabilitatea organizării și livrării serviciilor de sănătate către populație (vezi Figura 7).

Ministerul Sănătății este responsabil de guvernanta per ansamblu a sistemului de asigurări sociale de sănătate, în timp ce Casa Națională de Asigurări de Sănătate administrează și reglementează Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS).

Ministerul Sănătății (MS) reprezintă autoritatea centrală și este responsabil de elaborarea politicilor de sănătate, inițierea legislației aferente, planificarea, controlul și implementarea Programelor Naționale de Sănătate Publică, precum și de abordarea priorităților în materie de sănătate publică și gestionarea finanțării de la bugetul de stat.

Prin procesul de descentralizare, alte responsabilități semnificative ale MS au fost transferate treptat către autoritățile publice locale (ceea ce ține de preluarea și administrarea spitalelor publice, responsabilitatea pentru furnizarea mai multor servicii publice de asistență medicală la nivel local precum medicina școlară, serviciile bazate pe comunitate furnizate de asistentele medicale comunitare și de mediatorii sanitari în cazul comunităților de etnie romă). Organele deconcentrate ale MS la nivel județean sunt direcțiile de sănătate publică (DSP). Cele 41 DSP-uri județene și DSP București gestionează activitatea de sănătate publică la nivel județean și sunt responsabile de coordonarea implementării Programelor naționale de sănătate publică finanțate de MS. Ca urmare a procesului de descentralizare vizibil în ultimii ani, rolul DSP-urilor în cadrul sistemului de sănătate, precum și capacitatea acestora de a coordona activitățile de sănătate publică s-au redus (în ce privește resursele umane, resursele financiare, influența).

Figura 7. Sistemul medical românesc



Sursa: Vlădescu et al, 2016, pagina 19

Principala sursă de finanțare pentru sistemul de asistență medicală o reprezintă Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS), președintele acestuia fiind numit de către Primul-ministru. FNUASS este terță parte plătitoare a sistemului, primind fondurile colectate de Agenția Națională de Administrare Fiscală, care aparține de Ministerul de Finanțe (Vladescu et al., 2016).

Asistența medicală este furnizată în regim ambulatoriu (de către medicii de familie/serviciile de asistență medicală primară, serviciile medicale din ambulatoriul de specialitate, serviciile de urgență prespitalicești) și în regim de spitalizare (spitale). Medicii de medicină primară (medicii de familie), numiți și filtru al sistemului, sunt furnizori independenți/privați plătiți printr-o combinație între plata „per capita” (tarif pe persoană asigurată) și plata prin tarif pe serviciu (circa 50% fiecare). Există un număr considerabil de locuitori care nu s-au înscris pe lista unui medic de familie, cu disparități semnificative între rural și urban (Colegiul Medicilor, 2022). Asistența medicală ambulatorie de specialitate este furnizată de clinici private (fostele policlinici transformate în unități medicale independente) și de ambulatoriile spitalelor, servicii care sunt contractate pe bază de tarif pe serviciu; prin urmare, specialiștii care lucrează în clinici ambulatorii pot fi fie furnizori independenți de servicii de asistență medicală, fie angajați ai unor clinici private care primesc salariu. Serviciile ambulatorii specializate sunt furnizate prin intermediul unei rețele de departamente ambulatorii spitalicești și policlinici, centre medicale specializate, centre de diagnostic și tratament, și cabinete medicale individuale ale medicilor specialiști care au contract cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate.

Tabelul 3 indică distribuția furnizării de servicii de asistență medicală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate obligatorii, pe ultimii patru ani. Numărul medicilor de familie activi aflați în relații contractuale cu acest sistem a scăzut, în timp ce numărul spitalelor care furnizează servicii în cadrul aceluiași sistem a crescut în 2021 (și datorită pandemiei de COVID-19). Din punct de vedere al asistenței medicale ambulatorii, se poate observa o ușoară creștere a serviciilor decontate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate obligatorii, cu peste 162 de contracte mai mult în 2021, comparativ cu 2018. (CNAS, 2022).

Tabelul 3. Distribuția furnizării de asistență medicală

An	2018	2019	2020	2021
Contracte pentru prestarea de servicii în sistemul asigurărilor sociale de sănătate				
Medici de familie	10.157	9.950	9.699	9.531
Ambulatorii clinice	3.190	3.233	3.186	3.352
Asistență medicală spitalicească	673	677	669	689

Sursa: Raport de activitate al CNAS pe 2021

România are un număr redus de medici activi (318.67 la 100.000 locuitori) și un număr mediu de asistenți medicali (752.58 la 100.000 locuitori), comparativ cu statele membre UE (Eurostat 2022, date pentru 2019). Slaba acoperire cu cadre medicale se datorează migrației externe (mobilității) către alte state membre UE a profesioniștilor din sănătate care caută un venit mai mare și condiții de muncă mai bune. România are în continuare una dintre cele mai scăzute rate a medicilor din UE, iar distribuția inegală a acestora persistă, afectând mai cu seamă persoanele care trăiesc în mediul rural sau zone defavorizate.

Tabelul 4 prezintă profesioniștii din domeniul sănătății care furnizează servicii de asistență medicală primară în 2012. Deși norma națională de 1 MF la 2.000 de locuitori la acea vreme părea suficientă, existau totuși deficite regionale de medici de familie (OMS, 2012). În prezent, disparitățile geografice și ecartul rural/urban s-au adâncit

odată cu reducerea semnificativă a numărului de medici de familie activi de la 14.835 în 2012 la 12.184 în 2019 (Eurostat, 2022).

Tabelul 4. Lucrători medicali din linia întâi 2012-2019

Furnizori activi de asistență medicală primară (AMP)	Număr	Număr de locuitori per lucrător	% din totalul medicilor, asistenților, moașelor
Medici de familie	14.835	1894	35,8%
Asistenți AMP	10.596	2.029	12,6%
Moașe AMP	378	56.878	7,7%
Asistenți specializați în pediatrie	935	22.995	1,1%

Sursa: OMS/Biroul Regional pentru Europa, Nivel/Olanda și CPSS/România, 2012 și baza de date Eurostat 2022

În ceea ce privește situația altor categorii de profesioniști din domeniul sănătății activi la nivelul comunităților, în 2006, numărul asistenților activi din asistența primară era de 10.596, ceea ce reprezintă 12,6% din totalul asistenților activi din țară. Doar 378 moașe lucrează în asistența primară, în speță 7,7% din numărul total de moașe active din țară. În fine, în asistența medicală primară se regăsesc 935 asistenți pediatri activi, respectiv 1,1% din totalul asistenților (OMS, 2012).

De asemenea, prin Ordonanța de Urgență nr. 18 din 27/02/2017, Ministerul Sănătății a propus înființarea și dezvoltarea serviciilor de asistență medicală comunitară pentru a compensa lipsa de servicii medicale și de acces al pacienților la acestea în zonele și regiunile care au cea mai mare nevoie de ele, respectiv zonele rurale, izolate sau în care nu există dispensar sau policlinică. Instituțiile responsabile de buna desfășurare a serviciilor de asistență medicală comunitară sunt Ministerul Sănătății, direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, și autoritățile administrației publice locale. Datele Ministerului Sănătății din 2018 arată că România are circa 45 centre de asistență medicală comunitară, în care activează peste 1.500 de asistenți medicali comunitari și 470 de mediatori sanitari.

Pentru a-și desfășura activitățile și a furniza serviciile de asistență medicală comunitară, asistenții medicali comunitari ar trebui să realizeze o catagrafie a populației din comunitatea locală respectivă din punct de vedere al stării de sănătate și să identifice gospodăriile cu populație vulnerabilă (sugari și copii mici, gravide și femei de vârstă fertilă); să identifice persoanele neînscrise pe lista medicilor de familie și să ajute la înscrierea lor; să furnizeze către membrii comunității servicii medicale preventive, precum și servicii de profilaxie primară, secundară și terțiară (OUG 18/2017).

Intervenții recente în domeniul asistenței medicale

Odată cu pandemia de COVID-19, s-au stabilit o serie de intervenții care depind într-o foarte mare măsură de contextul actual. Astfel, Ordonanța de Urgență nr. 196 din 18 noiembrie 2020 promovează utilizarea telemedicinii ca metodă de sporire a accesibilității la servicii medicale a persoanelor din zonele rurale, din zonele geografice mai puțin accesibile sau din zonele care înregistrează deficit în ceea ce privește asigurarea asistenței medicale de specialitate, respectiv în asigurarea investigațiilor medicale anatomopatologice și radiologice. Ca atare, telemedicina reprezintă transmiterea în siguranță a datelor și informațiilor medicale sub formă de text, sunet, imagine sau în alte formate necesare pentru prevenirea bolilor, diagnosticarea, tratarea și monitorizarea pacienților (OUG 196/2020). Prin utilizarea telemedicinii, pacienții care locuiesc în zone defavorizate pot avea acces la asistență medicală primară și pot beneficia de servicii de specialitate, precum tratamente sau intervenții

postoperatorii, de care altfel poate că nu ar avea parte decât călătorind distanțe lungi pentru a se prezenta la medic în persoană, presupunând că au acces la un smartphone sau orice alt tip de comunicații electronice.

O inițiativă similară care urmărește sporirea accesibilității la servicii medicale este legea recent adoptată privind asistența medicală mobilă, care facilitează, în regim mobil, accesul la servicii medicale de bază al persoanelor din zonele rurale unde există deficit de medici, pentru prevenție și profilaxie, screening-ul afecțiunilor medicale prevalente, controale medicale periodice, generale și de specialitate, și livrarea la domiciliu a medicamentelor prevăzute în programele naționale de sănătate pentru bolnavii cronici, precum și pentru pacienții cu patologii acute. Această intervenție reprezintă rezultatul presiunilor efectuate de organizațiile non-profit și de medicii voluntari care au implementat cu succes astfel de inițiative mobile și au observat rezultate pozitive în ce privește accesul la asistență medicală (G4 Media, 2022).

Deșertificarea medicală

În fazele inițiale ale proiectului AHEAD, s-a realizat o analiză a literaturii de specialitate pentru a defini mai bine conceptul de „deșertificare medicală”. În urma unei analize amănunțite a peste 100 de studii, am concluzionat că acest concept complex necesită un set de definiții pentru a putea înțelege perspectiva sa multidimensională.

Tabelul 5. O definiție pas cu pas a deșerturilor medicale*

<u>Definiție scurtă</u> Deșertul medical este o zonă geografică în care locuitorii au acces inadecvat la servicii medicale.
<u>Definiție extinsă</u> Deșerturile medicale implică imposibilitatea unei populații date (și/sau a unui grup populațional) de a accesa servicii medicale, sau situația de izolare care intervine atunci când este vorba de a beneficia de servicii medicale, în funcție de trei categorii de bariere cantitative și calitative (detaliate mai jos), care sunt interconectate și interdependente, în moduri și măsuri diferite.
<u>Deșerturile medicale prin prisma barierelor în calea accesării asistenței medicale.</u> Bariere de ordin fizic precum: ▪ Accesul limitat la personal instruit de medicină primară (MF, farmaciști, personalul centrelor medicale comunitare) este relevat de densitate (numărul de cadre medicale/populație sau numărul de centre/populație). Accesul depinde de structura demografică a respectivei populații deservite de acei lucrători medicali (are la bază ipoteza conform căreia vârsta determină în mare măsură nevoia de servicii de sănătate) și ar trebui comparat cu standardele naționale. ▪ Distanța la unitățile de asistență medicală primară (MF, farmacii, centre medicale comunitare). ▪ Timpul mediu necesar pacientului pentru a ajunge la unitatea sanitară, respectiv serviciilor de urgență pentru a ajunge la pacient. Bariere sociale (ce derivă din construcțiile sociale, inclusiv acceptabilitatea pentru pacienți a serviciilor și accesibilitatea financiară) precum: ▪ Costul ridicat al asistenței medicale (costuri de asigurare, facturare suplimentară, plăți informale etc.) ▪ Asistența nu este acoperită prin pachetul de asigurări prevăzut de lege ▪ Sensibilitatea culturală și adecvarea contextuală a asistenței oferite Bariere legate de politici care rezultă din limitări la nivel de politici, inclusiv distribuția necorespunzătoare a serviciilor medicale, a lucrătorilor medicali sau incapacitatea de a răspunde nevoilor. Printre acestea se numără: ▪ Lipsa personalului de specialitate sau (concentrarea personalului de specialitate în marile orașe) ▪ Lipsa tehnologiei sau (concentrarea tehnologiei și a furnizorilor de asistență medicală specializată în marile orașe) ▪ Lipsa instruirii corespunzătoare ▪ Timpul îndelungat de așteptare necesar pentru a ajunge la personalul de specialitate ▪ Altele.

*Rezultate din rapoartele inițiale realizate în cadrul proiectului AHEAD.

Tabelul 6 descrie principalele concluzii operaționale. Acestea subliniază necesitatea luării în calcul atât a cererii, cât și a ofertei. Cererea este reprezentată de diferențieri în cadrul grupei de vârstă a populației locale. Populația „locală” include atât persoanele care locuiesc în localitate, cât și cele din zonele limitrofe, care pot accesa serviciile în localitatea avută în vedere. „Oferta” include MF, farmacii, spitale, alt tip de personal medical, dar se referă și

la localitățile limitrofe. Toate aceste principii se traduc în indicii de calcul al accesului la servicii medicale înfățișați în Anexa 5.

Tabelul 6. O trecere în revistă a concluziilor desprinse din analiza literaturii de specialitate

Ideile principale:

- Termenul este folosit în literatura de specialitate în mod inconsecvent, este măsurat diferit în funcție de disponibilitatea datelor și de nuanțele care există în interpretările care i se dau, și se suprapune cu alți termeni.
- Cel mai ușor mod de a găsi o definiție este cel mai probabil pornind de la o definiție operațională, dar fără a pierde din vedere principalele aspecte conceptuale.
- Printre termenii care se suprapun se numără ruralitatea, inegalitățile de acces la nivel rural/urban, comunitățile izolate etc.
- Și măsurarea pune probleme. Trebuie hotărât ce tip de indicatori sunt de avut în vedere, cum să fie măsurați fiecare în parte, dacă trebuie combinați într-o singură măsurătoare sau este de luat în calcul o abordare multidimensională, și cum ar trebui combinați, într-unul sau mai mulți indici:
 - Ce indicatori sunt de luat în calcul. Exemple:
 - Densitatea personalului medical per pacient în aria de deservire de referință;
 - Distanța până la serviciile de asistență medicală (pe drumurile publice);
 - Distanța până la serviciile de asistență medicală exprimată ca timp.
 - Cum se măsoară aceștia:
 - Care este aria de deservire/spitalul/punctul către care se fac trimiteri;
 - Ce niveluri de asistență medicală sunt avute în vedere (de urgență, de specialitate, ce tipuri de intervenții specializate);
 - Cum se calculează timpul (de ex. ce viteză medie avem în vedere).
 - Cum se combină indicatorii:
 - Cum hotărâm cu privire la importanța relativă a fiecărui indicator
 - Li se alocă o pondere egală?
 - Cum verificăm fiabilitatea/validitatea?

**Tabelul reproduce o parte a raportului privind analiza literaturii de specialitate.*

CERCETAREA DE TEREN: Colectarea și eșantionarea datelor

Pentru a realiza raportul de față, s-au folosit două surse principale de date.

Pe de o parte, s-a efectuat un sondaj online, care a vizat medicii de familie, administrația locală, și diverși actori de la nivel central (inclusiv decidenți, companii de asigurări de sănătate, ONG-uri active în zonă etc.). Sondajul online oferă informații din partea unei game largi de respondenți, permițând astfel o determinare a măsurii în care reprezentarea accesului la servicii medicale corespunde configurării generale găsite în literatura de specialitate privind deșertificarea medicală.

Pe de altă parte, au fost selectate două studii de caz. S-a urmărit ca acestea să fie realizate în localități care teoretic erau afectate de deșertificarea medicală și să ofere informații privind modul în care actorii implicați de la nivel local și regional/județean se raportează la acest termen și îl asociază realităților din localitățile și/sau județele lor.

Studii de caz

Strategia de eșantionare

Am calculat indicii deșertificării medicale la nivel de municipalitate, și am hotărât că județe precum Tulcea, Botoșani, Vrancea cuprind mai multe deșerturi medicale decât alte județe. Astfel, cele trei tipuri de indici ai deșertificării calculați sunt:

- Cu referire la MF
- Cu referire la spitale
- Cu referire la farmacii

Fiecare indice a fost calculat în trei scenarii diferite:

- Complet neajustat - ia în calcul populația localității respective și numărul de furnizori de servicii medicale (MF, spitale, farmacii)
- Ajustat după cerere - ajustează populația prin acordarea unei importanțe mai mari copiilor mici (de vârstă preșcolară) și populației vârstnice, care necesită sprijin medical mai frecvent și mai intens.
- Ajustat după cerere și care include cererea și oferta în localitățile limitrofe (pe o rază de 20km, respectiv 30km în jurul centrului fiecărei municipalități). Aceasta înseamnă că am inclus în calcul toate persoanele care locuiesc în acea zonă limitrofă, ajustat după vârstă, și toți furnizorii de servicii medicale; o pondere mai mică a fost alocată populației învecinate în funcție de distanța până în localitate (vezi Anexa 5 pentru detalii metodologice complete).

Apoi, am calculat câți dintre cei 9 indici care au rezultat pe fiecare localitate sunt în top 10% localități cu gradul cel mai ridicat de deprivare. Cele care au obținut punctaje mari (de ex. 9 din 9 indicii că sunt deșerturi) au fost avute în vedere ca posibile candidate pentru studiile de caz.

În consecință, am selectat **Păulești în județul Vrancea**, și **Sfântu Gheorghe în județul Tulcea**, ambele comunități rurale cu deficit în ce privește accesul ușor la servicii medicale.

Pe lângă interviurile realizate cu entități relevante asociate cu comunitățile selectate, am realizat interviuri și cu diverși actori la nivel național. În total s-au realizat zece interviuri, așa cum se arată în Tabelul 7. Datorită acestei

structuri imbricate a eșantionului, ne-am putut da seama cum sunt construite percepțiile și înțelegerea la fiecare nivel, și dacă și cum se relaționează una față de cealaltă în vreun fel sau altul.

Tabelul 7. Structura eșantionului respondenților din cadrul interviurilor în profunzime

Nivel local (Păulești & Sf. Gheorghe)	Nivel județean (Vrancea & Tulcea)	Nivel național
4 interviuri (2 în fiecare comunitate)	2 interviuri (1 în fiecare județ)	4 interviuri

Protocolul interviurilor

Interviurile au fost realizate cu actori implicați la nivel local (localitățile selectate: Păulești și Sfântu Gheorghe), regional (județele aferente localităților selectate: Vrancea și Tulcea), și național. La nivel local, eforturile noastre de selecție au fost ghidate de intenția de a ne face o idee despre perspectiva atât administrativă, cât și cea medicală/profesională.

Ca atare, am realizat un interviu cu primarii ambelor localități Sfântu Gheorghe și Păulești. Atribuțiile și responsabilitățile ce-i revin prin lege primarului vizavi de furnizarea serviciilor medicale fac ca acesta să fie un actor esențial cu un grad ridicat de putere decizională în abordarea problematicei deșerturilor medicale.

Din punct de vedere al personalului medical, în cazul localității Păulești, am intervievat medicul de familie al localității, care, deși nu locuia în Păulești, are responsabilitatea de a acoperi accesul la servicii medicale în comunitate. Pe de altă parte, în Sfântu Gheorghe, am intervievat asistenta medicală comunitară care are responsabilitatea de a furniza servicii de asistență medicală. Ca furnizori de servicii medicale, MF și asistenta medicală comunitară constituie actori locali importanți, care cunosc și înțeleg situația actuală în materie de asistență medicală în localitățile respective și aspectele de deșertificare medicală legate de acestea, și care pot oferi un sprijin esențial din punct de vedere al poziționării.

Abordarea respondenților relevanți a devenit mai dificilă odată ce am trecut de la nivel local la nivel național. Când vine vorba de actorii intervievați în cele două comunități, lucrurile s-au petrecut clar și destul de standard pentru fiecare cercetare de teren: am contactat primăriile prin email și am fost puși în legătură cu persoanele relevante, care cunosc bine comunitățile (primarii) și au pregătire medicală (asistenta medicală comunitară; medicul de familie). La nivel județean, au fost implicate rețelele profesionale ale echipei românești (CPSS) în vederea atingerii obiectivului de cercetare, și s-au realizat interviuri cu reprezentanți ai Direcției Județene de Sănătate Publică (DSPJ). Anterior apelării la conexiuni sociale preexistente, această instituție, ca și Casa Națională de Asigurări de Sănătate au fost contactate prin email și telefon, însă am fost refuzați, din lipsă de timp și resurse umane la nivelul acestor instituții, în contextul crizei refugiaților ucraineni, vizibilă mai cu seamă în cele două județe datorită poziției lor geografice. Același tip de dificultăți au fost întâmpinate și la nivel național.

Ca atare, restul actorilor implicați au fost după cum urmează. Am intervievat membri ai DSPJ din Vrancea și Tulcea. Direcția de Sănătate Publică Județeană este o instituție publică care își desfășoară activitatea în vederea implementării politicilor și programelor naționale de sănătate publică, a activității de medicină preventivă și a inspecției sanitare de stat, a monitorizării stării de sănătate și a organizării statisticii de sănătate, precum și a planificării și derulării investițiilor finanțate de la bugetul de stat pentru sectorul de sănătate. DSPJ-urile au astfel putere mare de negociere în procesele decizionale, motiv pentru care au fost considerate actori esențiali.

De asemenea, am realizat un interviu cu un membru al Colegiului Medicilor din România (CMR), organizație neguvernamentală al cărui principal obiectiv este controlul și supravegherea exercitării profesiei de medic, reprezentarea intereselor profesiei de medic și păstrarea prestigiului acestei profesii în cadrul societății. CMR

apără și promovează drepturile și interesele membrilor săi în toate sferile de activitate și ca atare, pot arăta un interes deosebit și pot fi un suport puternic ca poziție. Totodată, CMR poate fi esențial în completarea cunoștințelor și în înțelegerea fenomenului deșerturilor medicale și poate sugera soluții în ce privește abordarea acestuia.

Studiul nostru include și un reprezentant al „Coalitiei Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice”, a cărei misiune este aceea de a proteja drepturile pacienților din România legate de accesul la tratament și servicii medicale și de a contribui la elaborarea și implementarea unor noi politici de sănătate. Deși puterea lor este mai mică, Organizațiile Societății Civile (OSC) reprezintă un jucător extern cheie prin poziționarea lor și au o contribuție pozitivă la stabilirea unui dialog mai deschis în materie de politici publice.

Cu excepția unui singur caz, în care respondentul a insistat să discutăm față în față, interviurile s-au desfășurat online sau prin telefon. Versiunea online, prin aplicația Zoom, a fost cea preferată, deoarece le-a oferit participanților posibilitatea de a se vedea unii pe alții și de a partaja diverse documente (hărți referitoare la accesul la servicii medicale). Totuși, doi dintre participanți au insistat să vorbim la telefon, neavând acces la infrastructura necesară sau timp să se conecteze.

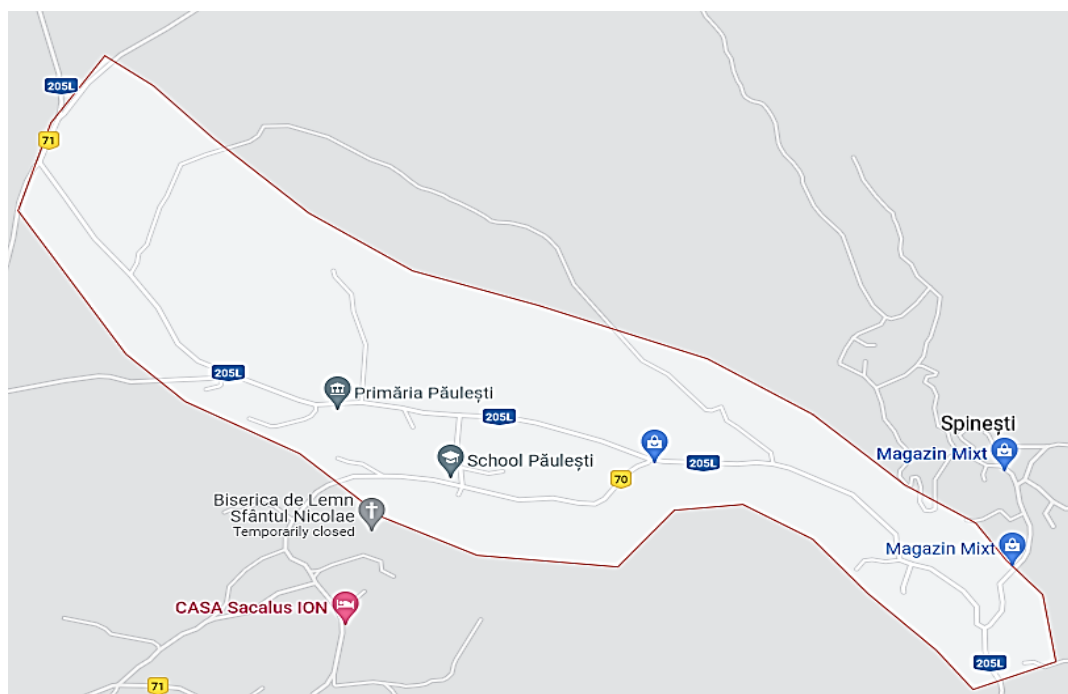
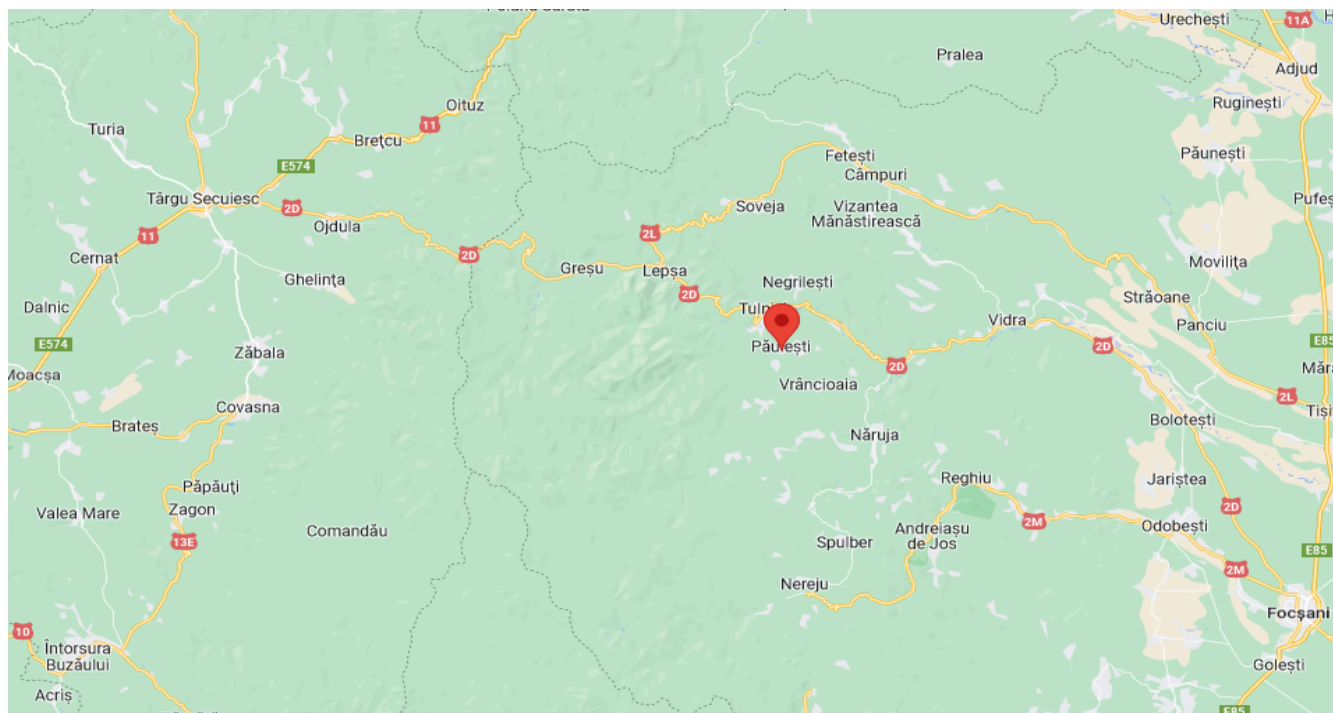
Toate cele zece interviuri au fost transcrise și codificate cu softul NVivo 11. Ghidul codificării este atașat ca Anexa 6.

Localitățile selectate

Păulești este o comună situată în partea de nord-vest a județului Vrancea într-o zonă de munte, la o distanță de circa 60-70 kilometri de Focșani, reședința de județ. De-a lungul istoriei sale, comuna a făcut parte dintr-o serie de alte localități, iar în 2003 a fost separată de comuna Tulnici, devenind o unitate administrativă de sine stătătoare. Este formată din două sate, Păulești și Hăulișca, și, conform celor mai recente informații demografice, are circa 2.250 de locuitori (<https://www.paulesti.primarievn.ro/>). Medicii de familie din Tulnici (aflată la circa 6 km distanță) vin în Păulești patru zile pe săptămână (câte două zile fiecare MF), într-un spațiu alocat de primărie. Aspectul administrativ de reținut este faptul că, anterior anului 2003, când Păulești făcea parte din Tulnici, oamenii trebuiau să vină la medicii lor de familie în Tulnici, unde aveau aceștia cabinetele. Ca atare, locuitorii comunei Păulești au acum un acces mai bun la acest gen de asistență primară, față de cum era în trecut. În Păulești este și o farmacie, iar localnicii au acces facil și la cele două farmacii din Tulnici. În ce privește urgențele și diversele specialități medicale, oamenii apelează la spitalele din Vidra (la 25 km distanță) și din Focșani - în Vidra pentru cazurile ușoare, pentru triaj specializat, iar în Focșani, pentru cazurile mai grave sau pentru specialități care nu se regăsesc în Vidra.

Sfântu Gheorghe este o comună formată dintr-un singur sat, cu circa 800 de locuitori, potrivit recensământului din 2011. Este situată în Delta Dunării, la întretărirea acesteia cu Marea Neagră, și se poate ajunge la ea numai pe apă – durează circa 90 de minute pentru a ajunge de la Tulcea la Sfântu Gheorghe cu o barcă de mare viteză. În Sfântu Gheorghe există o asistentă medicală comunitară, a cărei activitate compensează (parțial) lipsa accesului constant la asistență medicală primară: un MF din Sulina vine în Sfântu Gheorghe o dată pe săptămână. Pe lângă asistenta medicală comunitară, celelalte servicii asociate asistenței medicale sunt reprezentate de o farmacie și o barcă cu motor folosită ca ambulanță – rezultatul eforturilor primăriei, întreprinse pentru a înjumătăți timpul necesar transportării pacienților la spitale, în Tulcea.

Figura 8. Hărți pentru comuna Păulești, jud. Vrancea



Context:

ășezări urbane mai mari (Focșani, Măreșești – la est, Târgu Secuiesc – la vest) se află la 60-80 km distanță. O zonă mare nelocuită se găsește în sud-vest.

← Harta internă a principalului sat.

Sursa: GoogleMaps,

<https://www.google.com/maps/place/P%C4%83ule%C8%99ti+627371/@45.916108,26.406014,10z/data=!4m5!3m4!1s0x40b45c89ec14b9e7:0x380c3ff3e4c11560!8m2!3d45.8923801!4d26.6888002>.

Figura 9. Amplasarea comunei Sfântu Gheorghe



Sursa: Googlemaps,

<https://www.google.com/maps/place/Sf%C3%A2ntu+Gheorghe,+Tulcea/@44.9242275,29.1551073,10z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x40b9851cbd8cdf73:0xb8f698799db07a9a!8m2!3d44.8854676!4d29.4574276>

Sondajul online

Abordarea actorilor implicați

În prima fază, am colectat coordonatele de contact ale medicilor de familie din România, folosind informațiile furnizate de Casele Județene de Asigurări de Sănătate și de Colegiul Medicilor din România. Am realizat o listă cu toți MF din România. Pentru 7.031 dintre aceștia (circa 80%), am avut adrese de email. Pentru cea mai mare parte dintre ceilalți, am avut numere de telefon, iar pentru câțiva dintre ei numai adresa poștală. Dat fiind faptul că scopul nu era acela de a avea un eșantion reprezentativ, ci de a înțelege reacțiile tipice la temele de interes, am decis să contactăm numai medicii de familie pentru care aveam adresele de email. La unii dintre aceștia, baza de date cuprindea 2-3 adrese de email, însumând 7.142 de adrese de email, așa cum se arată pe primul rând din Tabelul 8. S-a aplicat soluția softului LimeSurvey: medicii de familie au fost invitați să răspundă la sondajul online (chestionarul este inclus în Anexa 4), și câteva zile mai târziu, s-a revenit cu mesaje la cei care nu au răspuns sau au renunțat la completarea chestionarului. Din totalul adreselor de email, circa 2.000 s-au dovedit a fi eronate. 302 MF au accesat sondajul și 277 au răspuns la cel puțin o întrebare. Sondajul a avut 10 pagini. Din cei 277 de respondenți, 85 s-au oprit înainte de pagina 4 (cu alte cuvinte, au răspuns la întrebările de la paginile 1, 2 și 3), iar 150 de respondenți au răspuns la întrebările de la pagina 7 sau mai departe.

Tabelul 8. Populație vizată și răspunsuri: număratoarea

	respondenți unici vizați	total adrese de email	adrese de email eronate (estimativ)	câți au accesat sondajul online	câți au răspuns			
					TOTAL	1-3 pagini	4-6 pagini	7-10 pagini
MF	7.031	7.142	2.000	302	277	85	42	150
Autoritate publică/funcționar public	3.049	4.127	1.000	184	142	21	18	103
altele	213		20	97	61	16	1	44

În ce privește respondenții din rândul autorităților publice, am procedat în mod similar. Am realizat o listă cu 3.049 de persoane de contactat prin email din cadrul acelorași primării (circa 90% din totalul municipalităților), și pentru multe dintre primării am avut mai mult de o persoană de contact, în total 4.127 adrese de email. Dintre acestea, circa 1.000 s-au dovedit a da erori la trimiterea emailurilor. În cele din urmă, 142 funcționari publici sau aleși locali au dat curs sondajului.

61 de respondenți au provenit din alte categorii, precum companiile de asigurări de sănătate, organizații ale pacienților, organizații ale medicilor etc.

Tabelul 9 arată ce rate de răspuns au rezultat. Ratele de răspuns în rândul medicilor și personalului medical sunt în general scăzute, mai ales în Europa de Est (Pawlowska et al, 2021; Yemm et al, 2014), chiar și în cazul medicilor rezidenți (Hostiuc et al, 2011), de la care se așteaptă un grad mai mare de conformare, dată fiind situația lor de dependență¹.

¹ Yemm, R., Bhattacharya, D., Wright, D., & Poland, F. (2014). What constitutes a high quality discharge summary? A comparison between the views of secondary and primary care doctors. *International journal of medical education*, 5, 125.

Tabelul 9. Ratele de răspuns

	ținte valide estimate	câți au accesat sondajul/ ținte valide	răspunsuri/ținte valide			
			TOTAL	1-3 pag	4-6 pag	7-10 pag
MF	5.231	5,8%	5,3%	1,6%	0,8%	2,9%
Autoritate publică/funcționar public	2.149	8,6%	6,6%	1,0%	0,8%	4,8%
altele	195	49,7%	31,3%	8,2%	0,5%	22,6%

Scurtă descriere a eșantionului rezultat

480 chestionare valide au fost colectate. În accepțiunea noastră, valid înseamnă că respondentul a răspuns cel puțin la o întrebare. Așa cum indică Tabelul 10, unii respondenți au renunțat la completarea chestionarului destul de repede. 67 de respondenți au completat numai prima pagină a chestionarului, 23 au renunțat după pagina a doua etc. În total, 267 de respondenți au răspuns la întrebările de la toate paginile.

Tabelul 11 redă mai multe detalii despre aceste tipare importante de răspuns, arătând faptul că pentru fiecare categorie de respondenți (cu excepția membrilor ONG-urilor), tendința de a completa întregul chestionar este mai mare decât cea de a renunța repede.

Tabelul 10. Calculul neponderat al ultimei pagini din chestionar pe care respondenții au completat răspunsuri

Ultima pagină la care respondentul a completat o întrebare	Câți respondenți au răspuns la întrebări doar pe această pagină
1	67
2	23
3	32
4	33
5	18
6	10
7	7
8	19
9	4
10	267
Total	480

Tabelul 11. Distribuția eșantionului pe ocupații și situația renunțării la completarea chestionarului

Ocupație	Pagina la care s-a completat ultimul răspuns			
	1-3	4-6	7-10	Total
Funcționar public sau ales local	21	18	106	145

Pawlowska, E., Tomasik, B., Spatek, M., Chyrek, A. J., & Napieralska, A. (2021). Being a young radiation oncologist in Poland: results of a multi-institutional survey. *Journal of Cancer Education*, 1-7.

Hostiuc, S., Buda, O., & Hostiuc, M. (2013). Late abortion. Attitudes amongst young physicians in Romania. *Archives of gynecology and obstetrics*, 288(2), 431-437.

MF	85	42	150	277
Alt medic	6	1	14	21
Asistent medical	4	1	10	15
Asistent medical comunitar	2	0	22	24
Lucrează într-un ONG	5	1	3	9
Lucrează în mediul academic	1	1	3	5
Membru al unei asociații a pacienților	0	0	2	2
Farmacist	0	0	2	2
Niciuna din cele de mai sus	2	0	7	9

Strategia de ponderare

Există mai multe strategii de ponderare a eșantionului astfel încât acesta să fie adaptat la structura inițială a celor către care am trimis invitația de a completa chestionarul. Trei strategii sunt relevante:

- (1) Să fie luați în calcul numai respondenții care au răspuns la majoritatea chestionarului (au răspuns la întrebări până cel puțin la pagina 7 inclusiv);
- (2) Să fie luați în calcul respondenții care au răspuns la întrebări până cel puțin la pagina 4 inclusiv;
- (3) Să fie luați în calcul toți respondenții, indiferent la ce pagină au renunțat la completarea chestionarului.

Prin urmare, au fost create trei seturi de ponderi utilizate în analiza răspunsurilor la întrebările de la paginile 1-3, 4-6, și 7-10. Acolo unde s-au avut în vedere mai multe afirmații/elemente ale întrebării în cadrul aceleiași analize, s-a aplicat sistemul de ponderare cel mai restrictiv.

La aceste precizări destul de tehnice, deși succinte, trebuie adăugat faptul că **ponderarea a avut în vedere numai categoria din care face parte respondentul (MF, autoritate publică/funcționar public, altele), nu și alte criterii, cum ar fi localizarea geografică sau sexul.** Motivul este acela că prin **acest raport s-a urmărit mai degrabă să se exploreze potențialele tipuri de reacții vizavi de conceptul deșertificării medicale, și să se sugereze posibile acțiuni în materie de politici și strategii care ar putea determina creșterea nivelului de conștientizare și promova soluții la problemele observate.** Cu alte cuvinte, interesul nostru este mai puțin acela de a indica cu precizie câte persoane sunt de părere că un anumit indicator este esențial în evaluarea fenomenului de deșertificare, și mai mult acela de a afla în ce fel am putea spori legitimitatea intervențiilor de soluționare a problemei deșertificării.

Analiză media

Analiza media a fost realizată pentru a putea înțelege așa cum trebuie fenomenul deșerturilor medicale și pentru a vedea este prezentat acest subiect în mass-media, care ar fi soluțiile și entitățile responsabile de punerea lor în aplicare. Această analiză vine în sprijinul completării informațiilor în domeniu, permițându-ne să ne facem o imagine holistică a fenomenului studiat în contextul vieții reale.

Tabelul 12. Criteriile folosite în selectarea conținutului media

	Criteriile de căutare
1	Lipsa medicilor de familie în anumite localități
2	Reducerea numărului de medici specialiști

3	Accesul limitat sau lipsa accesului la servicii medicale în spitale
4	Plecarea (absența) medicilor din zonele rurale sau din satele izolate
5	Lipsa serviciilor medicale care a condus la îmbolnăviri și epidemii
6	Cazurile de nașteri neasistate
7	Autorități care încearcă să angajeze cadre medicale și nu le găsește
8	Concursuri de angajare de personal medical la care nu se prezintă candidați
9	Oameni care străbat zeci de kilometri până la medic
10	Ambulanțe care nu pot ajunge la pacienți în localitățile izolate
11	Lipsa farmaciilor

Pentru elaborarea analizei media asupra studiilor de caz, am efectuat o căutare temeinică online a oricăror articole apărute din 2018 încoace legate de oricare aspect al deșertificării medicale prezent în studiile de caz selectate. Tabelul 12 arată care au fost principalele criterii de selecție aplicate în această căutare. În analiza propriu-zisă, ne-am propus să includem cel puțin 5-6 iterații pentru fiecare dintre aspectele menționate mai jos.

Relatările media selectate sunt din 2018 și până recent, în martie 2022. În analiza media au fost folosite comunicate de presă atât scrise, cât și video din presa locală (de ex. Monitorul de Vrancea, Tulcea Noastră), precum și de pe site-urile de știri de la nivel național (de ex. Digi24, TVR).

Per total, au fost selectate 49 de articole pentru analiza media – 22 de articole media au fost colectate pentru studiul de caz Vrancea, iar 27 de articole pentru studiul de caz Tulcea. Anexa 3 cuprinde o listă completă a articolelor selectate în scopul realizării analizei media.

Vrancea

Relatările media analizate prezintă o imagine clară a principalelor probleme care se regăsesc în sistemul de sănătate din România. O importanță capitală o are **lipsa medicilor de familie (MF) în județul Vrancea**, subiect abordat în 8 dintre cele 22 de articole incluse în analiză. Așa cum afirmă Avocatul Poporului din România, MF reprezintă primul contact atunci când avem o problemă de sănătate și sunt esențiali în garantarea dreptului constituțional la ocrotirea sănătății (avp.ro, 2021). Lipsa MF se poate observa mai cu seamă **în regiunea rurală a județului**. În timp ce în 2019, 9 localități nu aveau acces la un MF, cifra a crescut de-a lungul anilor, ajungând în 2021 la 13 sate fără acces la serviciile unui medic de familie (Europa FM, 2021). Aceasta pare să fie o problemă veche în județ, cu localități precum Andreiașu care nu a beneficiat de serviciile unui MF din 2014 încoace, și Obrejița din 2018 (Monitorul de Vrancea, 2021). Într-o altă relatare media se evidențiază faptul că sunt necesari 60 de MF pentru a acoperi deficitul din județ (TeleM Iași, 2022). Pentru a răspunde acestei situații, în 2021, Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila” din București a propus înființarea unui modul de curs suplimentar pentru medicina de familie și mărirea numărului de coordonatori de rezidențiat pentru această specialitate, ceea ce se anticipează că va determina o creștere a numărului de MF foarte bine pregătiți (UMF București, 2021).

Proiectele și inițiativele care au ca obiectiv furnizarea de servicii medicale în rândul populației rurale dovedesc și ele **reținerea pe care o au MF în a-și practica profesia în mediul rural**. În cadrul unui proiect de depistare precoce (screening) organizat în județul Vrancea, un singur MF a fost de acord să participe (Monitorul de Vrancea, 2022). **Această atitudine se poate explica prin tendința actuală a tinerilor profesioniști de a se stabili în centrele universitare ale României după terminarea studiilor ca urmare a percepției des întâlnite conform căreia acolo**

vor avea acces la condiții de înaltă calitate și oportunități mai mari. În demersul de soluționare a acestei probleme a deficitului MF în zonele rurale ale țării, Avocatul Poporului a propus inițierea unor programe de stimulare a absolvenților universităților de medicină astfel încât aceștia să practice specialitatea medicină de familie în mediul rural, prin stimulente financiare, avansare în carieră și oportunități educaționale (avp.ro, 2021). Cu toate acestea, **importanța aspectelor de ordin cultural și social în decizia tinerilor absolvenți devine tot mai mare, acestea regăsindu-se într-o măsură mai mică în mediul rural.**

Lipsa medicilor de familie în zonele rurale determină un alt aspect al deșertificării medicale, și anume **timpul îndelungat de așteptare pentru a beneficia de servicii medicale și vizitele rare la domiciliul pacienților.** În acest sens, cinci dintre articolele analizate au subliniat **distanțele lungi și timpul lung de deplasare necesar pentru a ajunge la un punct de deservire medicală, mai cu seamă în cazul localităților montane din județ, în care vârștnicii sunt nevoiți să parcurgă zeci de kilometri pentru a lua o rețetă.** Inițiative precum aplicațiile pe telefonul mobil au fost implementate pentru a facilita utilizarea telemedicinii ca mijloc de furnizare a asistenței medicale, însă rămâne în continuare problema accesului tehnologic în rândul pacienților (Wall-Street, 2021).

O altă problemă presantă pentru sistemul medical al județului Vrancea abordată pe larg în presă este cea a **lipsei specialităților medicale esențiale în mai multe arii medicale.** În 2019, s-a relatat faptul că Spitalul de Urgență „Sf. Pantelimon” din Focșani nu avea decât 2 **medici specialiști în medicină internă** care lucrează pentru 48 de pacienți (Monitorul de Vrancea, 2019). Deficitul de medici se observă și în secții precum **cardiologie, terapie intensivă și medicina de urgență** din cadrul aceluiași spital, în ciuda celor 80 de milioane de lei investiți în 2016 pentru dotarea spitalului cu tehnologie modernă (Ziarul de Vrancea, 2019). Conducerea spitalului a recurs la o serie întreagă de metode pentru a găsi soluții la problema arzătoare a deficitului de medici pe anumite specialități, precum recrutarea rezidenților din centrele universitare și participarea la târgurile de joburi adresate profesioniștilor din domeniul medical pentru a-și prezenta noile dotări moderne (Monitorul de Vrancea, 2019). În aceeași notă, din lipsă de **specialiști în medicina generală**, Spitalul „Dumbrăveni” a fost nevoit să-și suspende linia de gardă de medicină generală în 2019, în ciuda tuturor eforturilor întreprinse de conducerea spitalului de a angaja noi medici specialiști (Agerpres, 2019). În contextul pandemiei de COVID-19, sistemul de asistență medicală al județului Vrancea a fost pus la noi încercări. Astfel, în 2020, Spitalul Județean Focșani s-a confruntat cu un deficit de **medici infecționiști**, având doar 4 doctori cu această specialitate din 12 câți ar fi fost necesari pentru a face față numărului de pacienți pe această secție (TVR, 2020). Lipsa de specialiști poate fi și ea o explicație pentru multiplele relatări în presă care evidențiază **experiențele negative prin care trec pacienții vrânceni, nemulțumiți de sistemul sanitar județean. Ca atare, atenția limitată acordată pacienților, orele lungi de așteptare și „lipsa empatiei” pot fi corelate toate cu personalul medical insuficient și care lucrează sub presiune extremă pentru a deservi toți pacienții** (Ziarul de Vrancea, 2021).

Analiza media asupra studiului de caz Vrancea arată clar că există un deficit semnificativ la nivelul resurselor umane din sistemul de asistență medicală, care perturbă buna desfășurare a serviciilor medicale în întreg județul. Ca posibile soluții la problemele identificate, semnalăm următoarele recomandări ce reies din relatările media:

1. **înfiițarea unui modul de curs suplimentar pentru medicina de familie și mărirea numărului de coordonatori de rezidențiat pentru specialitatea medicină de familie,**
2. **stimularea absolvenților universităților de medicină astfel încât aceștia să practice specialitatea medicină de familie în mediul rural, prin stimulente financiare, avansare în carieră și oportunități educaționale,**

3. acordarea de burse potențialilor studenți la medicină veniți din provincie pentru a-i ajuta să urmeze studii medicale și să-și practice profesia în comunitățile lor,
4. accesarea fondurilor europene în vederea creării unor condiții de muncă favorabile în mediul rural pentru medicii de familie,
5. simplificarea procedurii de accesare a fondurilor și acordarea de sprijin și îndrumare pe tot parcursul procesului de aplicare pentru fonduri,
6. identificarea unei metode de utilizare a telecomunicării și telemedicinii pentru persoanele care nu au acces la echipamente electronice și tehnologie,
7. recrutarea rezidenților din centrele universitare și participarea la târgurile de joburi adresate profesioniștilor din domeniul medical pentru a face cunoscute aparatura modernă cu care au fost dotate secțiile diverselor spitale.

Tulcea

Relatările media pentru studiul de caz Tulcea sugerează o preocupare similară legată de **lipsa MF în județ**, acest deficit făcând obiectul a 8 din cele 27 de articole folosite în analiză. În „Ziarul Delta” se arată că în 2019, 12 unități administrativ teritoriale din județul Tulcea nu aveau acces la servicii medicale de bază din lipsa unui MF, în timp ce alte 6 localități care au un medic de familie ar fi avut nevoie de încă unul pentru a-și putea desfășura activitatea în mod corespunzător (Ziarul Delta, 2019). Cu timpul, deficitul pare să se adâncească, așa cum reiese dintr-o relatare din 2020 conform căreia circa jumătate dintre unitățile administrativ teritoriale din Tulcea (în speță, 19 localități) nu sunt deservite de un MF (Ziarul Delta, 2019). Aceasta sugerează că inițiativa Ministerului Sănătății de a spori numărul de locuri pentru specialitatea medicină generală în cadrul centrelor universitare de la 170 la 598 nu avantajează **zonele rurale ale țării**. De fapt, ceea ce relevă relatările media este că problema n-ar fi deficitul de MF instruiți și specializați la nivel național, ci mai degrabă **lipsa de interes în practicarea acestei profesii în mediul rural**. Un articol din 2018 semnalează **nemulțumirea medicilor de familie în ce privește prețul stabilit de Primărie pentru închirierea cabinetelor MF**, un motiv în plus pentru ca medicii de familie să nu fie dornici să profeseze în județ (Ziarul Delta, 2018). În acest sens, ar fi binevenită luarea în considerare a recomandării din partea Avocatului Poporului, care îndeamnă la instituirea unei obligații de dare în folosință gratuită, închiriere, concesiune ori vânzarea fără licitație publică, cu prioritate către medicii de familie care doresc să își deschidă un cabinet medical în unitatea administrativ teritorială în care se află bunul imobil utilizat pentru activități medicale (avp.ro, 2021).

Cazul Tulcea relevă o problemă în plus a sistemului de sănătate – **absența medicilor de familie de la lucru în timpul programului**. În cursul unui control organizat în luna 2021, Casa Județeană de Asigurări de Sănătate a constatat lipsa a 3 MF de la cabinete în timpul programului de lucru (Ziarul Delta, 2018). Mai mult, la un control efectuat în luna august a aceluiași an, 8 din cei 14 MF din județul Tulcea lipseau de la cabinetele lor în timpul orelor de lucru, ceea ce înseamnă că situația a luat amploare în ciuda eforturilor autorităților de a sancționa abaterea acestora cu 5% din salariu (Realitatea, 2021).

Un alt aspect al deșertificării medicale în județul Tulcea îl constituie **lipsa medicilor specialiști**, subiect dezbătut în 7 dintre relatările media analizate. Potrivit acestor relatări, există o **criză permanentă de medici specialiști, numai 30-50% dintre posturi fiind ocupate** (Tulcea Noastră, 2019). Ca atare, Spitalul Județean de Urgență se confruntă cu un deficit de medici specializați în **pediatrie, chirurgie, terapie intensivă și anesteziologie** (TL news,

2019; Tulcea Noastră, 2019). O problemă deosebită este legată de **secția de oncologie a spitalului**, în care activează un singur medic specialist, care lucrează sub presiune extremă și care singur consultă 80 de pacienți pe zi. Pentru a-i reduce volumul de muncă, toți medicii de familie din județul Tulcea au fost desemnați ca medici care pot prescrie medicație în programul național de oncologie, atunci când primesc o scrisoare medicală de la medicul specialist (TL news, 2019). Au rezultat și alte recomandări menite să crească nivelul de ocupare a posturilor respective, precum modificarea legislației în sensul alocării personalului de asistență medicală în așezările urbane mai mici și în mediul rural pentru a echilibra situația, achiziționarea de aparatură nouă avansată, recrutarea de medici prin intermediul canalelor de social media, și îndemnul la o schimbare de mentalitate în rândul tinerilor medici în sensul considerării județului Tulcea ca opțiune valabilă.

Poate una dintre provocările majore pentru sistemul sanitar al județului Tulcea este cea reprezentată de **contextul geografic al județului, care creează probleme mari de accesibilitate**. Problema accesului a fost cea mai prezentă în analiză, 9 dintre articole abordând acest subiect. Peisajul specific generează **zone izolate și distanțe mari până la cel mai apropiat punct medical, accesibil numai pe calea apei, ceea ce îngreunează furnizarea serviciilor medicale** (Adevarul.ro, 2022). Un reportaj prezintă **cazul localnicilor din satul Letea, care nu au mai beneficiat de asistență medicală de 10, 20 sau chiar 30 de ani din cauza poziției izolate în care se află satul lor** (TVR, 2019). Au existat o serie de proiecte prin care s-au acordat consultații medicale gratuite, precum și programul derulat de medici militari din cadrul Forțelor Navale Române și de personal medical al Gărzii Naționale din statul american Alabama care au urmărit formarea rezilienței în comunitate prin instruirea localnicilor cu privire la măsurile de acordare a primului ajutor (Subiectiv Tulcea, 2019). Deși pe termen scurt aceste intervenții au un impact mare asupra comunităților izolate, ele tratează problema numai la suprafață, nu și în profunzime, și, ca atare, nu pot determina schimbări transformative, de durată în aceste comunități.

Timpul de intervenție al serviciilor medicale de urgență depinde totodată într-o mare măsură de condițiile meteo. Astfel, ceața, furtunile cu vânt puternic și valuri foarte mari pe Dunăre fac ca intervențiile să întârzie mult, iar **pe timpul iernii, accesul este posibil numai cu elicopterul SMURD** (Ziarul de Tulcea, 2020). **Întârzierea intervențiilor poate fi legată și de rata extrem de ridicată a mortalității infantile (RMI) înregistrate în județ**. În presă se arată că **în 2019, rata mortalității infantile în Tulcea era de 5 ori mai mare decât cea din București și cea mai ridicată din țară (15,5%)** (Tulcea Noastră, 2019). Chiar dacă RMI a scăzut în 2022 la 10,0%, cifra este încă semnificativ de mare (Tulcea Noastră, 2022).

Analiza media a județului Tulcea relevă faptul că, **pe lângă deficitul de resurse umane alarmant, județul necesită puncte suplimentare de servicii medicale și echipament naval nou pentru a înlesni accesul la servicii medicale**. Ca posibile soluții la problemele identificate, semnalăm următoarele recomandări ce reies din relatările media:

1. **instituirea unei obligații de dare în folosință gratuită, închiriere, concesiune ori vânzare fără licitație publică, cu prioritate către medicii de familie care doresc să își deschidă un cabinet medical în unitatea administrativ teritorială în care se află bunul imobil utilizat pentru activități medicale,**
2. **stabilirea unui canal de comunicare eficient între autoritățile administrative și medicii de familie, astfel încât aceștia să poată beneficia de un sprijin adecvat în facilitarea activității medicale în județ,**
3. **introducerea și monitorizarea stimulentei financiare și nefinanciare pentru ca medicii să își deschidă cabinete în zonele rurale,**
4. **modificarea legislației astfel încât să permită alocarea de personal de asistență medicală în așezările urbane mai mici și în mediul rural,**

5. îndemnul la o schimbare de mentalitate în rândul tinerilor medici în sensul considerării județului Tulcea ca opțiune valabilă,
6. implementarea de proiecte și programe care pot veni în sprijinul comunităților izolate,
7. achiziționarea de bărci care pot scurta timpul de sosire al echipajelor de intervenție.

Vocea actorilor implicați

Capitolul de față explorează rezultatele sondajelor calitative și cantitative realizate în rândul factorilor implicați, urmărind să stabilească un context larg în care este analizată deșertificarea medicală, și să ilustreze în ce măsură acest fenomen este prezent pe agenda publică, sub ce formă, și cum este el definit de către persoanele intervievate. Respondenții noștri sunt din rândul personalului medical, al administrației publice, al reprezentanților OSC.

Conștientizarea deșertificării

Accesarea serviciilor medicale este un deziderat în orice societate. Totuși, accesul poate avea diferite sensuri, în funcție de standardele pe care le folosim. În secțiunea ce urmează, discutăm normele subiective care stau la baza standardizării. Mai precis, avem în vedere opiniile actorilor implicați, așa cum reies din interviurile în profunzime și din chestionarele completate de aceștia, și analizăm în ce măsură este considerată deșertificarea o problemă. Pe de o parte, ne punem întrebarea ce presupune un acces rezonabil la servicii medicale. Pe de altă parte, ne interesăm în ce măsură lipsa accesului la spitale, medici de familie și farmacii este considerată un semn de deșertificare medicală, definită ca dificultăți în furnizarea de servicii de sănătate.

Această secțiune a raportului începe prin a prezenta pozițiile extrase din interviurile în profunzime. Mai apoi, dezvoltă concluziile sondajului online. La urmă, este prezentată o evaluare finală, prin trecerea în revistă a principalelor concluzii ale acestei secțiuni.

Rezultatele interviurilor

Cele două comunități selectate ca studii de caz au oferit două imagini distincte ale contextului românesc. În cazul comunei Sfântu Gheorghe, localizarea sa geografică în Delta Dunării reprezintă aspectul cel mai notabil pe tot parcursul interviurilor, care îngreunează viața localnicilor și îi izolează de restul lumii. În cealaltă comunitate, Păulești, situația este privită ca fiind mai degrabă acceptabilă, comparativ cu alte comunități răzlețe, montane, în care distanțele și dificultățile generate de teren complică accesul la majoritatea tipurilor de servicii publice, precum sănătatea sau educația.

În cazul comunei Păulești, respondenții de la nivel local declară la unison că aceasta nu este un deșert medical. După cum s-a precizat în secțiunea în care sunt prezentate detalii de ordin metodologic cu privire la cercetare, până în 2003, Păulești a făcut parte din comuna Tulnici, și, de fapt, după separare, accesul localnicilor la MF s-a îmbunătățit, aceștia nemaifiind nevoiți să vină la cabinetul din Tulnici, ci dimpotrivă, cei doi medici de familie din Tulnici vin ei la Păulești:

Cred că doar treaba cu spitalul poate fi considerată [ca un indiciu că Păulești este deșert medical], pentru că restul sunt acoperite. Toți cei care vin și au nevoie de medic sunt tratați în cele patru zile [în care un MF este prezent în comună], iar accesul este permanent. (actor local)

Pe lângă faptul că proximitatea față de Tulnici și activitatea celor doi MF asigură accesul localnicilor la asistență medicală primară, Păulești este văzut ca fiind într-o situație mai bună decât alte comunități din zonă. Fragmentul de mai jos oferă un exemplu concret vizavi de modul în care comparațiile cu alții sunt întrebuințate pentru a stabili dacă o localitate este sau nu deșert medical:

Nu. După părerea mea, nu. Adică, stăm mult mai bine decât alte localități care, acum dacă stau să mă gândesc, sunt deșerturi medicale. (actor local)

În cazul comunei Sfântu Gheorghe, am întâlnit trei tipuri diferite de discurs, cu următoarele afirmații principale pentru fiecare tip:

1. Este un deșert medical, așa cum sunt toate celelalte comunități din Delta Dunării. Comparată cu standarde externe, localitatea corespunde profilului unui deșert medical, după cum a remarcat unul dintre respondenți. Însă pasajul de mai jos sugerează că acest termen nu le era cunoscut actorilor locali. Cu alte cuvinte, situația n-a fost privită prin prisma acestei definiții a deficitului acut de resurse medicale/de asistență medicală:

Eu m-am gândit la deșeuri medicale [atunci când a auzit inițial termenul deșert medical]. Dar tot nu avea sens în propoziția respectivă. Atunci am căutat termenul pe internet, era prima oară când auzeam de el, și am văzut că o zonă trebuie să îndeplinească niște criterii pentru a fi considerată deșert medical. (...) Într-adevăr, comuna noastră îndeplinește unele dintre criterii. Și pe harta dvs. suntem cu roșu. Era la un moment dat o întrebare referitoare la hartă, dacă credem că este corectă. Eu am spus că da, pentru că spitalul este departe, medicul de familie este departe, avem în schimb farmacie, dar asta nu înseamnă că acoperă toate nevoile medicale. Avem doar un asistent de farmacie și farmacia se închide dacă acesta are liber. (actor local)

2. Accesul la servicii medicale este problematic, dar nu este un deșert medical propriu-zis, pentru că există o asistență medicală comunitară. Aici vedem o exemplificare a reținerii de care dau dovadă localnicii în a folosi un termen care poate suna cam drastic. Posibil să fie astfel din cauza faptului că, fiind reprezentanți ai unor instituții și autorități locale, respondenții evitau uneori astfel de evaluări tranșante pentru că se simțeau, într-un fel, trași la răspundere. În orice caz, ceea ce s-a putut observa limpede în cadrul interviurilor a fost faptul că **termenul era unul nou pentru respondenți și uneori conferea discuției un grad mai mare de abstractizare decât de obicei.**

3. Nu este un deșert medical, pentru că situația este mai bună decât era cu circa 15 ani în urmă și asta este:

[Era un deșert medical] pe-atunci, în 2009, când nu aveam nici farmacie, nici asistent sau medic. Era o vreme când nu aveam nici preot să ne ajute. În situații mai grave, trebuie să te mulțumești cu ce ai. (actor local)

Într-unul dintre interviuri s-a putut remarca un anumit nivel de stoicism. Ideea principală era aceea că oamenii știu la ce să se aștepte atunci când trăiesc în Delta Dunării, și nu prea ai ce-i face, doar să accepți ceea ce este inevitabil: un grad ridicat de izolare:

Ne-am născut aici cu mobilitatea ca un dat, adică nu ne-am trezit după 20 de ani că suntem izolați. Ne-am născut aici și dacă vroiam altceva, puteam pleca în altă parte. Dar da, într-un fel, viața în Sfântu Gheorghe seamănă cu viața într-o localitate din Râmnicu Vâlcea. Până la urmă, îți asumi dacă e. E adevărat că am vrea să avem servicii [publice], dar, din păcate, trebuie să acceptăm realitățile vieții. Faptul că suntem la 80-90 de kilometri distanță de Tulcea trebuie să însemne ceva. (actor local)

În cadrul interviurilor, **actorii de la nivel central par să aibă o perspectivă mai largă** asupra deșertificării și par să se raporteze mai bine la termenul respectiv, în sensul că, dacă nu sunt deja familiarizați cu termenul, și-l însușesc rapid.

Interviurile au evidențiat evaluări pe larg ale sistemului de sănătate din România și problemele acestuia. Din această perspectivă, deșertificarea este o problemă, și este o consecință a politicilor defectuoase, a aplicării unor

rațiuni economice bazate pe profit și a limitării cheltuielilor în sistem. Cum uneori nevoile pacientului rămân neacoperite, sistemul public face loc celui privat, disponibil doar celor care și-l permit:

Dar această situație [faptul că nu se evaluează situațiile și nevoile pacientului] permite sistemului privat să se dezvolte superb, pentru că oamenii au nevoie de servicii de asistență medicală, iar cei care pot plăti pentru ele, aleg să o facă. Prin urmare, sistemul de sănătate privat este înfloritor, chiar dacă asigurările de sănătate nu acoperă acele servicii [furnizate în sistemul privat]. (actor la nivel central)

Deșertificarea este văzută ca fiind în strânsă legătură cu traiectoriile urmate de resursele umane în cadrul sistemului și peste granițe, iar un alt aspect foarte arzător semnalat și în unele interviuri la nivel local se referă la cât de **mulți sunt medicii care urmează să iasă în curând la pensie și nu au înlocuitor**. În felul acesta, **deșerturile medicale se vor extinde în viitor**:

Deșertificarea nu a însemnat numai emigrarea medicilor, ci și procesul de îmbătrânire. 48% din medicii noștri [MF] au 60 de ani și peste, ceea ce înseamnă că în următorii 5 ani, România va avea o mare problemă. Și ajungem la problema de fond, resursa umană, pentru că resursa umană în sistemul medical a fost redusă treptat prin faptul că în programele de rezidențiat au fost din ce în ce mai puține locuri disponibile. Deci, vorbim despre instruirea, inserția, retenția și motivarea forței de muncă, și nu în ultimul rând, facilitarea accesului la servicii medicale pentru pacienți înseamnă să ai o anumită cultură, o cultură pe care noi ar trebui să o promovăm. (actor la nivel central)

Pe lângă aceste asocieri generale între România și deșerturile medicale, există zone care sunt readuse constant în discuție în cadrul interviurilor ca exemple de acces problematic la serviciile medicale, în speță munții Apuseni și Delta Dunării.

În ce privește sensurile asociate deșertificării, un aspect care a ieșit în evidență este cel al precauției reprezentanților administrațiilor locale, care au precizat că nu au cunoștințele medicale necesare care să le permită să-și dea cu părerea în ce privește deșertificarea. Totuși, indiferent cât de familiarizați sau nefamiliarizați erau respondenții cu domeniul medical, majoritatea dintre ei au asociat un sens acestui termen bazându-se pe cunoștințe general valabile:

Oarecum i-am dedus sensul. Se referă la lipsa medicilor și a serviciilor medicale în anumite zone. Și mi-am însușit termenul. Inițial, era o greșeală de tipar. Este un termen nou, sau cel puțin eu nu am auzit de el, poate este folosit de medici. (actor la nivel central)

Cu ceva sterp, gol, cu travaliu. Exact ca deșertul, întâi de toate ceva dureros. (actor local)

O interpretare cuprinzătoare a deșertificării medicale, observate în mai multe dintre interviurile organizate la nivel central, definește termenul ca o **lipsă de resurse, cu accent pe personal, printre alte tipuri de capital, precum educația sau infrastructura**. Specialiștii sunt înfățișați ca fiind nucleul actului medical sau, mai bine zis, al relației specialiști și pacienți acestora:

În primul rând, deșertificarea înseamnă că nu există resurse. În medicină, în general, există trei probleme: umanul, educaționalul și resursele materiale. Resursele umane sunt baza: nu poți avea nimic fără specialiști. (actor la nivel central)

Parametrii în care s-au încadrat discuțiile privind deșertificarea au fost inegalitatea accesului la servicii medicale și disponibilitatea serviciilor medicale. În acest sens, zonele rurale sunt semnificativ diferite atunci când sunt comparate cu cele urbane. Unul dintre respondenți, după ce a invocat limitele cunoștințelor sale de ordin

medical, a asociat în mod implicit deșertificarea cu absența serviciilor, vorbind despre felul în care serviciile publice, precum asistența medicală și educația, sunt conectate între ele. Astfel, **deșerturile medicale și deșerturile educaționale** se suprapun, de fapt, în zonele izolate:

Cred că în ultimă instanță este vorba de deșertificare umană, pentru că putem pune problema la nivel individual, în zone și comune. Toată lumea se adună în centrele urbane. Dacă stau să mă gândesc, cred că există o corelație între furnizarea serviciilor de educație și cea a serviciilor de sănătate. Toate sunt legate între ele. (actor local)

Pe tot parcursul interviurilor, indiferent de caracteristicile respondenților, satele izolate au constituit o temă recurentă. Faptul că lucrul la sat înseamnă să te rupi de mediile tumultuoase și să accepți că vei avea o viață socială destul de săracă este prezentat ca un demotivant pentru medici (medicii de familie). **Definițiile deșertificării se împletesc cu remarcile legate de mediul de lucru și de zonele în care izolarea este prezentă:**

Toți fug de lucrul în zonele izolate, pentru că una este să trăiești la oraș, și alta la sat. Viața socială a unui medic de familie de la sat este teribilă. Să fii obișnuit să mergi la teatru, la film, la operă, și tu să stai aici de unul singur. (actor local)

Rezultatele sondajului online

Sondajul online a presupus trei întrebări fundamentale referitoare la deșertificarea medicală, care merită analizate.

Prima întrebare adresată respondenților a fost dacă aceștia consideră că localitatea lor este dezavantajată din punct de vedere al asistenței medicale.

A doua întrebare a fost dacă localitatea respondenților poate fi catalogată ca deșert medical.

A treia întrebare adresată respondenților a fost dacă aceștia pot identifica deșerturi medicale în județul lor.

Răspunsurile au putut fi încadrate de la dezaprobară totală față de afirmație („într-o foarte mică măsură/foarte puțin”) la aprobare totală („într-o foarte mare măsură/foarte mult”), fiind inclusă și opțiunea de a nu răspunde, respectiv de a se declara indecis („nu știu”).

Ordinea întrebărilor a fost aleasă în așa fel încât întrebările mai dificile să fie la început (cele care presupuneau folosirea termenului de „deșertificare medicală”, mult mai rar întâlnit în dezbaterile publice), urmată de cea care se referă la localitate ca fiind „dezavantajată” din punct de vedere al asistenței medicale.

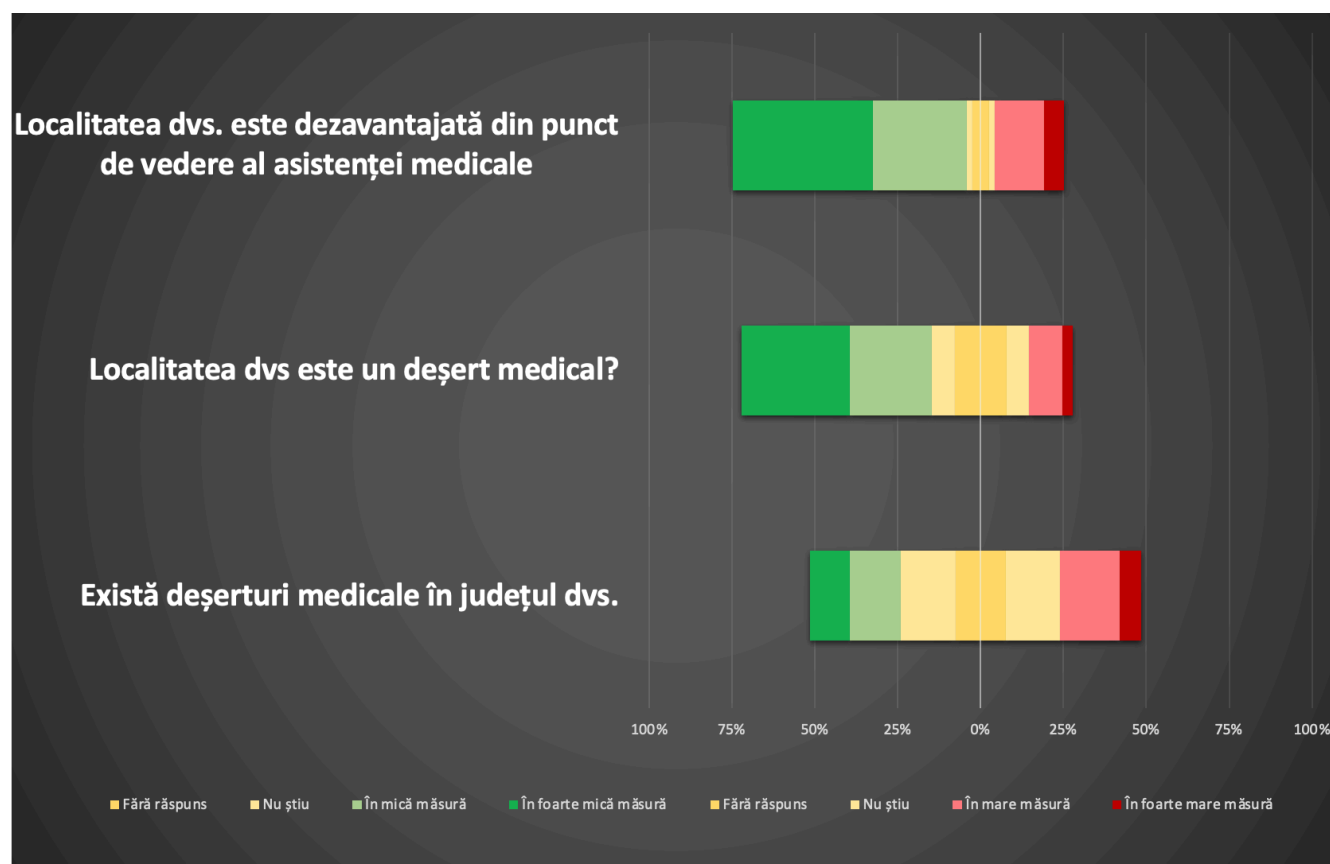
Cele trei întrebări oferă o imagine de ansamblu care ne ajută să înțelegem dacă problematica deșertificării medicale este cunoscută actorilor implicați și dacă aceștia o consideră relevantă pentru România și localitatea lor.

Figura 10 arată distribuția răspunsurilor. Porțiunea ilustrată în galben reprezintă ponderea respondenților care nu au avut o idee clară asupra aspectelor ce făceau obiectul evaluării, unii dintre respondenți refuzând să răspundă, iar alții neștiind ce să răspundă. Ambele reacții relevă în cazul de față o poziționare similară tip **lipsă de conștientizare a subiectului**. Sunt deja 5% care nu au răspuns la întrebarea dacă localitatea lor este „dezavantajată” și 3% care au răspuns că nu știu. Aceasta înseamnă că 1 din 13 respondenți nu avea idee dacă localitatea sa putea fi clasificată ca „dezavantajată”, deși termenul în sine este folosit pe scară largă în sfera

publică contemporană. Când s-a trecut la întrebarea legată de „deșerturile medicale”, numărul respondenților fără o opinie clară sporește vizibil, atât la nivelul localității (16% nu au răspuns deloc, 14% au răspuns nu știu), cât și la nivelul județului (15% nu au răspuns deloc, 33% au răspuns nu știu).

Cum ordinea întrebărilor a presupus ca întâi să fie puse întrebările mai dificile, trebuie menționat faptul că numărul respondenților care nu au răspuns nu crește la întrebările ulterioare, ceea ce înseamnă că nu este vorba de un artefact ca urmare a renunțării la completarea chestionarului, ci de fenomenul real care trebuie analizat. Cu alte cuvinte, numărul mare de „nu știu” și „nu s-a răspuns” înregistrat la întrebările privind deșertificarea medicală arată clar măsura în care conceptul este necunoscut în România. În principiu, circa o treime nu au putut exprima nicio opinie privind deșertificarea localității lor, iar circa jumătate n-au putut spune nimic despre județ. Acestea sunt cifre extrem de mari. Constatările sunt susținute și întărite de faptul că numărul respondenților care afirmă că nu știu ce să zică crește, în timp ce numărul categoriei „nu s-a răspuns” rămâne neschimbat la comparația nivel local – nivel județean.

Figura 10. Reprezentarea răspunsurilor privind existența deșerturilor medicale în România



*Ordinea întrebărilor în sondajul online: „localitatea este deșert medical”, „există deșerturi medicale în județ”, „localitatea este dezavantajată”.

Altminteri, constatările nu sunt o surpriză: sunt mai mulți respondenții care percep localitatea lor ca fiind una dezavantajată, și mult mai puțini cei care o consideră ‚deșert’. Ca atare, dintre cei care și-au exprimat opinia, circa un sfert își consideră localitatea mai degrabă dezavantajată („într-o mare măsură” sau „într-o foarte mare măsură”), iar unu din cinci o consideră „deșert medical”. Aproape jumătate dintre respondenți afirmă că există deșerturi medicale în județ.

Dincolo de aceste optici foarte generale, trebuie văzut dacă există vreo asociere între caracteristicile personale ale respondenților (ocupație, sex, vârstă, dacă au copii sau adulți în grijă) sau caracteristicile localităților lor (indicii accesului la servicii medicale descriși în Anexa 5) și poziția lor la întrebările prezentate în Figura 10.

Rezultatele² relevă faptul că, în cazul celor care și-au exprimat o opinie (alta decât că nu au răspuns sau au spus „nu știu”), evaluarea depinde în foarte mică măsură de caracteristicile personale. Numai femeile sunt mai puțin înclinate să evalueze județul ca unul care cuprinde deșerturi medicale. Dacă se au în vedere indicii deșertificării, aceștia nu contează foarte mult în aprecierile lor. Cu alte cuvinte, indiferent de cum este accesul la MF, farmacie și spital, nu există nicio diferență în evaluarea localității ca dezavantajată sau ca deșert, sau în cazul județului, ca incluzând deșerturi medicale. Singura excepție este indicele disponibilității spitalelor. Când indicele relevă un grad mai ridicat de accesibilitate, scade tendința de a considera localitatea un deșert. Acest lucru se întâmplă indiferent ce tip de actor implicat a fost analizat³.

Mai mult, am verificat dacă conștientizarea depinde de caracteristicile individuale sau de caracteristicile localității. Cu alte cuvinte, am comparat categoria celor care și-au exprimat opinia la cele trei întrebări cu categoria celor care nu au făcut acest lucru (fie nu au răspuns, fie au spus că nu știu)⁴. Rezultă că **existența mai multor MF per locuitor în apropiere** (adică, nevoia de MF este satisfăcută într-un grad mai mare de oferta existentă) **scade tendința de a răspunde la întrebarea dacă localitatea este dezavantajată, iar o ofertă mai mare de spitale crește tendința de a răspunde la această întrebare**. Nu s-a observat nicio altă asociere semnificativă.

Mesaje de reținut

Termenul „deșertificare medicală” este în bună măsură necunoscut în România, sugerând un nivel scăzut de conștientizare și preocupare vizavi de acest subiect. Este necesară o campanie menită să plaseze problematica respectivă în cadrul dezbaterilor publice, mai cu seamă dacă facem o comparație între indicii valabili pentru România și cei înregistrați în cazul societăților occidentale.

Prezența spitalelor în apropiere reprezintă singurul determinant important al răspunsurilor respondenților. În particular, acesta descrește probabilitatea ca respondenții să considere localitatea un deșert. Acesta ar fi un prim indiciu că **ceea ce contează în reprezentările actorilor implicați este, în realitate, îngrijirea, nu prevenirea.**

Și datele rezultate în urma interviurilor arată că acest termen este puțin cunoscut și pune probleme respondenților de la nivel local. Respondenții care s-au dovedit mai receptivi au fost cei care aveau multă pregătire și experiență medicală. La nivel local, deșertificarea este considerată o problemă într-una dintre comunitățile studiate, în Delta Dunării. La nivel național, **există zone care sunt evaluate ca deșerturi medicale** de-a lungul tuturor interviurilor, precum Delta Dunării în ansamblu și zona din interiorul și din jurul Munților Apuseni, unde **comunitățile sunt izolate, răzlețe și greu accesibile.**

² Am rulat modele pe mai multe niveluri, cu respondenții care au rezidența în diverse localități. S-a aplicat procedura mixtă în Stata 16. Pentru o verificare a robusteții modelului, s-a folosit procedura meologit, cu aceleași specificații, inclusiv menținerea constantă a variabilelor precum genul, sexul, anul nașterii, dacă are copii, dacă are în grijă adulți, dacă este autoritate publică/funcționar public, MF, sau alt tip de actor implicat, precum și a celor trei indici ai deșertificării.

³ Am verificat dacă există efecte de interacțiune.

⁴ S-au utilizat modele logistice pe mai multe niveluri (procedura meologit în Stata 16).

Criteriile considerate relevante (de către respondenți) în definirea accesului la servicii medicale

În baza analizei literaturii de specialitate (cuprinse într-unul dintre rapoartele anterioare din cadrul proiectului AHEAD), echipa AHEAD a extras trei criterii principale care să fie luate în considerare în evaluarea accesului la servicii medicale și în catalogarea unei localități ca deșert medical. Aceste trei criterii sunt **accesul la MF, accesul la spitale, și accesul la farmacii**.

În secțiunea ce urmează, vom discuta în ce măsură actorii implicați vizați de cercetarea din România consideră fiecare dintre aceste criterii ca fiind relevant.

Ca și în cazul capitolului anterior, prima parte prezintă opinii/impresii exprimate în interviurile în profunzime, urmate de analiza și interpretarea rezultatelor sondajului online. Partea finală recapitulează principalele aspecte extrase din cercetare referitoare la utilitatea acestor trei criterii selectate.

Rezultatele interviurilor

La modul general, respondenții au fost de acord cu tipurile de servicii medicale sugerate (medici de familie, spitale publice, farmacii) ca fiind relevante în ce privește deșertificarea. Cel mai important a părut a fi accesul la medicii de familie, în timp ce farmaciile nu au fost percepute ca fiind asociate cu niciun aspect problematic legat de accesibilitate.

Actorii implicați de la nivel central fac uneori trimitere la sistemul medical ca întreg, subliniind totodată disparitățile în tipurile de servicii furnizate și standardele la care acele servicii sunt disponibile populației. Sunt indicate discrepanțele dintre județe:

Acces la toate segmentele sistemului medical. Sunt județe în care nu există acces la unele specialități, nu există specialist diabetolog, psihiatru. Servicii prioritare, cum ar veni. Dacă naști în Galați, te costă 1800 Ron, dacă naști în București, te costă 8600 Ron. Inechitatea accesului la servicii medicale, inechitatea accesului la anumite condiții/standarde. (actor la nivel central)

Pentru respondenții de la nivel central, ca și pentru cei de la nivel local, cel mai important tip de servicii medicale este cel furnizat de MF. Ca atare, absența unui astfel de profesionist, sau lipsa accesului la acest tip de asistență medicală primară este ceea ce face ca o zonă sau alta să fie considerată deșert medical. Cabinetul medicului de familie trebuie să fie aproape de pacienți, astfel încât să se reducă la minim riscul de excluziune precum cel determinat de imposibilitatea de a călători, din motive de sănătate, sărăcie etc.:

Deci, dacă o comună nu are cel puțin un MF, măcar să știi că vine 2-3 zile pe săptămână, atunci vorbim de deșert medical din punct de vedere al medicinei de bază/primare. Există oameni, cel puțin în mediul rural, care nu-și pot părăsi comunele. Sunt oameni atât de săraci, că nu pot decât să ajungă la medicul de familie din satul lor. (actor la nivel central)

De fapt, atunci când a fost vorba ca respondenții să dea exemple de deșerturi medicale în România, au fost cazuri în care aceștia au invocat imediat comunele din România fără medic de familie. Acest lucru întărește ideea că **medicii de familie sunt considerați actorii principali în furnizarea serviciilor de asistență medicală**:

Deci, în cazul acesta nu mai este nevoie de alte descrieri [cazul localităților fără MF], pentru că dacă nu sunt medici de familie, este clar că prima ușă către sistemul de asistență medicală nu le este deschisă acelor pacienți [locuitorii respectivei localități]. (actor la nivel central)

Distanța până la cel mai apropiat spital public este considerată un aspect important. Distanța mare până la spitale, alături de absența medicului de familie, reprezintă caracteristicile unui deșert medical. Chiar și așa, deși sunt probleme cu sistemul de sănătate și accesibilitatea acestuia, respondenții nu se grăbesc să catalogheze anumite zone ca deșerturi medicale:

Distanța până la primul spital, pentru că dacă ești o localitate lângă un mic oraș cu un mic spital, nu prea te poți numi deșert medical. Ceea ce contează este 1. Lipsa unui MF și 2. Distanța până la un spital, ca localitatea să fie un deșert adevărat. De farmacii, nu știu ce să zic, sunt o puzderie de farmacii, cel puțin în orașe și orașele. (actor la nivel central)

În afară de prezența și accesibilitatea unui MF, este menționat și rolul pacientului. Altfel spus, **accesul la servicii medicale poate fi problematic numai dacă sunt pacienți cărora le pasă de sănătatea lor și vor să cultive relația cu medicul de familie:**

Unu la mână, să ai un medic de familie, doi, să fii apropiat de acesta, trei, să înțelegi importanța programării unei consultații, pentru că este o chestiune de respect reciproc, patru, să nu abuzezi de serviciile care ți se acordă. Și cinci, să fii conștiincios și să înțelegi că ești parte din propriul plan de îngrijire medicală. Deci, în principiu, dacă vrei să beneficiezi de asistență medicală, ar trebui să îți dai interesul în relația cu medicul tău de familie. (actor la nivel central)

Discursul respondenților de la nivel local tinde să fie mai puțin elaborat față de cel al actorilor de la nivel central. De regulă, cele trei tipuri de servicii propuse în cadrul cercetării generează conformitate, cu accent pe medicii de familie și rolul lor:

Cred că de departe cel mai important este accesul la medicii de familie. Dar cred că acestea trei, pe care le-ați menționat dvs., acoperă destul de bine problema. (actor local)

Medicii de familie sunt considerați ca o parte importantă a comunității. Indiferent de statutul/pregătirea/specializarea respondenților, medicii de familie sunt înfățișați ca esențiali atunci când vine vorba de servicii medicale primare care trebuie să fie accesibile oamenilor. Se consideră necesar ca aceștia să locuiască în comunitatea în care sunt pacienții lor: pot astfel să fie acolo, aproape, în permanență, și au prilejul de a-și întări legăturile cu pacienții. Este un lucru esențial pentru rolul unui MF și pentru acordarea unei asistențe corespunzătoare pacienților respectivi:

Cel mai relevant este să fie un MF în comunitate în permanență. Iar medicul de familie să aloce timpul necesar prezenței sale aici, și să ofere asistență medicală prin vizite la pacienții care nu se pot deplasa ușor și nu reușesc să ajungă la dispensare. (actor local)

De multe ori operaționalizarea termenului de deșert medical s-a dovedit a fi destul de dificilă, fiindcă presupunea determinanți semnificativi ai ceea ce este moral sau ar trebui făcut pentru binele populației. Zonele în care serviciile de urgență sunt solicitate pentru lucruri de bază, pentru că în comunități nu sunt profesioniști medicali care să acorde primul ajutor și asistență primară, sunt considerate clar ca fiind deșerturi medicale. În discursul celor care locuiesc în vecinătatea acestora, faptul că nu există o evaluare oficială și o definiție/clasare reprezintă o problemă:

Atunci când vine vorba de servicii medicale pentru populație, nu trebuie să căutăm multe motive. Cel puțin eu așa cred. În vremurile acestea, cu atâta tehnologie, sunt zone în care serviciile de urgență sunt chemate să aducă un Algocalmin. Ce așteptăm ca să declarăm acea zonă deșert medical? Eu nu cred că ar trebui să existe atâtea criterii. (actor local)

Ceea ce reprezintă citatul de mai sus este o primă reacție la purtarea unor discuții ample despre cum ar trebui să arate deșerturile medicale, în teorie, când există porțiuni de realitate care întrec orice fel de ipoteză.

Rezultatele sondajului online

Sunt elementele incluse în indicii deșertificării relevante pentru actorii implicați?

În sondajul cantitativ, abordarea deșertificării a început mai întâi prin a-i întreba pe respondenți ce elemente ar include în evaluarea accesului la servicii medicale. Elementele au fost alese astfel încât să fie parte din definiția tipică a deșerturilor medicale, însă respondenților nu li s-a dezvăluit acest lucru.

Mai precis, i-am întrebat pe respondenți „Pentru fiecare dintre următoarele criterii, vă rugăm să indicați în ce măsură considerați adecvată definirea accesului la servicii medicale”. Lista elementelor/criteriilor respective este redată în Figura 11, care înfățișează și rezultatele pentru întregul eșantion.

Se poate observa din start că nu sunt așa multe refuzuri de a răspunde sau răspunsuri tip „nu știu”. Aceasta înseamnă că respondenții erau familiarizați cu subiectul.

În al doilea rând, majoritatea indicatorilor legați de medicul de familie tind să fie mai degrabă ignorați ca elemente ce definesc accesarea serviciilor medicale. Numărul de MF, timpii de așteptare, timpii de deplasare, sau distanța până la MF tind să fie considerate elemente importante într-o mică sau foarte mică măsură.

Ceea ce pare să conteze este prezența farmaciilor, atât în localitate, cât și în localitățile limitrofe, timpii de așteptare în spitale, dimensiunea populației în localitățile limitrofe, și timpii de deplasare până la spitale.

Figura 11. Reprezentările actorilor implicați: importanța diferitelor elemente ale deșertificării în definirea accesului la servicii medicale

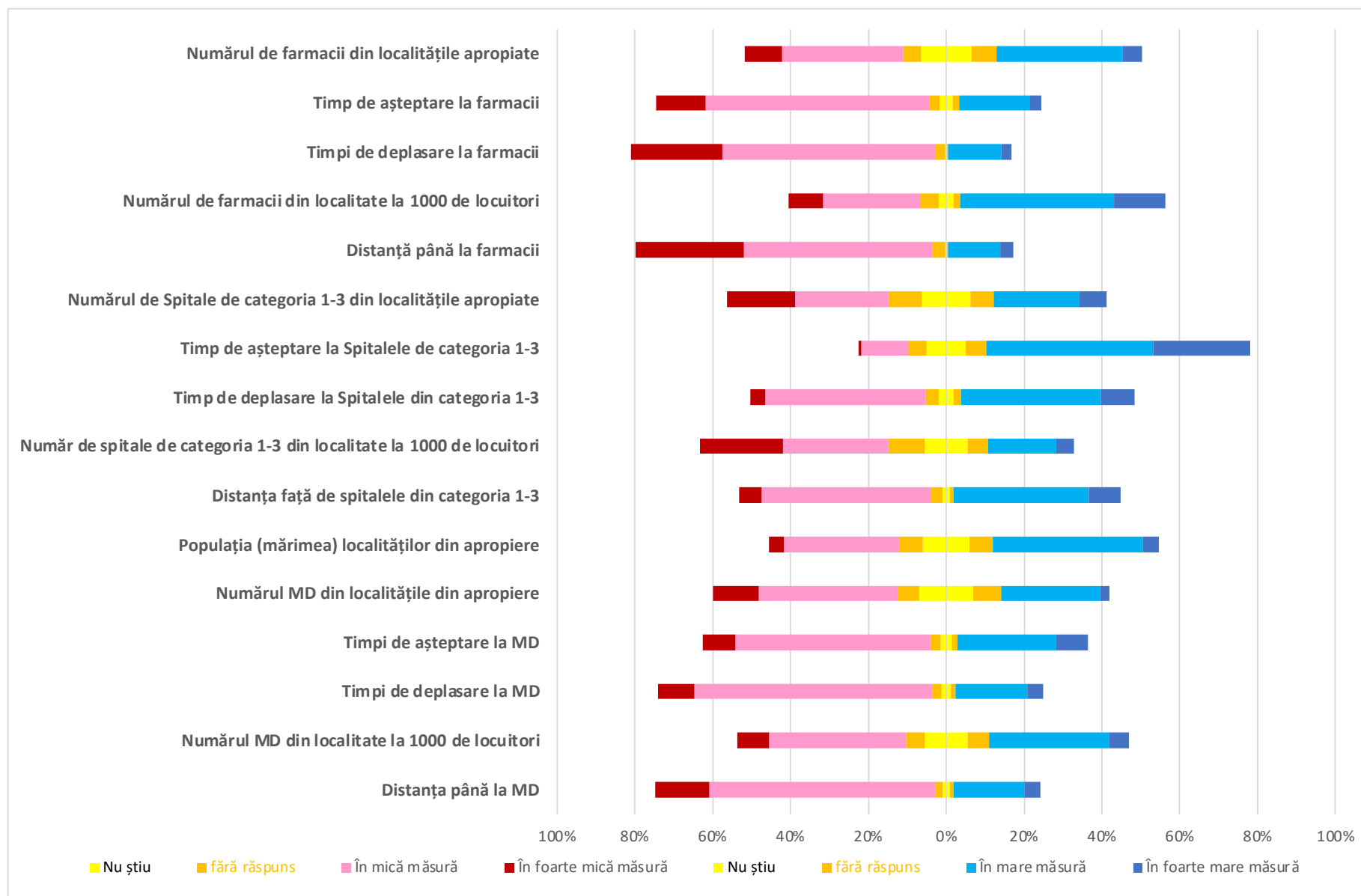
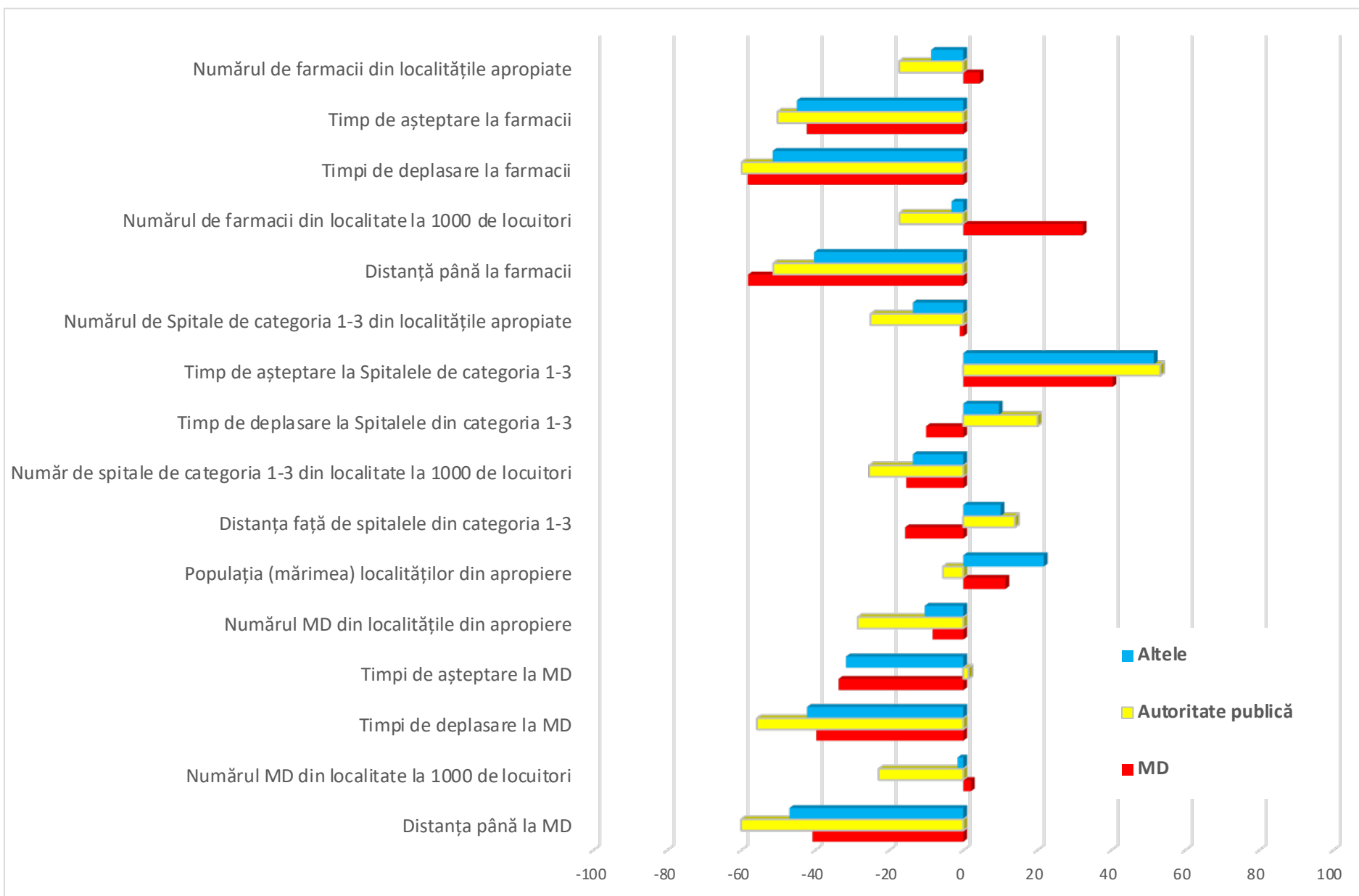


Figura 12. Reprezentările actorilor implicați: importanța diferitelor elemente ale deșertificării în definirea accesului la servicii medicale, pe categorii de actori implicați: cu cât este mai mare valoarea unui indicator, cu atât este mai importantă dimensiunea corespunzătoare a accesului la servicii medicale (pentru detalii, vezi textul de mai jos)



Este important ca rezultatele să fie înfățișate pe categorii de respondenți, așa cum se arată în Figura 12. Această metodă oferă o imagine mai succintă a datelor.

Pentru a simplifica informațiile din Figura 11, am calculat un indicator care arată importanța fiecărui element pentru fiecare categorie de respondenți. Fiecare indicator se înscrie în intervalul -100 (fără niciun fel de importanță) și +100 (important fără nicio îndoială) și se calculează după cum urmează: R este numărul celor care resping elementul ca fiind important („foarte puțin important” sau „puțin important”). P este numărul celor care sunt de acord că elementul este important („foarte mult” și „mult”). P+R este numărul respondenților care nu sunt neutri. Și-acum putem calcula indicele ca fiind $(P-R) * (P+R) * 100 / T^2$, unde T este numărul total de cazuri. Dacă R=T (adică toți respondenții au indicat că elementul nu este important), aceasta înseamnă implicit că P=0, iar indicatorul capătă valoarea -100. Dacă P=T (and R=0), atunci indicatorul devine +100.

Dacă ne uităm cu atenție la Figura 12, ne dăm seama clar că **prevenirea nu este importantă pentru niciunul dintre respondenți**, căci chiar și respondenții care sunt medici de familie au fost mai puțin tentați să se considere ei înșiși importanți. **Medicii de familie totuși consideră că este important să existe farmacii în localitate, dar sunt mai puțin interesați de timpii de așteptare, densitate, sau distanța până la farmacie.**

Per ansamblu, consensul se referă la timpul de așteptare în spitale. Distanța până la spitale și populația din localitățile limitrofe sunt și ele aspecte importante pentru o parte dintre actorii implicați.

În continuare, în Tabelul 13 se arată în ce măsură densitatea populației și legăturile cu localitățile limitrofe sunt importante. A se nota faptul că, atunci când am întrebat în mod direct despre aceste aspecte, numărul persoanelor care au evitat să răspundă a crescut dramatic, ajungându-se la 12-14% din respondenți. Aceasta dovedește încă o dată faptul că problematica se regăsește printre ultimele preocupări pe agenda publică, fiind necunoscută pentru mulți dintre respondenți. Putem presupune și că este mai probabil ca cei care au răspuns la chestionar să fie în temă în ce privește subiectul deșertificării, ceea ce nu face decât să vină în sprijinul ideii că **este nevoie de o mai mare conștientizare în ceea ce privește calitatea accesării serviciilor medicale, și deci în ceea ce privește deșertificarea.**

Tabelul 13. Reprezentări privind elementele ce trebuie avute în vedere în evaluarea accesului la serviciile de asistență medicală

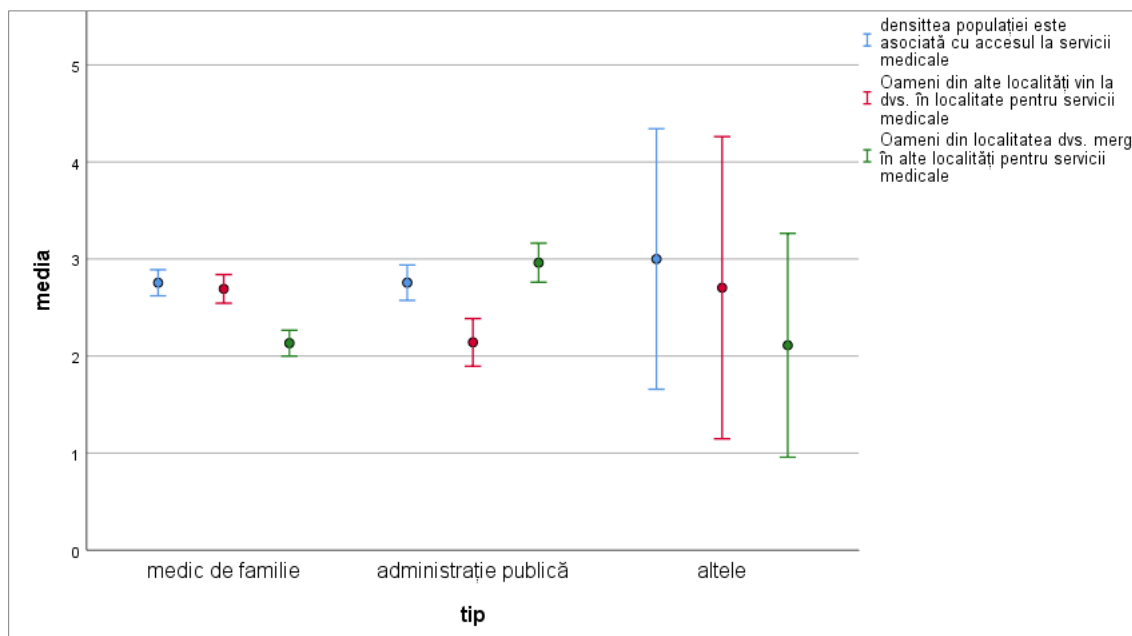
În opinia dvs. ...	În foarte mică măsură	În mică măsură	În mare măsură	În foarte mare măsură	NȘ	NR	TOTAL
▪ Densitatea populației are legătură cu accesul la serviciile de sănătate	10%	15%	47%	14%	7%	7%	100%
▪ Oamenii din alte localități vin în localitatea dvs. pentru tratament medical	18%	22%	30%	17%	8%	5%	100%
▪ Oamenii din localitatea dvs. merg în alte localități pentru tratament medical	18%	27%	32%	12%	9%	3%	100%

NȘ=nu știu; NR=nu a răspuns

Figura 13 explorează problema pe categorii de actori implicați, oferind o imagine mult mai clară în ce privește diferențele. Punctele înfățișate în figură sunt valorile medii corespunzătoare categoriei respective de actori implicați, cu referire la răspunsurile redade în dreptul afirmației respective. Gridurile care pornesc din dreapta și stânga punctului reprezintă bare de eroare. Cu alte cuvinte, dacă eșantionul ar fi fost unul probabilistic (adică „reprezentativ”), și am fi extras 100 de eșantioane, în 95 din cele 100 de eșantioane ar trebui să ne așteptăm ca

valorile medii să fie plasate în intervalul definit de aceste bare de eroare. Intervalul definit de aceste bare de eroare se numește „interval de încredere de 95%”. Dacă acest interval de încredere de 95% cuprinde linia care taie în două jumătăți egale intervalul de posibile răspunsuri, este foarte puțin probabil ca media să difere semnificativ de această valoare⁵. În cazul nostru, fiecare respondent poate răspunde de la 1 (în foarte mică măsură) la 2 (în mică măsură) la 3 (în mare măsură) la 4 (în foarte mare măsură). Prin urmare, valoarea medie este 2,5. Atunci când un interval de încredere de 95% se află complet sub linia violet care corespunde valorii de 2,5, în medie, opiniile tind să fie opuse afirmației evaluate. Când intervalul se află complet deasupra liniei, respondenții tind să fie de acord cu afirmația respectivă.

Figura 13. Reprezentări privind elementele de avut în vedere în evaluarea accesului la serviciile de asistență medicală, pe tip de actor implicat



Bare de eroare: Interval de încredere de 95%.

Graficul arată valori medii pentru trei categorii de respondenți (MF, Autoritate publică locală/funcționar public local, și Altele), cu referire la trei elemente (densitatea populației, pacienți care vin din afară, localnici care merg în altă localitate).

Pe partea dreaptă a Figura 13, se pot observa intervale de încredere foarte mari pentru categoria Altele. Acestea indică faptul că opiniile din această categorie sunt prea dispersate (și numărul de cazuri destul de scăzut) pentru a permite interpretarea valorii medii.

La polul opus, în cazul funcționarului public local/aleșilor locali, se pot folosi estimările. Procedând astfel, se poate observa că atât medicii de familie, cât și funcționarii publici consideră că densitatea populației contează. Medicii de familie sunt de părere că oamenii din alte localități vin în localitatea lor pentru servicii medicale, dar nu se așteaptă ca oamenii din localitatea lor să meargă în altă parte pentru același lucru. Reprezentanții administrației publice cred exact contrariul: aceștia sunt de părere că oamenii din localitatea lor merg în altă parte pentru tratament medical, iar oamenii din alte localități nu vin la ei în localitate pentru servicii medicale. Totuși, aceste

⁵ Folosirea atributului „semnificativ” depinde de caracterul probabilistic al eșantionului. Cum eșantionul nu este unul probabilistic, folosim acest termen aici pentru a indica posibile diferențe semnificative.

rezultate trebuie tratate cu atenție, deoarece structura geografică a eșantionului administrației publice poate diferi de cea a eșantionului medicilor de familie. Spre exemplu, putem avea cazul în care medicii de familie care au răspuns la chestionar sunt într-o oarecare măsură localizați în deșerturi medicale, pe când administrația publică nu este. Aceasta nu înseamnă că opiniile medicilor de familie și cele ale reprezentanților administrației publice sunt diferite, dar ele pot ascunde diferența în localizarea celor două categorii de actori implicați. Mai mult, este posibil ca și caracteristicile personale să joace un rol. De exemplu, respondenții care au copii pot avea alte opinii decât cei care nu au copii sau ai căror copii sunt deja mari.

Pentru a soluționa astfel de neclarități și a nu presupune că există corelații acolo unde nu este cazul, s-a utilizat regresia multiplă, într-un model pe mai multe niveluri. Cu alte cuvinte, astfel de efecte au fost eliminate prin folosirea metodelor statistice⁶.

Rezultatele confirmă faptul că autoritățile/funcționarii de la nivel local consideră într-o măsură mai mare că oamenii merg în alte localități pentru tratament medical. Medicii de familie consideră într-o măsură ușor mai mare că oamenii vin în localitatea lor pentru servicii medicale. Din nou, subliniem că acest lucru nu ține de locul în care se află persoana respectivă sau de situația sa personală. Un asemenea contrast între medici de familie și autorități/funcționari indică o **perspectivă diferită asupra problemei** și sugerează că, în realitate, **ambele variante sunt valabile, există și oameni care vin în localitate din alte părți pentru tratament medical, și oameni din localitate care merg în altă parte pentru tratament medical.**

Trebuie să menționăm și faptul că analiza nu relevă nicio relație de dependență între astfel de opinii și indicii deșertificării care au fost calculați.

Importanța relativă a fiecărui criteriu

Am analizat, de asemenea, cum ar trebui considerate fiecare dintre criteriile. Mai precis, am analizat întâi ce consideră actorii implicați ca fiind mai important: distanța până la furnizorii de servicii medicale, timpul de deplasare, timpul de așteptare, sau densitatea furnizării (numărul furnizorilor de servicii per locuitori). În al doilea rând, am întrebat punctual care sunt mai importante: medicii de familie, spitalele sau farmaciile.

Tabelul 14 și Tabelul 15 arată faptul că, după opțiunile majorității, toate criteriile sunt de avut în vedere, însă distanța este criteriul care prevalează, jumătate dintre respondenți trecându-l pe prima sau a doua poziție (vezi Tabelul 15). Un sfert dintre respondenți au evitat să răspundă la întrebare (prima căsuță în partea din stânga sus a Tabelul 14), și numai două treimi dintre respondenți au indicat cel puțin locul doi ca nivel de importanță. 10% au spus că toate criteriile sunt la fel de importante (însă unii au adăugat un criteriu pe locul doi sau trei).

Densitatea furnizării de servicii distribuită în funcție de cerere este a doua ca importanță. Timpul de deplasare și timpul de așteptare au fost considerate la fel de importante dacă avem în vedere poziția majoritară.

⁶ Mai precis, am luat în calcul respondenții ca fiind deserviti în localitățile în care locuiesc, și am avut în vedere gradul de deșertificare calculat pentru aceste localități (referitor la MF, spitale, și farmacii), și diverse caracteristici personale ale respondenților, precum genul, vârsta, dacă au copii, dacă au grijă de un adult. Ultimele două caracteristici contează din punct de vedere al nevoii crescute de acces rapid la asistență medicală.

Tabelul 14. Alegere între distanța până la furnizor, timpul de deplasare, timpul de așteptare, și densitatea furnizării serviciilor ca importanță în evaluarea accesului la servicii medicale

Dacă aveți în vedere deșertificarea medicală, vă rugăm să indicați pentru fiecare dintre următoarele 4 criterii, care este cel mai important, care este al doilea ca importanță etc.

	NR	NȘ/la fel de importante	Distanța până la furnizor	Timpul de deplasare	Timpul de așteptare	Densitatea*	TOTAL
Cel mai important	24%	10%	29%	8%	9%	20%	100%
Locul doi ca importanță	33%	1%	15%	19%	19%	13%	100%
Locul trei ca importanță	47%	1%	12%	15%	14%	11%	100%
Locul patru ca importanță	61%	3%	3%	8%	14%	10%	100%

*Numărul de locuitori per medic
NR=nu s-a răspuns; NȘ=nu știu.

Tabelul 15. Alegere între distanța până la furnizor, timpul de deplasare, timpul de așteptare, și densitatea furnizării serviciilor ca importanță în evaluarea accesului la servicii medicale (2)

	nivelul 1	nivelul 2	nivelul 3	nivelul 4	NȘ/la fel	NR	Total
distanța	32%	17%	13%	4%	8%	26%	100%
timpul de deplasare	10%	23%	18%	10%	9%	29%	100%
timpul de așteptare	11%	22%	16%	16%	9%	27%	100%
densitatea	23%	15%	13%	12%	9%	28%	100%

* NR=nu s-a răspuns; NȘ=nu știu.

Așa cum s-a procedat și în capitolele și secțiunile anterioare, și în această secțiune ne propunem să evidențiem acele caracteristici personale sau atribute ale localității care determină respondenții să considere un criteriu sau altul ca fiind mai relevant⁷. Rezultatele arată următoarele:

- Cu cât este mai mare densitatea medicilor de familie, cu atât este considerată mai importantă distanța până la furnizorii de servicii
- Când densitatea medicilor de familie este mai mare, importanța timpului de deplasare este ușor mai ridicată
- Atunci când în zonă sunt disponibile mai multe farmacii, distanțele și timpii de deplasare sunt trecute mai jos în clasament
- Prezența spitalelor nu schimbă reprezentările în ceea ce privește alegerile făcute între criterii

⁷ Au fost rulate modele logistice ordinale pe mai multe niveluri, cu specificații similare celor din secțiunea precedentă.

- Medicii de familie percep timpii de așteptare, de deplasare, și distanțele ca fiind criterii mai puțin importante comparativ cu autoritățile publice/funcționarii publici, ba chiar și mai puțin importante comparativ cu alți actori implicați.
- În cazul actorilor mai vârstnici, timpii de deplasare au mai puțină importanță.

Tabelul 16. Alegere între medici de familie, spitale și farmacii ca importanță în evaluarea accesului la servicii medicale

	MF în localitate	Spital de nivel 1-3 din apropiere	Farmacie în apropiere	NȘ/la fel de importante	NR	TOTAL
Cel mai important	57%	20%	3%	8%	12%	100%
Locul doi ca importanță	14%	15%	44%	1%	26%	100%
Locul trei ca importanță	3%	32%	22%	2%	42%	100%

*NR=nu s-a răspuns; NȘ=nu știu.

Tabelul 17. Alegere între medici de familie, spitale și farmacii ca importanță în evaluarea accesului la servicii medicale (2)

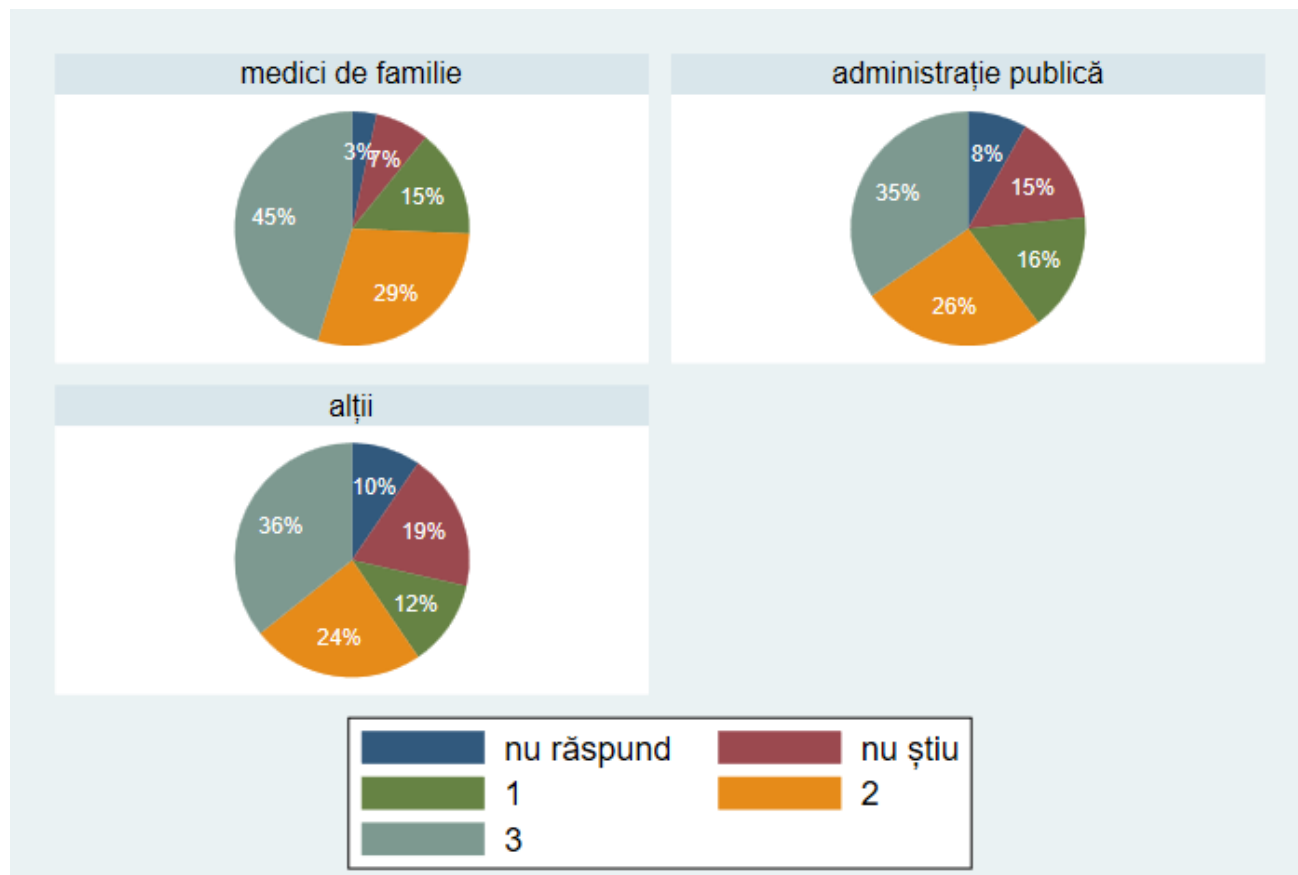
Importanță	Criterii →	MF	Spital	Farmacie
→ Nivelul 1		57%	20%	3%
→ Nivelul 2		14%	15%	44%
→ Nivelul 3		3%	32%	22%
Nu știu/la fel de importante		8%	2%	1%
Nu s-a răspuns		19%	30%	30%
Total		100%	100%	100%

Tabelul 16 și Tabelul 17 prezintă statistici legate de felul în care au ales respondenții, ca nivel de importanță, între MF, farmacii și spitale. În acest caz în care respondenții au avut de ales punctual între cele trei criterii, medicii de familie sunt cei care par a fi cei mai importanți. Însă, *aceasta se dovedește a fi doar un artefact din cauza structurii eșantionului*. Atunci când avem în vedere alți respondenți decât medicii de familie, spitalele capătă de departe cea mai mare importanță. Numai pentru medicii de familie, criteriul MF este important. Dincolo de această distincție, trebuie precizat că **indicii deșertificării nu joacă niciun rol în determinarea alegerilor care se fac între MF, spital și farmacie. Cu alte cuvinte, indiferent de deșertificarea obiectivă a localității, respondenții aleg spitalele ca având o importanță mai mare, cu excepția medicilor de familie care tind să opteze în favoarea propriei meserii.**

Numărul criteriilor de avut în vedere

Respondenții au avut posibilitatea de a alege câte dintre cele trei criterii ale deșertificării (medici de familie, spitale, farmacii) ar trebui folosite în evaluarea deșertificării. Figura 14 redă rezultatele, din care reiese o diferență foarte mică între tipurile de actori implicați, și arată faptul că, potrivit majorității, deșertificarea ar putea fi considerată pornind de la lipsa unui standard corespunzător pentru două din trei criterii.

Figura 14. Opiniile respondenților din cadrul sondajului online cu privire la câte dintre cele 3 criterii (MF, spital, farmacie) ar trebui folosite pentru o evaluare a deșertificării



Mesaje de reținut

Și din această secțiune reiese faptul că deșertificarea este un termen nou, cel mai adesea necunoscut respondenților. În cadrul interviurilor în profunzime, a fost dificilă obținerea unor răspunsuri directe pe teme precum criteriile care ar trebui avute în vedere, limitele etc. Dar pe lângă faptul că a fost nevoie de multe eforturi din partea respondenților pentru a se conforma cerințelor formulate în cadrul întrebărilor, au fost unele aspecte care au ieșit în evidență.

În primul rând, **cel mai important tip de serviciu avut în vedere de către respondenții din cadrul interviurilor în profunzime este de departe cel furnizat de către medicii de familie**. Aceștia sunt văzuți ca fiind actori esențiali, iar **relația lor cu pacienții lor** este în centrul fiecărei discuții. Totuși, se pare că relevanța este legată în principal de **bolile cronice**, nu de prevenire. **Medicii de familie devin importanți atunci când este vorba de tratat, nu de prevenit problemele de sănătate**. În al doilea rând, **tendința este ca farmaciile să fie trecute cu vederea sau să**

fie considerate neproblematică: ideea că farmaciile sunt peste tot a apărut de-a lungul tuturor interviurilor, și ca atare este aproape imposibil să-ți imaginezi un scenariu din care acestea să lipsească. În al treilea rând, accesul la spitalele publice este, de asemenea, considerat un criteriu relevant și aici respondenții fac o distincție între spitalele din orașele mici și spitalele mari județene. Primele ar trebui să aibă rol de filtru al cazurilor medicale astfel încât cazurile mai grave să fie referite către spitalele mari, iar celelalte să beneficieze de tratamentul necesar fără a merge mai departe.

Sondajul online a relevat faptul că, atunci când respondenților nu li se cere în mod concret să aleagă între anumite tipuri de servicii, accentul în evaluarea accesului la servicii medicale se pune pe îngrijire, nu pe prevenire. Ceea ce contează este spitalul, nu accesul la medicii de familie. Farmaciile sunt cotate ca importante numai de către medicii de familie, și chiar și aceștia sunt preocupați în principal de existența farmaciilor, nu de timpul de așteptare și distanțele până la beneficiari.

Per ansamblu, rezultă în mod clar că este nevoie de comunicare cu actorii implicați vizavi de aspectele esențiale ale deșertificării, și de o creștere a gradului de conștientizare a importanței timpilor de deplasare, a distanțelor, și a densității furnizorilor de servicii medicale, spre deosebire de dimensiunea populației pe care o deservește aceștia, inclusiv în localitățile limitrofe.

Trebuie menționat totodată și faptul că medicii de familie nu tind să creadă că oamenii din localitatea lor merg în altă localitate pentru servicii medicale, însă afirmă că oamenii din *alte* localități vin în localitatea lor pentru acest lucru. Autoritățile locale și funcționarii publici sunt la polul opus, fiind de părere că oamenii din diverse localități nu vin în localitatea lor pentru servicii medicale, dar oamenii din localitatea lor merg în altă parte pentru aceasta. Prin urmare, **o campanie de conștientizare ar trebui, printre altele, să promoveze importanța luării în considerare a localității cu tot cu împrejurimile sale, nu doar strict a localității ca insulă, izolată de alte localități.**

În ceea ce privește **care dintre aspecte ar trebui incluse în indicii deșertificării, distanța** este cea care a captat cea mai mare atenție. Densitatea se situează pe locul doi, în timp ce timpii de deplasare, respectiv de așteptare sunt considerați ca fiind mai puțin importanți. Importanța distanței crește atunci când densitatea medicilor de familie este mai mare și descrește odată cu numărul farmaciilor. Aceasta sugerează faptul că **farmaciile ar putea juca un rol de substitut în raport cu medicii de familie.**

Situația nu diferă atunci când respondenții sunt rugați să aleagă concret între medici de familie, spitale și farmacii. Pentru toți actorii în afară de medicii de familie, **spitalele sunt cele mai importante.** Medicii de familie, ca excepție, sunt părtinitori față de propria importanță.

Limitele dincolo de care o localitate devine deșert medical

Dincolo de ce criterii ar trebui alese, decizia ar trebui să aibă la bază punctul de la care se consideră că un anumit loc devine deșert.

În capitolul de față, vom discuta despre distanțele până la furnizorii de servicii. Analiza anterioară a relevat faptul că, în opinia actorilor implicați, densitatea furnizorilor de servicii, timpul îndelungat de așteptare și mai ales cel de deplasare reprezintă principalele aspecte de luat în calcul atunci când se pune problema indicilor deșertificării. De aici încolo, devine esențială identificarea distanței minime până la cel mai apropiat MF, spital sau punct farmaceutic, din perspectiva actorilor implicați.

Rezultatele interviurilor

Respondenții ajung la consens atunci când vine vorba să definească deșerturile medicale ca zone lipsite de acces la asistență medicală primară, inclusiv cea furnizată de medicii de familie, de spitale cu diferite/multiple specialități/secții, și de farmacii (acestea din urmă nefiind în centrul atenției, ci mai degrabă pe ultimul plan). Pe de altă parte, distanța acceptabilă de la potențialii pacienți la punctul de furnizare a serviciilor nu este un subiect asupra căruia respondenții să cadă de acord.

Uneori, în evaluarea unei zone ca deșert medical, serviciile medicale distincte precum cele furnizate de medicii de familie, spitale sau farmacii se regăsesc laolaltă. Din această perspectivă, într-un deșert medical lipsesc toate. Pentru pacienți, a fi la o distanță de 100 de kilometri de astfel de servicii ar echivala cu traiul într-un deșert medical:

(...) Aș zice că circa 100 de kilometri. Adică, dacă pe o rază de 100 de kilometri nu ai nimic, ce să speri?
(actor local)

Fragmentul de mai sus reprezintă un exemplu pentru felul în care deșertul medical constituie un calificativ care nu se atribuie ușor. Aceasta ar putea fi un rezultat al lucrului/traiului/experienței în zone în care aspectele geografice sau aspectele legate de modul în care sunt structurate și localizate comunitățile în teritoriu (dispersat), unde penuria de asemenea resurse precum serviciile publice este un dat, sunt luate de oameni ca atare.

Medici de familie

Pentru medicii de familie, situația ideală este să locuiască și să lucreze în aceeași comunitate, astfel încât să poată dezvolta o relație bună cu pacienții lor și să ajungă la o cunoaștere completă atât a acestora, cât și a contextului din care fac parte. Cum acest lucru nu este întotdeauna posibil, rămâne principiul conform căruia la medicul de familie trebuie să poată ajunge ușor toți pacienții săi, chiar pe jos, dacă se poate:

Dacă vorbim de 20-25 de kilometri, atunci lucrurile se complică pentru că începe să fie o problemă să ajungi la medicul tău de familie. Iar la medicul de familie ar trebui să poți ajunge fără să trebuiască să mobilizezi un număr considerabil de resurse. (actor la nivel central)

O altă perspectivă asupra distanțelor presupune asocierea acestora cu timpul de care este nevoie pentru a ajunge dintr-un loc într-altul. Astfel, drumul de la pacient la medicul de familie sau invers nu trebuie să depășească o oră. Aceasta ar însemna, să zicem, circa 5 kilometri pe jos. Dacă ne referim la timpul necesar pentru a ajunge la MF, înloc de distanța până la acesta, ne putem da seama de nuanțe și particularități contextuale, cum ar fi accesul la autoturisme sau transportul în comun, dacă se locuiește în oraș sau în mediul rural etc.:

Distanța, ca acces, ar trebui probabil să nu fie mai mare de 2-3-5 kilometri, pentru ca medicul de familie să poată ajunge la tine într-o oră. Cam 5 kilometri, de parcurs mergând pe jos. Dacă medicul de familie folosește mașina, poate fi și mai mare de 5 kilometri. În București, distanțele sunt între 5 și 10 kilometri, dar acesta este un oraș mare. Însă distanța ideală pentru ca medicul de familie să fie accesibil este de cel mult 3-5 kilometri. Sigur, există zone rurale în care această distanță ajunge și la 50 de kilometri, situații care sunt dramatice. (actor la nivel central)

Contextele particulare impun măsuri particulare, iar acolo unde accesul la spitale nu este ușor, cum este cazul Deltei Dunării, serviciile medicale furnizate de medicii de familie sunt și mai importante. Distanțele până la diferite servicii de sănătate sunt strâns legate între ele, căci un anumit tip de serviciu poate compensa lipsa altora, cel puțin într-o oarecare măsură:

Sunt puțin diferite. Vorbim de 5 kilometri până la un spital. Un loc în care ai acces la un serviciu medical mai complex, care se ocupă de o urgență, te ajută într-o situație presantă. Pentru farmacie, 5 kilometri nu sunt neapărat o problemă. Pentru că atunci când ajung la farmacie, vin deja de la un control medical, am primit un tratament, și pot rezista și mai mult timp. Deci, putem mări această distanță de 5 kilometri. Pentru medicul de familie, 5 kilometri înseamnă mult. Mă refer la zona noastră geografică, unde nu există acces terestru și unde nu ai posibilitatea de a chema un taxi și nu ai acces la alte mijloace de transport. (actor local)

Spitale

Nivelul spitalului și, ca atare, capacitatea și infrastructura acestuia, determină distanța acceptabilă dincolo de care situația devine dificilă pentru pacienți:

Aș zice că circa 25-30 de kilometri până la un spital de nivel 1 și circa 15 kilometri până la un spital de nivel 2. (actor local)

Un alt respondent este de părere că distanța minimă până la un spital de nivel 2 ar trebui să fie de 20-30 de kilometri, considerându-l important, cu rol în acordarea de asistență primară celor care au nevoie, permițând cazurilor grave să fie direcționate către spitalele mai mari și mai bine dotate:

20-30 de kilometri cred că ar fi modelul oportun, de unde am crescut eu. Orașul intermediar, cu micul lui spital, cu 3 camere și 4 doctori chiar poate face diferența. (actor la nivel central)

Farmacii

Farmaciile nu constituie o preocupare pentru respondenți. O reprezentare a farmaciilor evocată recurent în rândul respondenților este aceea că acestea se găsesc peste tot:

În general, fiecare comună are o farmacie. Problema este să știi ce medicamente trebuie să iei. Pentru că dacă nu există niciun doctor, n-are cine să prescrie medicamentele corespunzătoare. (actor local)

Dată fiind această perspectivă asupra situației actuale din România în materie de farmacii, respondenților le-a fost greu să formuleze răspunsuri la întrebări/afirmații ipotetice sau abstracte. De regulă, pentru toate cele trei tipuri de servicii care au făcut obiectul discuției, obținerea unor estimări privind distanțele și limitele asociate deșertificării a fost destul de dificilă și uneori nu s-a putut realiza. În plus, afirmațiile legate de distanța acceptabilă de la pacienți la servicii au părut a fi mai eficiente din punct de vedere al răspunsurilor pertinente cu care s-au soldat, decât afirmațiile care au vizat deșerturile medicale și caracteristicile sau criteriile de definire a acestora.

Rezultatele sondajului online

Respondenților li s-a cerut să se gândească la distanța până la medici/cabinete/servicii de asistență medicală și să indice dacă există o distanță maximă care ar trebui considerată standard minim. Pentru fiecare dintre cele trei tipuri de elemente de avut în vedere (medici de familie, spitale, farmacii), circa 3-4% din respondenți au răspuns că nu știu, iar 2-3% nu au răspuns la întrebare. La capitolul medici de familie și farmacii, aproape un sfert dintre

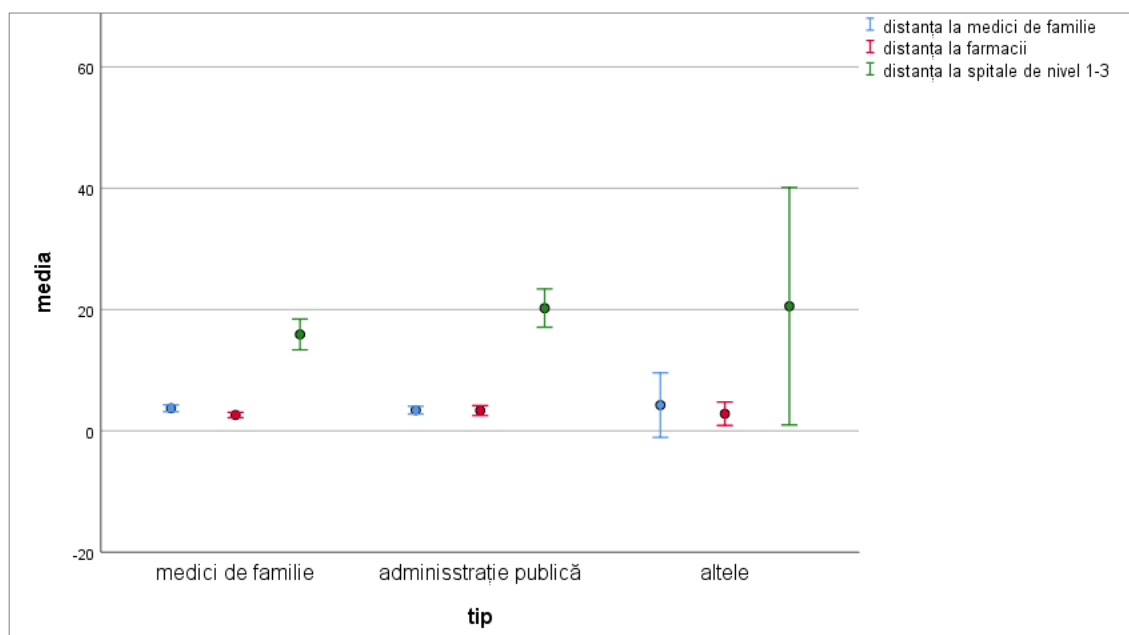
respondenți au indicat că nu ar trebui considerat un standard minim. În cazul spitalelor, numărul celor care nu au văzut rostul unui standard a scăzut la 9%.

Figura 15 ilustrează răspunsurile celor care au menționat o anumită distanță maximă la care ar trebui să se afle un furnizor de servicii medicale pentru ca localitatea să nu fie calificată drept deșert medical. Distanța până la medicul de familie a fost în medie de 3,6 km. Distanța până la farmacii a fost în medie de 2,8 km, în timp ce distanța până la spitale a fost de 16,3 km.

Așa cum se poate vedea și în figură, nu există o variație semnificativă de la un tip de respondent la altul. Totuși, în cazul medicilor de familie, distanța maximă până la farmacii este mai mică decât cea până la medicii de familie.

Am analizat diferențele dintre respondenți în funcție de caracteristicile lor personale și de indicii deșertificării corespunzătoare localităților lor⁸. Constatările relevă o asociere puternică între standardele estimate și contextul local. Cu cât este mai mare densitatea medicilor de familie în localitate, cu atât este mai scăzută distanța acceptabilă până la un medic de familie, și, de asemenea, cu atât este mai scăzută distanța acceptabilă până la spitalele de nivel 1-3. Cu cât densitatea farmaciilor este mai mare, cu atât este mai scăzută distanța acceptabilă până la farmacii. Același lucru este valabil și în cazul densității spitalelor în zonă, însă legătura care se face este una mai slabă. Cu alte cuvinte, atunci când există condiții mai bune, standardul acceptabil implică existența unor servicii medicale mai aproape de pacient. Aceasta implică, totodată, faptul că trebuie să cauți în permanență să îmbunătățești situația și să crești standardele.

Figura 15. Distanțele maxime medii până la furnizorii de servicii considerate standard, pe tip de respondent



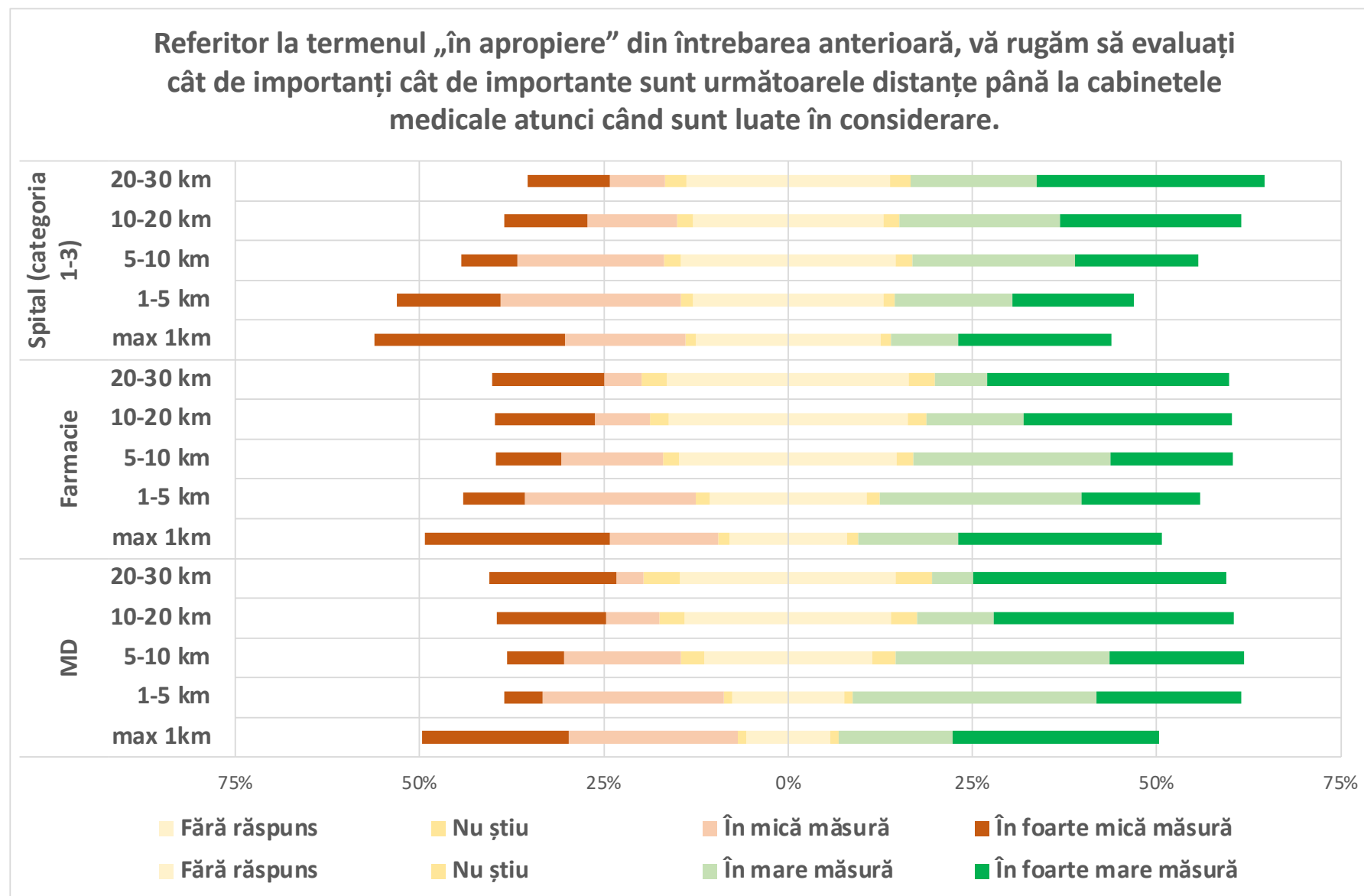
Notă: Punctele indică valorile medii. Barele arată intervalul în care aceste medii s-ar plasa în 95 din 100 de eșantioane similare, dacă eșantionul nostru ar fi unul probabilistic.

În timp ce în Figura 15, respondenții au avut libertatea de a alege distanțele acceptabile, în Figura 16, perspectiva se schimbă. Respondenților li s-au dat anumite intervale de distanță pentru a vedea cât de important este să ai un furnizor de servicii la distanța respectivă. Barele verzi din figură indică procentele respondenților pentru care

⁸ Ca și în capitolele precedente, am rulat modele pe mai multe niveluri, respondenții fiind deserviți în localități, și am controlat caracteristicile personale și indicii deșertificării.

distanța respectivă până la diferite cabinete/furnizori de servicii medicale este importantă. Astfel de opinii creează o normă socială care definește așteptările oamenilor vizavi de sistemul de sănătate. Barele arată un vârf pentru medicii de familie la distanța de 10 kilometri, însă scăderea înregistrată la limitele de 20 și 30 km este aproape nulă, ceea ce indică faptul că reprezentările legate de distanța care ar trebui considerată relevantă nu exclud medicii de familie la aceste distanțe în calculul indicilor deșertificării. Același lucru este valabil și pentru farmacii. În cazul spitalelor, standardul subiectiv indică faptul că ar putea fi avute în vedere distanțe și mai mari.

Figura 16. Opinii privind potențialele limite legate de distanțele până la furnizorii de servicii avute în vedere în determinarea deșertificării (sondaj online)



Cu alte cuvinte, așteptările vizavi de farmacii, medici de familie și spitale includ luarea în considerare a unei distanțe de 30 km ca fiind viabilă. În cazul spitalelor, această distanță ar putea fi extinsă chiar mai mult. Privind dintr-o altă perspectivă, legat de furnizorii de servicii din rândul medicilor de familie și al farmaciilor, cei aflați pe o rază de 5 km sunt importanți, dar nu esențiali. Distanțe precum cele de 5 km, 10 km, 20 km, 30 km pot deveni limite aproape identice ca importanță. Când vine vorba de spitale, limitele respective par să fie mai diferențiate.

Nu în ultimul rând, să remarcăm încă o dată **numărul mare de non-răspunsuri, din nou un indicator al conștientizării scăzute și al lipsei de reflecție anterioară asupra subiectului.**

Mesaje de reținut

Interviurile calitative sugerează faptul că există diferențe între tipurile de servicii medicale, din punct de vedere al limitei dincolo de care o localitate/zonă ar putea fi definită ca deșert medical. Deși respondenților nu le-a fost ușor să formuleze răspunsuri care să includă distanțe concrete, consensul a fost evident atunci când a fost vorba de medicii de familie care locuiesc în comunitățile în care își practică meseria, fiind astfel aproape de pacienții lor și putând face vizite la domiciliu ori de câte ori este nevoie. Per ansamblu, respondenții consideră că **ideal ar fi ca medicii de familie să se afle la o distanță de cel mult 5 kilometri, în timp ce spitalele ar trebui să fie la o distanță de circa 25-30 de kilometri.**

Analiza cantitativă relevă calcule mai fine. Distanțele acceptabile medii până la furnizorii de servicii sunt de **3,6 km pentru medicii de familie, 2,8 km pentru farmacii, și 16 km pentru spitale.** Totuși, în localitățile în care oamenii locuiesc mai aproape de aceste servicii, actorii implicați tind să aprecieze distanțele mai mici ca fiind standard. Servicii precum farmaciile și medicii de familie aflate la o distanță de 30 km de gospodărie par să se mențină relevante după standardele subiective. Spitalele pot fi la distanțe și mai mari.

Standarde de comparație

Atunci când se stabilește un standard, se poate opta pentru normativitate, relativitate, consensualitate sau subiectivitate. Termenii sunt împrumutați din literatura de specialitate referitoare la măsurarea sărăciei (Voicu, 2006). Normativitatea înseamnă că sunt impuse limite/praguri normative, plecând de la premisa că există un adevăr indubitabil, iar experții pot decide fără echivoc unde anume ar trebui stabilite limitele respective. Relativitatea înseamnă că astfel de limite depind, în realitate, de anumite cadre de referință. Limitele relative pot fi stabilite în funcție de resurse (furnizorii existenți, resursele financiare disponibile etc.) sau de modul în care procedează alți oameni (de ex. standardele altor țări din UE). Limitele consensuale sunt definite în funcție de așteptările larg răspândite manifestate de colectivitatea căreia i se aplică limitele respective. Cu alte cuvinte, limitele consensuale sunt expresia normelor sociale existente, și sunt cele la care s-a făcut, de fapt, referire în capitolele precedente. În fine, se poate face referire la opțiunile personale în loc de cele consensuale, punând în prim plan subiectivitatea și vizând politicile adaptate.

În orice caz, astfel de abordări strict definite privind stabilirea de limite/praguri sunt rar întâlnite în practică. Sunt, mai degrabă, tipuri ideale, în accepția clasică a lui Max Weber (Aspalter, 2020; Heckman, 1983), adică, în practică, fiecare abordare este o combinație a unor astfel de tipuri ideale. Pe de altă parte, orice combinație va susține unele tipuri ideale, iar altele le va acorda mai puțină atenție.

În cele de mai jos, ne referim la tipurile de limite pe care le preferă actorii implicați din România atunci când vine vorba de stabilirea unor indici ai deșertificării medicale. Preferă **limitele normative sau relative**? Susțin **subiectivitatea sau consensualitatea**, nu **normativitatea**, sau **viceversa**? Preferă **standardele relative**, și dacă da, care sunt cadrele de referință?

Rezultatele interviurilor

Discuția cu privire la modul în care se poate determina dacă o zonă este sau nu deșert medical, prin comparație fie cu alte comunități, fie cu standarde predefinite, a relevat o înțelegere complexă a subiectului în rândul respondenților, mai cu seamă la nivel local. Actorii de la nivel central erau cu toții implicați, într-un fel sau altul, în furnizarea de servicii medicale către beneficiari, în timp ce actorii relevanți la nivel local erau uneori din afara sistemului medical. Totodată, impactul contextelor locale era vizibil în cazul respondenților locali, care uneori aveau tendința să folosească, cu predilecție, implicit sau explicit, comparația între localități ca instrument de atribuire a statutului de deșert medical și, ca atare, de catalizare a îmbunătățirilor în materie de acces la servicii medicale.

În aceste interviuri, termenul „standarde” era uneori înțeles ca referindu-se la condițiile din localități, similar „nivelului de trai”. Au fost necesare explicații sau întrebări suplimentare pentru a se ajunge la o înțelegere a conceptului ca fiind puncte exterioare de comparație, folosite în evaluare:

Desigur, sunt importante [standardele]. Infrastructura unei comunități. Sunt comunități în care îmbunătățirea infrastructurii este o misiune anuală, ceea ce determină un acces mai bun, sau poate chiar vine un medic de familie în acea localitate dacă sunt create unele condiții și i se oferă posibilitatea de a locui acolo. (actor local)

„Standardele” au fost interpretate și ca „standarde de îngrijire” – o variantă a principiului „calitatea contează mai mult decât cantitatea”:

După părerea mea, standardele sunt mai importante decât deșertificarea de care vorbiți dvs. Eu am fost în străinătate, și sunt situații în care oamenii se află la zeci de kilometri distanță de un spital. Însă felul în care [spitalele] sunt administrate, modernizate, amenajate și făcute să funcționeze, tot acest sistem contează extrem de mult. (actor local)

Uneori, comparațiile cu alte localități sunt pur și simplu porțițe prin care se ajunge la anumite standarde implicite, cum ar fi nivelul minim de îngrijire. Compararea localităților între ele este doar un mijloc de a evidenția particularitățile de ordin contextual:

Nu cred că ar trebui să ne uităm la alte comune sau comunități. Ar trebui să ne uităm la nevoile care sunt acolo, ce nevoi sunt și ce putem face pentru a oferi acolo măcar serviciile minime, de bază. (actor local)

Sau compararea diferitelor comunități ca modalitate de a ajunge să cunoști situația la nivel național și, astfel, de a lua măsurile corespunzătoare pentru a rezolva problemele. De asemenea, varianta comparării comunităților ca recunoaștere a faptului că soluțiile nu pot fi lăsate strict în seama actorilor locali:

Da, ar fi bine să ne uităm și la alte localități, pentru că poate problema nu se rezumă la o singură comunitate, poate fi o problemă a unei întregi regiuni, a unui județ. Cred că o comunitate e prea mică pentru a-și putea rezolva problemele de una singură. Și sunt multe probleme ale căror soluții depind de colaborarea cu autoritățile județene sau chiar naționale. Sunt multe lucruri care pot fi rezolvate printr-o lege, și atunci mergem dincolo de localități și avem în față o problemă națională. (actor local)

Au fost și cazuri în care actorii locali, în special cei cu pregătire medicală și experiență îndelungată, au oferit răspunsuri directe și s-au raportat la termenul de „standarde” așa cum au gândit și cercetătorii. Pentru aceștia, compararea localităților nu este relevantă, din cauza diferențelor esențiale dintre acestea, standardele fiind mecanisme de obiectificare și raționalizare a situațiilor, astfel încât acestea să poată fi înțelese:

Nu cred că ar trebui să facem comparații cu alte localități. Cred că trebuie ținut cont de anumite standarde. Pentru că nu poți compara niciodată o localitate montană izolată cu o localitate din Delta Dunării. Nu există nici cea mai mică asemănare între ele. Deci, standardele ar fi foarte importante. Este greu să le atingi, dar știi ce ai de făcut. Altfel nu poți niciodată să compari localitățile. Fiecare are particularitățile ei. (actor local)

Pentru acești actori, standardele naționale ar arăta ce este de dorit și ar da un sens eventualelor măsuri și schimbări de pus în practică. Lipsa unor astfel de standarde naționale este una dintre multiplele probleme ale sistemului medical românesc:

Ar trebui să fie un standard național, ceva cu care să te poți compara. Și după aceea, fiecare județ, potrivit situațiilor proprii, trebuie să încerce să atingă acel standard, pentru că fiecare județ are particularitățile lui, însă situația lui trebuie cunoscută, per ansamblu. Iar eu nu știu de niciun standard național. (actor local)

Pentru respondenții de la nivel central, acest element al întrebării legate de modalitatea de a determina dacă o anumită zonă este sau nu deșert medical s-a dovedit a pune mai puține probleme decât în cazul respondenților de la nivel local. În opinia lor, cu anumite standarde ar trebui comparate situațiile localităților pentru a le clasifica drept deșerturi medicale. Iar în ceea ce privește standardele în sine, cu cât au un caracter mai universal, cu atât mai bine, căci ele practic formalizează un drept de bază al oamenilor:

În opinia mea, ar trebui definit dreptul la asistență medicală, cel puțin ca standard, ca listă de dorințe. Ca minimum de acces la servicii. Dar, sigur, fiecare țară își poate defini propriile standarde în funcție de capacitățile sistemului său medical. (actor la nivel central)

Pe lângă elaborarea unor standarde specifice, legate de distanță/acces, care să fie folosite în clasificarea localităților și în atribuirea calificativului de deșerturi medicale, când este cazul, unii actori de la nivel central au făcut referire și la folosirea unor standarde deja stabilite privind starea de sănătate, indicatori de sănătate deja definiți și calculați. Această idee este rezultatul unui proces de gândire inversă, care pornește de la consecințele descoperite empiric la condițiile care le-au determinat, acestea din urmă fiind realități ce necesită amendamente/schimbări în bine:

Un deșert medical se vede cel mai bine în indicatorii de sănătate pentru o anumită populație care, din cauza lipsei accesului la servicii medicale, are o rată mai mare a mortalității sau un număr mare de cazuri depistate în stadii avansate (...). Asta înțeleg eu prin deșert medical, o degradare a stării de sănătate a populației. (actor la nivel central)

Rezultatele sondajului online

Sondajul online cuprinde un set de întrebări la care respondenții au trebuit să indice în ce măsură ar trebui folosite diverse cadre de referință sau tipuri de abordări în determinarea deșertificării medicale.

Figura 17. Cadre de referință sau abordări normative? Date neprelucrate din cadrul sondajului online

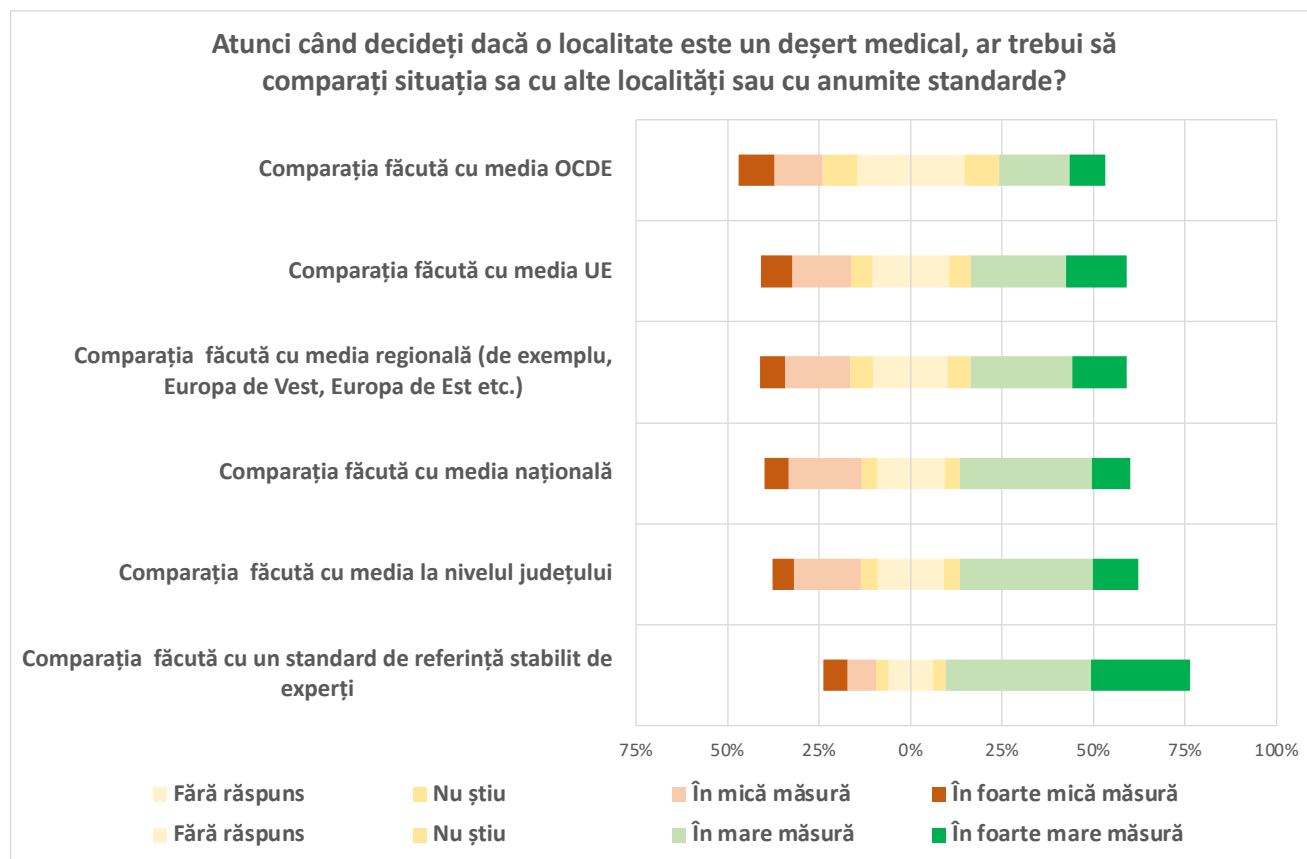
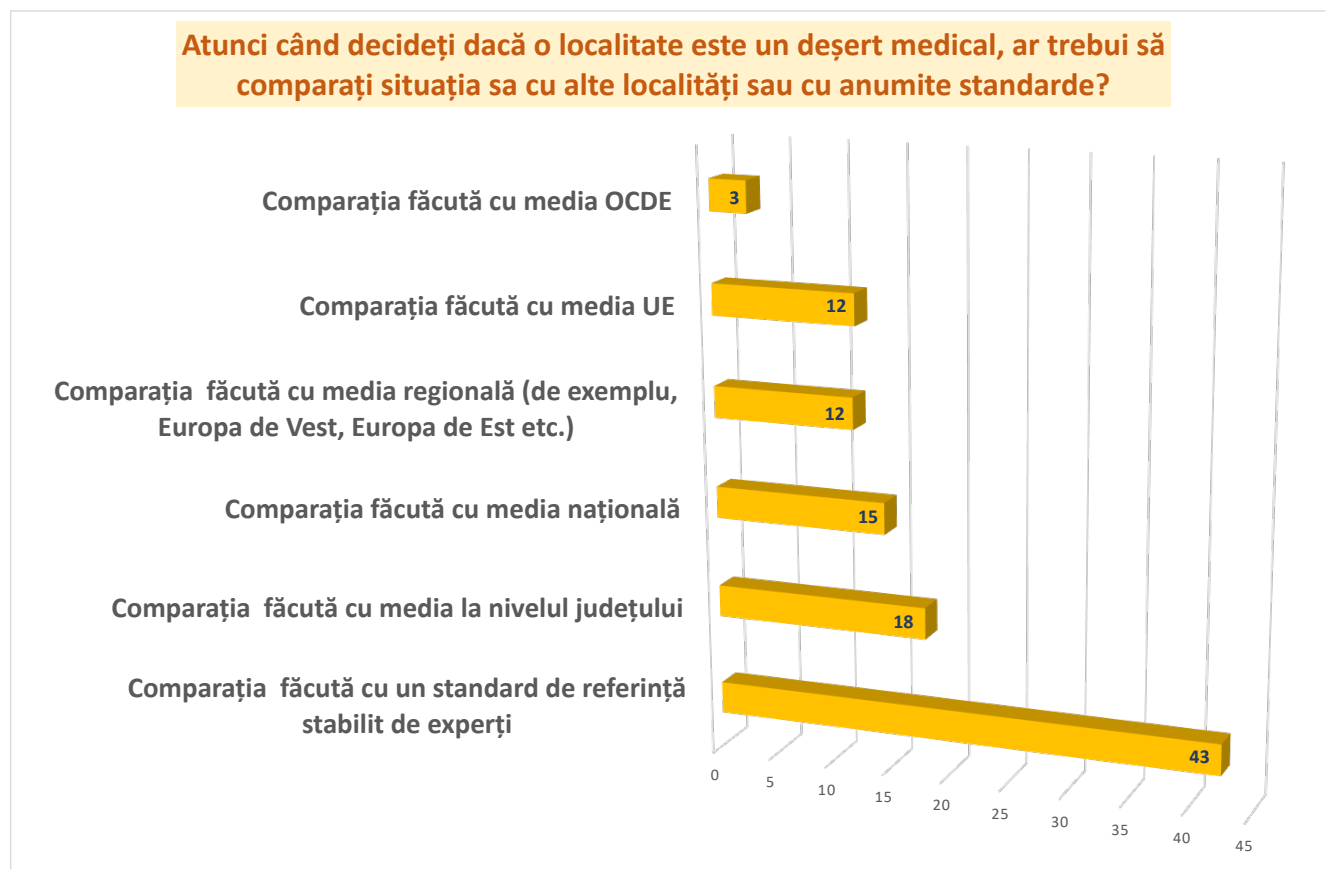


Figura 17 arată preferințele întregului eșantion. Consensul cel mai puternic vizează părerea conform căreia experții sunt cei care ar trebui să ia această decizie. Limitele relative au mai puțină susținere, însă ar trebui luat în calcul și numărul mare de răspunsuri „nu știu” și refuzuri de a răspunde. Acestea sunt o dovadă în plus a lipsei de dezbateri pe marginea subiectului, care nu se regăsește pe agenda publică. În același timp, îngreunează interpretarea.

Ca o soluție la această problemă, Figura 18 introduce Indicii Opiniei Publice Predominante pentru fiecare element abordat în întrebarea respectivă. Aceștia sunt calculați astfel: la primul element (standardul stabilit de experți), fiecare dintre răspunsurile „în foarte mare măsură” și „în mare măsură” sunt considerate ca indicând acordul și reprezintă un punct pentru Aprobare. Răspunsurile „în mică măsură” și „în foarte mică măsură” indică respingerea și reprezintă un punct pentru Respingere. Ținând cont de aceste lucruri, se poate calcula diferența dintre Aprobare și Respingere. În continuare, numărul total al răspunsurilor non-neutre (adică: Aprobare+Respingere) este ponderat și fiecare valoare este apoi împărțită la numărul de cazuri (N), este făcut calculul, și se multiplică totul cu 100: $[(Aprobare-Respingere)/N]*[(Aprobare+Respingere)/N]*100$. Dacă toți respondenții resping elementul respectiv, Indicele capătă valoarea -100. Dacă toți respondenții sunt de acord cu afirmația pe care o presupune elementul respectiv, indicele devine +100. Calculele se repetă pentru fiecare element în parte.

Figura 18. Cadre de referință sau abordări normative? Indicii Opiniei Publice Predominante, pe baza sondajului online



Figurile reprezintă Indicii Opiniei Publice Predominante. Aceștia se încadrează în intervalul -100 (respingere totală a afirmației) și +100 (aprobare totală a afirmației)

Rezultă că actorii implicați sunt clar în favoarea **abordării normative**. Ei nu susțin decât în mică măsură relativitatea, iar eventualele măsuri relative ar trebui să vizeze mai degrabă nivelul județean decât cel național, în timp ce comparațiile internaționale nu sunt respinse, dar par să fie oarecum irelevante. Situația este în multe privințe similară încetățenitului clișeu românesc al „democrației originale” (se reinventează totul de la zero, sau aproape de la zero).

Uitându-ne la opiniile diferitelor tipuri de actori implicați⁹, se poate observa că medicii de familie sunt ceva mai puțin înclinați să ia în considerare comparațiile internaționale, spre deosebire de orice alt tip de actor implicat. Situația localității din punct de vedere al indicilor deșertificării nu este asociată diferențelor de opinii ale actorilor implicați.

Mesaje de reținut

În unele cazuri, respondenții interviurilor în profunzime s-au raportat la termenul de „standarde” în moduri neașteptate: nivelul de confort sau infrastructură, calitatea actului medical. Acest element al întrebării a părut să pună probleme, căci opțiunea între abordarea normativă și cea relativă nu a fost una ușoară sau evidentă.

⁹ În cadrul modelelor pe mai multe niveluri similare celor din capitolele anterioare.

Datele din cadrul interviurilor oferă interpretări amestecate, mai cu seamă la nivel local. Se poate spune însă că, într-un fel sau altul, comparațiile cu alte localități par inevitabile.

Datele cantitative sugerează că abordarea normativă este cea preferată: experții ar trebui să decidă care este cel mai bun mod de a determina dacă o localitate este sau nu deșert medical. Abordările relative (comparațiile cu media la nivel județean, național sau internațional) nu sunt nici respinse, nici susținute, mai ales când vine vorba de comparațiile internaționale ca modalitate de a stabili limitele deșertificării.

Combinate, cele două rezultate arată că este necesar ca, în cadrul campaniilor de comunicare, să fie evidențiate opiniile experților și să fie date exemple concrete.

Relevanța hărții/clasificării inițiale

Așa cum am explicat anterior, folosind datele existente, am realizat mai multe hărți ale deșertificării. Le-am arătat aceste hărți respondenților atât în cadrul interviurilor, cât și al sondajului online. Reacțiile lor sunt explicate în cele ce urmează.

Rezultatele interviurilor

Respondenții nu au reacționat foarte puternic la aceste hărți. Unii dintre ei, care participaseră și în cadrul cercetării cantitative, le văzuseră deja atunci când au completat chestionarul, în timp ce ceilalți le-au văzut prima dată la interviu. Cu toate acestea, reacțiile lor nu au părut să difere fundamental. Un aspect special care a reieșit din interviurile cu actorii locali este că aceștia au fost mai interesați de județele/comunitățile lor și s-au referit în special la acestea.

N-aș zice că este o surpriză pentru mine, pentru că majoritatea medicilor noștri de familie sunt în Tulcea, iar cei din comune sunt stabiliți într-una din comunități și se duc și în altele. În felul acesta sunt mai puțini [în zonele rurale]. (actor local)

Opinia generală este că hărțile sunt destul de corecte sau, în orice caz, nu oferă o imagine mult diferită de cea pe care o aveau deja în minte respondenții:

Cred că da [hărțile sunt corecte]. Această zonă roșie de lângă această parte a Carpaților este mai mult în Buzău, unde v-am spus că sunt probleme cu accesul. (actor local)

Și la acest capitol farmaciile par să fie atipice: unii respondenți sunt surprinși să constate că există unități administrative fără farmacii, pentru că acest lucru contrazice ideea larg răspândită că farmacii sunt peste tot. În același timp, deficitul de medici de familie și spitale este prezentat ca fiind o caracteristică bine-cunoscută a situației din România:

Mă surprinde puțin în cazul farmaciilor, nu al medicilor de familie, pentru că nu cred că sunt așa multe localități fără farmacie. Altfel, se știe de medicii de familie [lipsa lor]. Țara noastră are probleme cu profesioniștii din domeniul sănătății, este un lucru cunoscut. La fel cu spitalele și cu serviciile furnizate în spitale. (actor local)

Obiecțiile care au fost ridicate sunt legate de subestimarea numărului de farmacii și supraestimarea numărului de medici de familie și spitale publice: în timp ce harta farmaciilor ar trebuie să cuprindă mai puține zone roșii, sau deloc, hărțile care reprezintă medicii de familie, respectiv spitalele, ar trebui să conțină mai multe.

Lucrurile sunt puțin mai complicate, știți. În partea către Munții Apuseni, ar trebui să fie mai mult roșu. La fel și pentru Vaslui-Vrancea, după care, în Delta Dunării, există o zonă în care situația este foarte dificilă. Și, un lucru interesant, nu în zonele centrale ale Bucureștiului, ci în suburbiile apropiate, în zonele aflate chiar în afara Bucureștiului, sunt și acolo probleme. Accesul la farmacii este ultima problemă pe care o avem. (actor la nivel central)

Rezultatele sondajului online

Respondenții din cadrul sondajului online au validat toate aspectele hărții. O majoritate peste două treimi au fost mai degrabă de acord cu ceea ce au arătat hărțile propuse, așa cum reiese și din Figura 19. Există puține diferențe în eșantion datorate caracteristicilor personale¹⁰, însă două excepții merită să fie semnalate:

- Respondenții mai în vârstă au fost mai puțin înclinați să aprecieze harta în mod pozitiv la capitolul potrivirii clasificării din hartă cu cunoștințele lor despre România.
- Medicii de familie au fost mai înclinați să identifice localitățile clasificate greșit, atât cele clasificate greșit drept deșerturi, cât și cele clasificate greșit ca nefiind deșerturi.

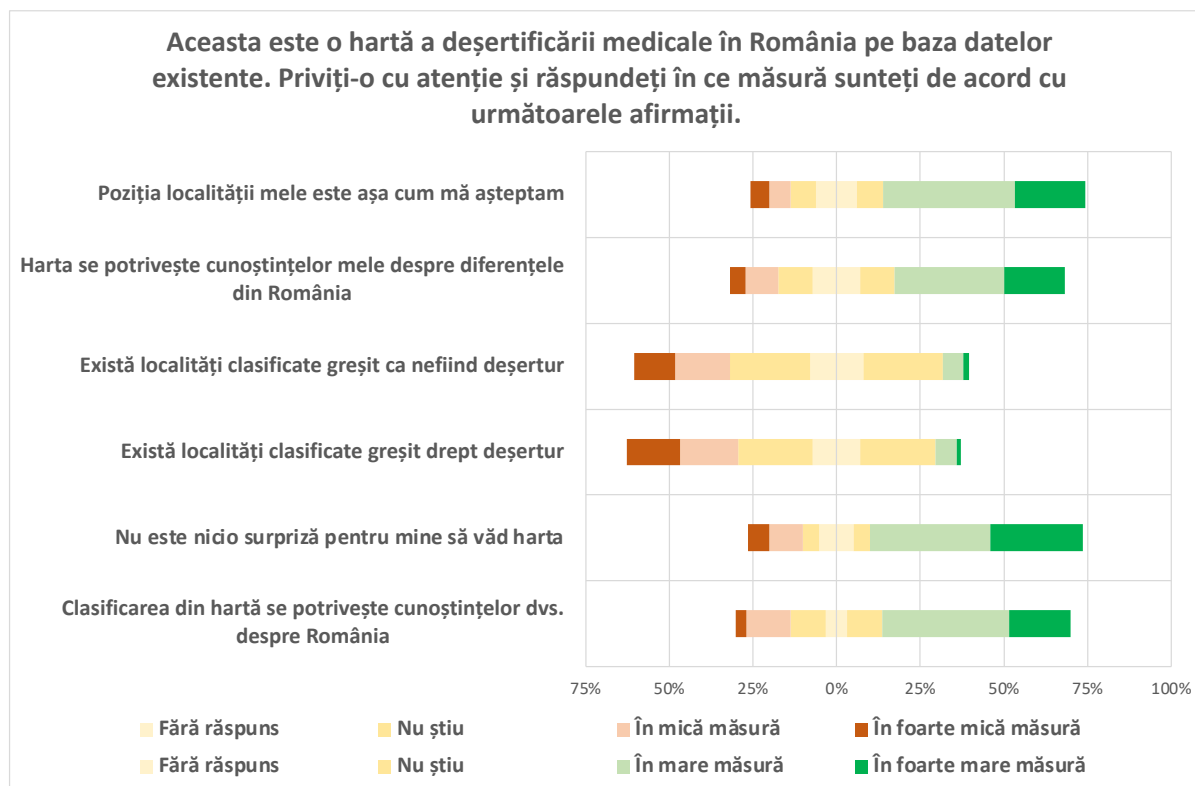
Mesaje de reținut

Sondajul online a relevat o susținere generală a modului în care harta propusă reflectă realitatea. Medicii de familie au fost ușor mai critici, indicând faptul că ar fi nevoie de o campanie de comunicare mai convingătoare pe această temă.

Din interviuri a reieșit și faptul că între opiniile respondenților și hărți există o convergență generală. Ca instrument, au oferit o imagine de ansamblu a situației din România și nu au fost studiate foarte amănunțit de către participanții din cadrul cercetării calitative.

¹⁰ Din nou, am folosit modele pe mai multe niveluri similare celor din capitolele anterioare.

Figura 19. Validarea, de către respondenții din cadrul sondajului online, a hărților propuse



Potențiale soluții la problema deșertificării

Este important să vedem cum concep respondenții potențialele soluții de reducere a deșertificării. Acestea permit o mai bună identificare a perspectivei adoptate de actorii implicați din România, o înțelegere a factorilor pe care aceștia îi „învinovătesc” pentru deșertificare, și a factorilor pe care ei îi consideră ca fiind responsabili de întreprinderea intervențiilor de rigoare. Soluțiile lor nu sunt neapărat corecte, optime sau fezabile. Însă, pe baza acestora ne putem da seama care sunt elementele de interes care ar trebui abordate în cadrul campaniilor de comunicare ce precedă și însoțesc implementarea politicilor respective, și care sunt pârgurile care pot fi folosite pentru a determina implicarea lor activă în implementarea politicilor.

Rezultatele interviurilor

Pe lângă măsurile și intervențiile, la scară națională, sugerate de respondenți și enumerate mai jos, în interviurile realizate cu localnicii din Tulcea/Sfântu Gheorghe, respondenții au subliniat faptul că ar fi de mare ajutor să se deschidă drumul terestru dintre Sfântu Gheorghe și Sulina. Acest lucru le-ar permite să scurteze distanțele și să dobândească mai multă mobilitate.

Măsurile/intervențiile ample care ar putea rezolva problema deșertificării medicale sunt definite de către respondenți în raport cu autoritățile atât centrale, cât și locale. Pe de o parte, chestiuni precum finanțarea (legată, de exemplu, de salarii), regândirea activității rezidenților sau implementarea reformelor țin de autoritățile centrale, inclusiv Guvernul/Parlamentul, Ministerul Sănătății sau Casa Națională a Asigurărilor de Sănătate. Pe de altă parte, autoritățile locale sunt privite ca fiind cele responsabile de îmbunătățirea

infrastructurii locale pentru medicii de familie și de oferirea de facilități specialiștilor care își deschid cabinete în comunitățile respective.

Posibilele soluții care au apărut în cursul interviurilor sunt prezentate succint în cele de mai jos:

- Îmbunătățirea infrastructurii existente, pentru ca specialiștii să beneficieze de spațiile și instrumentele adecvate de care au nevoie pentru a-și face meseria – inclusiv prin întrebuințarea dispensarelor medicale vechi, atunci când este posibil.
- Asigurarea de locuințe și alte facilități pentru profesioniștii din domeniul sănătății astfel încât aceștia să fie atrași să lucreze în zonele îndepărtate.
- Creșterea numărului de medici de familie, astfel încât să se ajungă la un număr mai mic de pacienți per medic specialist.
- Creșterea numărului de asistenți medicali comunitari, care pot acorda o asistență medicală de bază în localitățile fără medici de familie, urmând exemplul majorității localităților din Delta Dunării.
- Furnizarea de servicii medicale prin intermediul caravelor, în zonele în care accesul este deficitar.
- Catalizarea comunicării și colaborării interinstituționale, necesare în toate măsurile care sunt concepute și puse în practică. Spre exemplu, conștientizarea necesității unui asistent medical comunitar este o chestiune de colaborare între Direcția de Sănătate Publică și autoritățile locale.
- Medicii să aibă obligația ca, după absolvire, să activeze o perioadă în afara marilor orașe, în județe/localități/zone cu acces deficitar la asistență medicală.
- Restructurarea activității medicilor de familie, prin reducerea cerințelor birocratice, pentru ca aceștia să aibă mai mult timp să-și vadă pacienții și să interacționeze cu ei. Aceasta ar determina și o îmbunătățire și întărire a relației medic de familie-pacient.
- Valorificarea cunoștințelor și pregătirii rezidenților care nu și-au finalizat stagiul (picând la examen), dându-le posibilitatea de a furniza servicii medicale în zonele problematice, ca măsură temporară de acoperire a deficitului existent.
- Centre comunitare cu servicii integrate, care să abordeze problemele din comunități și nevoile celor marginalizați.
- Creșterea veniturilor medicilor de familie, prin introducerea unor beneficii financiare substanțiale pentru desfășurarea activității în zonele îndepărtate.
- Aplicarea unei reforme administrative care să identifice și să țină cont de nevoile comunităților;
- Implementarea unor schimbări care să înlesnească accesul pacienților la serviciile furnizate de instituțiile publice cele mai apropiate, precum spitalele, indiferent dacă sunt sau nu în același județ. În acest fel, în unele cazuri, s-ar reduce din timpul de care este nevoie pentru a ajunge la unitatea medicală respectivă.
- Pentru ca furnizarea de servicii medicale să răspundă nevoilor populației, este esențial să se obțină, pentru fiecare comunitate/localitate, informații legate de localnici și nevoile/cerințele lor medicale.

Esențial este să existe/să se instituie/să se promoveze un anumit gen de cultură vizavi de relația între specialiștii din domeniul asistenței medicale și pacienții lor:

(...) facilitarea accesului la servicii medicale pentru pacienți înseamnă să ai o anumită cultură, o cultură pe care noi ar trebui să o promovăm. (actor la nivel central)

Investițiile din sistemul medical, în general datorate unei creșteri a finanțării publice, ar trebui să permită medicilor să lucreze în condiții corespunzătoare și să elimine eventualele situații absurde:

(...) un salariu de 3000 de euro n-are niciun sens dacă nu ai fir de sutură ca să închizi o incizie. (actor la nivel central)

Însă ceea ce ar putea deveni important la un moment dat este să cauți să vezi care este strategia în domeniul asistenței medicale. Cu alte cuvinte, pe lângă conceperea unor schimbări și îmbunătățiri mai mult sau mai puțin la nivelul comunității, ar trebui să fie clar că autoritățile centrale, cele care guvernează domeniul, susțin schimbările, și că deșertificarea medicală este recunoscută ca fiind o problemă:

Întâi de toate, eu m-aș uita la strategia și politicile Ministerului Sănătății. Este sau nu un obiectiv acela de a avea profesioniști din domeniul sănătății în toate localitățile? (actor local)

Rezultatele sondajului online

Respondenților li s-a cerut să răspundă la două întrebări deschise și să indice cine și cum ar trebui să intervină pentru a combate deșertificarea medicală.

Fiind întrebări deschise în cadrul unui sondaj online, nu ne-am așteptat la multe răspunsuri. Într-adevăr, când au avut de precizat cine sunt cei care ar trebui să acționeze/să ia măsuri, o treime (32%) nu au răspuns nimic, iar 5% au declarat că nu știu. Situația a fost similară și atunci când au avut de indicat ce acțiuni ar trebui întreprinse.

Tabelul 18 sintetizează lista factorilor considerați de respondenți ca fiind în măsură să întreprindă acțiuni. Reprezentările tuturor tipurilor de actori implicați converg către definirea Ministerului Sănătății ca principal factor de intervenție în domeniu. Totuși, pentru medicii de familie, Ministerul Sănătății împarte responsabilitatea cu Casa de Asigurări de Sănătate și cu entitățile de la nivel central, inclusiv Guvernul în ansamblu, Parlamentul, „statul” ca agent generic etc. Autoritățile locale adoptă o perspectivă ușor diferită în ce privește acest tablou al entităților care partajează responsabilitatea: entitățile de la nivel județean, inclusiv Direcțiile de Sănătate Publică Județene, prefectii, și Consiliile județene, au întâietate în fața Casei de Asigurări de Sănătate.

Tabelul 18. Reprezentări ale factorilor care ar putea întreprinde acțiuni în vederea combaterii deșertificării, pe tip de respondent.

În opinia dvs., care sunt instituțiile/organizațiile care ar putea rezolva problema deșertificării medicale?*

	MF	autoritate locală/funcționar public	altele
Ministerul Sănătății	66%	58%	44%
Administrația la nivel central (în general)	24%	26%	16%
Casa Națională de Asigurări de Sănătate	21%	11%	12%
Administrația locală	18%	11%	20%
Administrația la nivel județean	10%	19%	8%
Asociații profesionale (domeniul medical)	6%	4%	8%
Ministerul Finanțelor	4%	1%	0%
Universități	4%	6%	4%
ONG-uri	2%	4%	8%
Ministerul Mediului	1%	0%	0%
Alte ministere	1%	0%	4%
Medici de familie	1%	0%	8%
Farmacii	1%	0%	0%
Afaceri private	1%	1%	0%
Spitale	0%	1%	0%
Doctori	0%	1%	0%
Diverse altele	1%	0%	0%
Nu știu	8%	4%	20%
TOTAL	169%	147%	152%

* Întrebare deschisă, codificată ulterior. Procentele sunt din total număr respondenți care au răspuns la întrebare. Deoarece unii respondenți au indicat mai mulți factori care ar putea întreprinde acțiuni, totalurile de coloană depășesc 100%. Totalurile pe rânduri sunt irelevante.

Responsabilitățile se schimbă în cazul altor actori implicați, care au adus în prim plan autoritățile locale, reducând din prevalența Ministerului Sănătății.

Interesant de remarcat este faptul că medicii de familie sunt mai centraliști în opiniile lor, în timp ce toți ceilalți actori implicați tind să se gândească și la factori care ar putea contura politici adaptate.

Atunci când vine vorba de potențiale soluții, medicii de familie sunt mai puțin înclinați să declare că nu știu, în timp ce acei actori implicați care nu sunt medici de familie sau parte din administrația locală sunt mai înclinați să spună că nu au idee ce soluții ar trebui întreprinse.

Există șase categorii principale de soluții și câteva alte categorii care sunt observate mai puțin frecvent, așa cum se arată în Tabelul 19 și Tabelul 20. Concret, Tabelul 19 oferă detalii privind categoriile mai restrânse în care pot fi încadrate soluțiile propuse de respondenți. Tabelul 20 regroupează aceste soluții în cele mai frecvent întâlnite șase categorii mari.

Tabelul 19. Reprezentări ale factorilor care ar putea întreprinde acțiuni în vederea combaterii deșertificării, pe tip de respondent.

*În opinia dvs., ce acțiuni s-ar putea întreprinde pentru a rezolva problema deșertificării medicale?**

	MF	Autoritate locală/functionar	Altele
Beneficii suplimentare pentru zonele deșertificate	22%	11%	8%
Sprijin din partea municipalității	7%	1%	8%
Spitale/alte unități medicale în zonele deșertificate	3%	11%	20%
Mai multe spitale / redeschiderea unităților închise	6%	8%	12%
Investiție în infrastructura cabinetelor medicale	11%	16%	8%
Investiții la scară medie/mare, finanțare europeană	2%	1%	4%
Recunoaștere/respect pentru MF/medici	6%	0%	0%
Mai mulți bani	30%	12%	4%
O pregătire mai bună a medicilor	3%	5%	0%
Mai mult personal medical	6%	8%	12%
Oprirea exodului creierelor („brain drain”)	4%	1%	0%
Reglementări, standarde, politici	13%	13%	4%
O diviziune clară a rolurilor între MF și specialiști	4%	3%	16%
Evaluarea nevoilor	3%	5%	0%
Încetarea birocrăției	4%	0%	0%
Obligația, pentru tinerii medici, de a lucra în zonele deșertificate	5%	1%	4%
Abordare etică a pacienților / medicina centrată pe pacient (responsabilități pentru personalul medical)	1%	1%	0%
Educație pentru sănătate	2%	0%	0%
Campanii de conștientizare	0%	1%	0%
Telemedicină, caravane mobile	2%	1%	4%
Dezvoltare (de natură non-medicală)	1%	1%	4%
Altele [oarecum naive sau foarte generale]	8%	14%	8%
„Nu există nicio soluție”	2%	0%	0%
Nu știu	6%	11%	20%
TOTAL	144%	130%	132%

* Întrebare deschisă, codificată ulterior. Procentele sunt din total număr respondenți care au răspuns la întrebare. Deoarece unii respondenți au indicat mai mulți factori care ar putea întreprinde acțiuni, totalurile de coloană depășesc 100%. Totalurile pe rânduri sunt irelevante.

Tabelul 20. Reprezentări ale factorilor care ar putea întreprinde acțiuni în vederea combaterii deșertificării (principalele categorii, recodificate), pe tip de respondent.

	MF	Autoritate locală / funcționar public	Altele	Total
Facilități pentru furnizarea de servicii în deșerturi medicale	26%	12%	16%	21%
Investiții în infrastructură	18%	32%	36%	24%
Mai multe avantaje pentru personalul medical	34%	12%	4%	25%
Politici care vizează capitalul uman	13%	15%	12%	13%
Reglementări	22%	22%	16%	22%
Impunerea stagiilor obligatorii pentru absolvenți	5%	1%	4%	4%

* Întrebare deschisă, codificată ulterior. Procentele sunt din total număr respondenți care au răspuns la întrebare. Deoarece unii respondenți au indicat mai mulți factori care ar putea întreprinde acțiuni, eventualele totaluri de coloană pot depăși 100%. Deoarece nu toate categoriile au fost prezentate în tabel, eventualele totaluri de coloană pot fi sub 100%. Totalurile pe rânduri sunt irelevante.

Primul set de soluții cuprinde facilități pentru furnizarea de servicii medicale în localitățile cu potențial de deșertificare medicală. Aceste soluții vizează în cea mai mare parte stimulentele financiare, cum ar fi sporuri suplimentare pentru practicieni, de la sporuri salariale, la cazare, bani pentru navete, costuri de întreținere acoperite de către autoritățile locale, chirie zero pentru cabinetele medicale, facilități fiscale etc.

Cel de-al doilea set de soluții se referă la diverse tipuri de investiții în infrastructură. Printre acestea se numără construirea de noi unități, redeschiderea celor care au fost închise, facilitarea accesului la fondurile europene pentru practicieni, credite fără dobândă, echipamente gratuite, imobile cu titlu gratuit acordate de autoritățile locale pentru cabinete etc. În cadrul acestui set de soluții, medicii de familie sunt preocupați mai mult de investițiile în unitățile existente (de ex. în propriile cabinete de medicină de familie), în timp ce celelalte două categorii de actori implicați sunt mai curând interesați de înființarea unor noi.

Cel de-al treilea set de soluții a adus în lumină sporirea avantajelor pentru personalul medical. Cu puține excepții, toți respondenții care au indicat acest gen de soluții s-au referit la medici. Avantajele respective presupun, printre altele, creșteri salariale (indiferent de localitate), precum și mai mult respect pentru medici.

Politicile care vizează capitalul uman, al patrulea set de soluții, se referă la o pregătire mai bună în universitățile de profil medical, creșterea numărului de absolvenți, și evitarea exodului de creiere datorat emigrării cadrelor medicale, în special a tinerilor absolvenți de medicină. Pentru medicii de familie este mai importantă calitatea educației universitare, în timp ce reprezentanții administrației publice aduc în discuție și numărul de absolvenți.

Reglementările și legile au fost invocate în cel de-al cincilea set, medicii de familie și administrația locală acordând o mai mare atenție reglementărilor de ordin general, iar ceilalți „actori implicați” concentrându-se asupra unei divizări mai clare între sarcinile și rolul medicilor de familie și atribuțiile specialiștilor.

Cel de-al șaselea set este reprezentat de o singură politică. Aceasta presupune impunerea efectuării unor stagii obligatorii (cu durate diferite) de către tinerii absolvenți ai universităților publice în zone lipsite de resurse umane specializate în furnizarea de servicii medicale. Ideea este departe de a fi una nouă. A fost aplicată în timpul dictaturii regale (în anii '30) pentru toți absolvenții de universitate. În timpul dictaturii comuniste, a fost reluată sub diferite forme și în măsuri diferite pentru absolvenții de medicină. Potrivit rațiunilor sale populiste, absolvenții au studiat pe banii statului, prin urmare, ar fi cazul să-i dea și ei statului ceva în schimb.

Au fost sugerate și alte tipuri de soluții, însă nu s-au ridicat la nivelul celor cuprinse în aceste șase categorii principale. Variația lor de la o categorie la alta nu este esențială, iar formularea lor în partea inferioară a Tabelul 19 nu necesită explicații.

Tabelul 21. Ce tip de respondenți susțin principalele tipuri de soluții

	Acceptă mai mult decât alții	Susține mai puțin decât alții
facilități pentru furnizarea de servicii în deșerturi medicale	MF (administrație locală) (asistent medical comunitar)	-
investiții în infrastructură	-	(MF)
mai multe avantaje pentru personalul medical	MF administrație locală Consideră că localitatea este deșert medical Deșertificare medicală calculată: scăzută	femei
politici care vizează capitalul uman	„alți actori implicați” mai tineri	MF mai în vârstă
reglementări	(MF), (Administrație locală), (asistent medical), (asistent medical comunitar)	Are în îngrijire un adult
impunerea stagiilor obligatorii pentru absolvenți	Consideră că localitatea este deșert medical Nivel scăzut de furnizare a serviciilor spitalicești	-

* Asocierile menționate în căsuțele tabelului sunt semnificative la valorile $p < .05$ (sau la $p < .10$ dacă este trecut între paranteze).

Tabelul 20 a permis compararea principalelor seturi de soluții. Le-am comentat în cele ce au urmat, utilizând și rezultatele unor analize pe care nu le-am prezentat, dar care au avut în vedere efectele caracteristicilor personale ale respondenților și asocierile cu indicii deșertificării¹¹. Tabelul 21 înfățișează aceste asocieri. Se poate observa că variațiile de la o categorie la alta nu sunt, în realitate, substanțiale. Medicii de familie sunt cei care sunt mai interesați de susținere în deșerturile medicale, precum și de creșteri financiare și avantaje pentru personalul medical (alți medici nu dovedesc o asemenea înclinație de a susține, mai mult decât o fac alte categorii, aceste două tipuri de soluții). La controlul altor caracteristici, administrația locală nu s-a comportat altfel decât alții în ce privește susținerea soluțiilor care presupun investiții, în timp ce în rândul medicilor de familie există o ușoară tendință de a arăta mai puțin interes pentru investiția în unități noi. Situația localității joacă un rol foarte puțin sau deloc important.

Mesaje de reținut

Sondajul online plasează majoritatea reprezentărilor legate de soluții în terenul Ministerului Sănătății. Cele mai multe soluții se referă la creșterea remunerațiilor și avantajelor, precum și la acordarea (gratuită/subvenționată) a diverselor facilități, inclusiv echipamente sau imobile. Medicii de familie rezonează mai mult cu acest gen de soluții.

¹¹ Am folosit modele logistice pe mai multe niveluri, pentru fiecare set de soluții, cu respondenții deserviți în localități, similar analizelor realizate în capitolele anterioare.

Și din interviuri reiese faptul că Ministerul Sănătății este un factor cheie în abordarea problematicii deșerturilor medicale. De asemenea, se remarcă importanța acordată autorităților locale, actori care sunt în măsură să acorde facilități care ar putea convinge profesioniștii din domeniul sănătății să se stabilească în zone îndepărtate, reducând astfel actualul deficit.

Soluțiile se concentrează pe creșterea fondurilor publice alocate sănătății, cunoașterea nevoilor comunităților și educarea pacienților în sensul preocupării față de propria sănătate.

Concluzii și implicații la nivel de politici

Contextul național a indicat faptul că, în ultimii ani, economia României a înregistrat o creștere fără precedent, venituri în creștere ale gospodăriilor, precum și o reducere susținută a sărăciei. Expansiunea economică este vizibilă și la capitolul factori tehnologici, ținând cont că accesul la telefoane mobile inteligente și accesul la internet a crescut considerabil în ultimii 5 ani, deși rata alfabetizării digitale a înregistrat o creștere mult mai mică. În ciuda creșterii economice, cheltuielile pentru sănătate au rămas la un nivel foarte scăzut, lucru care se reflectă în starea de sănătate a populației și în speranța de viață extrem de scăzută comparativ cu nivelul UE.

Pe tot parcursul analizei media, în prim plan s-a regăsit deficitul alarmant de resurse umane atât din Tulcea, cât și din Vrancea, care împiedică accesul la servicii medicale în cele două județe. De asemenea, analiza media explorează factorul geografic în furnizarea serviciilor medicale, evidențiind problemele mari de accesibilitate existente în județul Tulcea, unde multe localități sunt accesibile numai cu barca sau elicopterul.

În urma realizării studiului de față, s-a constatat un nivel scăzut de conștientizare a sensului și implicațiilor unui deșert medical. Termenul în sine creează confuzie, însă dincolo de denumire, există confuzie și în ce privește abordarea deșertificării medicale. Două localități catalogate ca deșerturi medicale potrivit datelor existente au fost alese ca studii de caz. Acestea oferă imagini contrastante din punct de vedere al consecvenței între clasificarea și reprezentările actorilor locali. Deși sunt departe de ceea ce presupun actualele standarde în materie de asistență medicală corespunzătoare, actorii implicați din comuna Păulești nu își cataloghează localitatea ca deșert medical pentru simplul fapt că este într-o situație mai bună acum decât în trecut. Puterea cadrului de referință este evidentă. Actorii implicați din Sfântu Gheorghe confirmă clasificarea localității lor ca deșert medical. Ba chiar definesc întreaga lor zonă drept deșert medical.

Simpla definiție a deșerturilor medicale nu este suficientă. Trebuie precizat care elemente sunt de inclus în dezbateri (ce gen de servicii medicale) și cum anume (ca și distanță, densitate, și categorii de populație care sunt relevante în calculele respective). Situațiile opuse din cele două localități relevă lipsa dialogului public pe această temă și accesul scăzut la diferite modele de furnizare a serviciilor de sănătate. Practic, este necesar să înțelegi cum poate fi organizată furnizarea de servicii medicale și cum pot interveni în proces factorii de reglementare.

De-a lungul raportului, sunt indicii că asistența medicală ocupă un loc central, în timp ce prevenirea este considerată mai puțin esențială. Excepțiile se regăsesc în rândul medicilor de familie (unde argumentele pro domo subliniază propriul rol), și în cazul localităților cu grad mai mare de deșertificare. În cadrul interviurilor în profunzime, medicii de familie au fost menționați în mod clar ca având un rol de filtru, de prim contact, cei care îi ajută pe oameni să acceseze sistemul de sănătate. În privința distincției între prevenire și tratament, aceasta este făcută rar de către respondenți. În discuții mai aprofundate, relația dintre pacienți și medicul lor de familie este înfățișată ca fiind nucleul întregului sistem de asistență medicală. Mai mult, o parte importantă a culturii care ar trebui promovată în materie de sănătate presupune ca pacienții să cultive relația cu medicii lor de familie și să aprecieze importanța acestora.

Atunci când ai condiții mai bune la nivelul localității, tendința este să îți crești așteptările. Indiferent de poziția lor în cadrul sistemului și de faptul că sunt sau nu cadre medicale, activiști, decidenți etc., atunci când locuiesc în deșerturi medicale, actorii implicați tind să își ajusteze așteptările la situația existentă și să-și coboare considerabil limitele de acceptabilitate. Astfel lasă loc reglementării la nivel național a limitelor deșertificării medicale și stabilirii unor standarde mai ridicate.

Distanțele relevante se înscriu în intervalul 3-5 kilometri pentru medicii de familie, respectiv 20-30 de kilometri pentru spitale. Chiar și atunci când sunt amplasate la distanțe mai mari, spitalele pot fi considerate relevante. În

reprezentările actorilor implicați, distanța este singura componentă principală de avut în vedere, densitatea și timpul de deplasare fiind cel mult secundare ca importanță.

Totuși, se pare că abordarea actorilor implicați depinde într-o oarecare măsură de lipsa cunoștințelor legate de subiectul în cauză. Cel mai mult aceștia susțin că ,standardele' (care sunt destul de confuz definite ca termen) ar trebui stabilite în mod normativ, de către ,experți'. Abordările relative care presupun comparații cu nivelurile regionale sau naționale nu sunt nici respinse, nici susținute, iar aplicarea standardelor internaționale ca și cadru de referință este mai degrabă respinsă. Implicația imediată pentru campaniile de comunicare este aceea că acestea ar trebui să se refere, pe de o parte, la opiniile formulate de experții în politici de sănătate. Pe de altă parte, ar fi util ca ele să ofere exemple clare, în special exemple de localități care sunt în situații similare, dar care au acces sporit la servicii medicale.

Reprezentările actorilor implicați au relevat șase tipuri principale de soluții care ar fi valabile și legitime din punctul lor de vedere:

1. facilități pentru furnizarea de servicii în deșerturi medicale
2. investiții în infrastructură
3. mai multe avantaje pentru personalul medical
4. politici care vizează capitalul uman
5. reglementări
6. impunerea stagiilor obligatorii pentru absolvenți

Unele dintre aceste propuneri nu sunt fezabile, cum ar fi cea referitoare la obligația proaspeților absolvenți de a efectua un stagiul în deșerturile medicale, o măsură care probabil ar fi lipsită și de etică, și de respect, atât în ce îi privește pe localnicii deșerturilor medicale, cât și pe tinerii absolvenți.

Însă, soluțiile enumerate în capitolul dedicat acestora scot în evidență faptul că răspunsurile celor chestionați, atât prin interviurile în profunzime, cât și prin sondajul online, au inclus o combinație de intervenții financiare, demersuri instituționale, și argumente care au vizat capitalul uman, acesta din urmă privit din punct de vedere al numărului de cadre medicale, al competențelor și al eticii personalului medical.

Autoritățile de la nivel central sunt considerate ca fiind principalul agent în domeniu, în multe cazuri fiind alocate roluri importante organismelor centrale cu mai puține atribuții în ceea ce privește subiectul aflat în dezbatere.

Per ansamblu, principala concluzie este aceea că este necesară o dezbatere pe trei paliere:

- Creșterea nivelului de conștientizare a subiectului, invocarea opiniei experților și oferirea de modele de intervenție medicală. Campaniile de comunicare ar trebui să se adreseze tuturor tipurilor de actori implicați, însă trebuie adaptate cu luarea în considerare a aspectelor detaliate în raportul de față.
- Esența rămâne însă aceea de a analiza motivele pentru care distanța nu este singurul element de avut în vedere, modalitățile de finanțare a furnizării serviciilor medicale, și ce anume presupune în practică echitatea în accesul la serviciile medicale. Este necesară, totodată, o discuție sinceră privind salariile în contextul societății românești, impozitarea și disparitățile regionale.
- Poate fi avută în vedere și o discuție privind responsabilitățile autorităților locale ai căror cetățeni accesează servicii medicale în afara localității, respectiv autoritățile locale în localitățile cărora vin oameni din alte părți pentru servicii medicale. De exemplu, dacă o localitate finanțează o farmacie accesată de locuitorii altor localități, aceasta practic beneficiază de pe urma acestor clienți din afară, căci ei cresc volumul vânzărilor în

respectiva farmacie, ceea ce reduce costurile variabile și crește eficiența. Dezavantajul aici ar fi o creștere a timpilor de așteptare în cazul în care oferta este prea mică în comparație cu cererea existentă.

Referințe bibliografice

Aspalter, C. (2020). Back to the origins: The ideal-type methodology in social sciences as developed by Max Weber. Pp. 90-104 in Aspalter, C. (Ed.). *Ideal types in comparative social policy*. Routledge.

Casa National de Asigurari de Sanatate, Raport de activitate ianuarie-decembrie 2021; [Online] Available at: <https://cnas.ro/wp-content/uploads/2022/05/Raport-CNAS-2021-final-27-aprilie-2022.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control, 2022. European Centre for Disease Prevention and Control, COVID-19 Vaccine Tracker; situation update for the EU/EEA, as of 27 April 2022. [Online] Available at: <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/covid-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>

European Commission, 2016. Romania: Health Care & Long-Term Care Systems. In: *Point Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability*, as Institutional Paper 37 Volume 2 - Country Documents. Brussels: European Commission, pp. 212-435.

Eurostat database, Excess mortality by month; situation update as of 27 April 2022. [Online] Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MEXRT__custom_309801/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=26981184-4241-4855-b18e-8647fc8c0dd2

G4, 2022. Legea asistenței medicale mobile, adoptată în unanimitate de Camera Deputaților. Locuitorii din zone vulnerabile vor beneficia de asistență medicală prin cabinete mobile și caravane medicale. [Online] Available at: <https://www.g4media.ro/legea-asistentei-medicale-mobile-adoptata-in-unanimitate-de-camera-deputatilor-locuitorii-din-zone-vulnerabile-vor-beneficia-de-asistenta-medicala-prin-cabinete-mobile-si-caravane-medicale.html>

Guvernul Romaniei, 2017. ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ nr. 18 din 27 februarie 2017 privind asistența medicală comunitară; MONITORUL OFICIAL nr. 154 din 1 martie 2017, Bucuresti : Monitorul Oficial .

Heilmann, F., Reitzenstein, A., Popp, R. & Amon, A., 2019. The political economy of the low carbon transition; Climate & Energy Snapshot: Romania, s.l.: E3G.

Hekman, S. J. (1983). Weber's ideal type: A contemporary reassessment. *Polity*, 16(1), 119-137.

INS, 2017. Repere economice și sociale regionale: Statistică teritorială, Bucuresti: Institutul Național de Statistică.

Ministerul Afacerilor Externe, 2018. Date generale. [Online] Available at: <https://ue.mae.ro/romania/137>

Ministerul Dezvoltării, Lucrărilor Publice și Administrației, 2021. Numărul și clasificarea UAT-urilor și sectoarelor din România. [Online] Available at: http://www.dpfbf.mdrap.ro/nr_uat-uri.html

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021. State of Health in the EU Romania; Country Health Profile 2021, Brussels: OECD Publishing.

Vladescu, C. et al., 2016. Romania: Health system review. *health Systems in Transition*, 18(4), pp. 1-170.

Voicu, B. (2006). Cât de săraci sunt românii: abordări subiective și consensuale. *Calitatea vieții*, 17(1-2), 93-116.

World Health Organization, 2005. Highlights on health in Romania, Copenhagen: WHO.

World Health Organization, 2012. Evaluation of Structure and Provision of Primary Care in Romania, Copenhagen: WHO.

World Vision, 2020. Inequalities in Romania, Bucharest: World Vision.

Anexa 1. Fișă de Țară pentru România

ROMANIA COUNTRY FICHE											
INDICATOR	Most recent data		Year of the most recent data/ Change in last 5 years (+/-/=)							Source URL	
		2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015		2014
Country Context											
Total Population	19,261,714			19,261,714	19,375,835	19,483,840	19,592,933	19,706,424	19,822,250	-	http://statistici.inse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/inse-table
Population density (people per square km2)	93p/km2	-	-	-	93p/km2	83p/km2	82.4p/km2	79.88p/km2	93.5p/km2	-	https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/tendinte_sociale.pdf
Distribution of population	10,373,366 urban	-	-	10,373,366 urban- 54%	10,458,061 urban- 54%	10,487,094 urban- 54%	10,521,118 urban- 54%	10,586,210 urban-54%	10,671,868 urban-54%	-	http://statistici.inse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/inse-table
	8,888,348 rural	-	-	8,888,348 rural- 46%	8,917,774 rural- 46%	8,996,746 rural- 46%	9,071,815 rural- 46%	9,120,214 rural- 46%	9,150,382 rural- 46%	-	http://statistici.inse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/inse-table
Net migration	21,031	-	-	21,031	26,775	27,229	23,156	22,807	15,235	-	http://statistici.inse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/inse-table
Temporary emigrants	192,631	-	-	192,631	233,736	231,661	242,193	207,578	194,718	-	http://statistici.inse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/inse-table
Economic context											
Total GDP (current US\$)	248.716 billion US dollars	-	-	248.716 billion US dollars	249.882 billion US dollars	241.457 billion US dollars	211.695 billion US dollars	188.129 billion US dollars	177.729 billion US dollars	-	https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?end=2020&locations=RO&start=2011
GDP growth (annual %)	-3.930	-	-	-3.930	4.188	4.475	7.319	4.703	2.954	-	https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?end=2020&locations=RO&start=2011
GDP per capita (current US\$)	12,896.089 USD	-	-	12,896.089	12,899.346	12,398.982	10,807.009	9,548.587	8,969.149	-	https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=RO
GINI coefficient score	0.34	-	-	-	0.34	0.33	0.36	0.34	0.36	0.36	https://www.statista.com/statistics/873389/gini-index-score-of-romania/
Technological context											
Access to internet (% coverage)	80.8%	-	80.8%	78.2%	75.7%	72.4%	68.6%	65%	-	-	https://insse.ro/cms/ro/content/accesul-populatiei-la-tehnologia-informatiilor-si-comunicatiilor-in-anul-2021
% of people with smartphones	67.27%	-	67.27%	63.27%	58.37%	52.59%	46%	38.7%	-	-	https://www.statista.com/statistics/568223/predicted-smartphone-user-penetration-rate-in-romania/
Digital skills/literacy	31%	-	-	-	31%	29%	28%	26%	-	-	https://apssso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=isoc_sk_dskl_i&lang=en
Environmental context											
Mortality caused by road traffic injury (per 100,000 population)	10.3	-	-	-	10.3	10.2	10.6	10.3	10	10	https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.TRAF.P5?locations=RO
Logistics performance index: Quality of trade and transport-related infrastructure (1=low to 5=high)	2.910	-	-	-	-	2.910	-	2.882	-	2.773	https://data.worldbank.org/indicator/LP.LPI.NFR.XQ?locations=RO

INDICATOR	Most recent data		Year of the most recent data/ Change in last 5 years (+/-/=)								Source URL
		2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	
Country Context											
Health System Context											
Health Status and Disease Rates											
Life expectancy at birth - total	74.2	-	-	74.2	75.6	75.3	75.2	75.2	74.9	-	https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do
Life expectancy at birth - women	79.5	-	-	78.4	79.5	79.2	79	79	78.6	-	
Life expectancy at birth - men	70.5	-	-	70.5	71.9	71.7	71.6	71.6	71.4	-	
Under-5 mortality rate (per 1000 live births)	1.3	-	-	1.3	1.3	1.5	1.6	1.6	1.7	-	http://statistici.inse.ro/8077/tempo-online/#pages/tables/inse-table
Infant mortality rate (per 1000 live births)	1.22	-	-	-	-	1.22	1.37	1.41	1.51	1.63	https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_ainfr&lang=en
Covid-19 (total number of cases per 100,000 population)	14,456	14,456	-	-	-	-	-	-	-	-	https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea
Covid-19 (total number of deaths per 100,000)	333.43	333.43	-	-	-	-	-	-	-	-	https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea
Unmet health care needs for medical examination or treatment (%)	3.6	-	-	3.6	3.5	3.4	3.5	5.3	8.3	-	https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_slc_08/default?lang=en
Healthcare expenditure and benefits											
Health spending as % of GDP	5.77%	-	-	-	5.77%	5.56%	5.15%	5%	4.94%	5.02%	https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm
Total health spending per capita (PPP)	1,895 US dollars/capita	-	-	-	1,895	1,664.3	1,413.9	1,251	1,087.3	1,047.8	https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm
Health spending per sector of health care (eg. primary care)	1,895 US dollars/capita	-	-	-	1,895	1,664.3	1,413.9	1,251	1,087.3	1,047.8	https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm
Out of pocket spending on health care per capita (Current \$US)	357.5	-	-	-	357.5	323.8	289.7	289.7	231.4	212.8	https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm
Health System Structure											
Percentage distribution of health care provision - public											
GP	1,453	-	-	1,453	1,050	886	844	813	824	-	http://statistici.inse.ro/8077/tempo-online/#pages/tables/inse-table
Ambulatory Care (daily care):	9,956	-	-	-	9,956	6,322	-	-	-	-	
Hospital beds	125,165	-	-	125,165	125,144	125,034	125,265	125,294	125,482	-	https://insse.ro/cms/rq/tags/activitatea-unitatilor-sanitare
Percentage distribution of health care provision - private											
GP	10,971	-	-	10,971	11,137	11,141	11,341	11,521	11,509	-	http://statistici.inse.ro/8077/tempo-online/#pages/tables/inse-table
Ambulatory Care (daily care):	3,355	-	-	-	3,355	1,179	-	-	-	-	
Hospital beds	9,518	-	-	9,518	9,063	8,147	7,215	6,983	6,667	-	

Anexa 2. Studii luate în considerare în revizuirea literaturii de specialitate

- Allan, D. P. (2014). Catchments of general practice in different countries—a literature review. *International journal of health geographics*, 13(1), 1-15.
- Ambroise, B., Benateau, H., Prevost, R., Traore, H., Hauchard, K., Dia, H., & Veyssière, A. (2018). The contribution of telemedicine to humanitarian surgery. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 46(8), 1368-1372.
- Andrès, E., Talha, S., Hajjam, M., & El Hassani, A. H. (2019). Telemedicine for Chronic Heart Failure: An Update. Pp. 7-21 in Giuseppe Rescigno, Michael S. Firstenberg, eds., *Topics in Heart Failure Management*, intechopen, DOI: 10.5772/intechopen.74704.
- Apparicio, P., Gelb, J., Dubé, A. S., Kingham, S., Gauvin, L., & Robitaille, É. (2017). The approaches to measuring the potential spatial access to urban health services revisited: distance types and aggregation-error issues. *International journal of health geographics*, 16(1), 1-24.
- Babić, R., Milošević, Z., & Babić, G. (2012). Teleradiology-Radiology at Distance. *Acta Facultatis Medicae Naissensis*, 29(3).
- Barlet, M., Collin, C. "Localisation des professionnels de santé libéraux." *Comptes nationaux de la santé* (2009): 27-56.
- Barrios González, M. C., & Schorn, J. (2009). Accesibilidad a los servicios de salud y educación: una clasificación de las entidades de población en Tenerife. *Ciudad Y Territorio Estudios Territoriales (CyTET)*, 41(159), 103-116.
- Batenburg, R., Wieggers, T., Ruizendaal, W., Verheij, R., & De Bakker, D. (2015). De NIVEL Zorgmonitor Krimpgebieden Resultaten van een quick scan en conceptueel monitorontwerp. *Utrecht: Nivel*.
- Bhattarai, N., Mcmeekin, P., Price, C. I., & Vale, L. (2019). Preferences for centralised emergency medical services: discrete choice experiment. *BMJ open*, 9(11), e030966.
- Bigoteau, M., Grammatico-Guillon, L., Massot, M., Baudet, J. M., Cook, A. R., Duroi, Q., ... & Khanna, R. K. (2021). Ambulatory surgery centers: possible solution to improve cataract healthcare in medical deserts. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, 47(3), 352-357.
- Bryan, D. (2019). Promoting Maternal Health in Rural and Underserved Areas. *Mercatus Policy Brief*, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3562255> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3562255>
- Bühn, S., Holstiege, J., & Pieper, D. (2020). Are patients willing to accept longer travel times to decrease their risk associated with surgical procedures? A systematic review. *BMC public health*, 20(1), 1-10.
- Burton, A. W. Disparities in Pain Care Treatment In The Socioeconomic World.
- Buzza, C., Ono, S. S., Turvey, C., Wittrock, S., Noble, M., Reddy, G., Kaboli, P. J., & Reisinger, H. S. (2011). Distance is Relative: Unpacking a Principal Barrier in Rural Healthcare. *Journal of General Internal Medicine*, 26(2), 648–654.
- Cardillo, G., Fusco, C., Nunzia Mucci, M., Occhino, T., Picucci, A., Xilo, G. (2021). *Associazionismo e Attuazione - I comuni alla prova della realizzazione della Strategia nazionale per le aree interne*, Roma: Formez.PA. Retrieved online 24th August 2021, http://www.formez.it/sites/default/files/associazionismo_e_attuazione_def_.pdf

- Chambers, D., Cantrell, A., Baxter, S. K., Turner, J., & Booth, A. (2020). Effects of increased distance to urgent and emergency care facilities resulting from health services reconfiguration: a systematic review.
- Chevillard, G., Lucas-Gabrielli, V., Mousquès, J., & Dill, L. L. (2018). "Medical deserts" in France: Current state of research and future trends. *LEspace géographique*, 47(4), 362-380.
- Chiorazzo, V., D'Autilia, M.L., Flaccadoro, E., Marra, L., Romano, M. (2020). *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma: Corte dei Conti. Retrieved online 24th August 2021, <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5380690.pdf>
- Clarke, R., & MacDonald, C. (2018). *Can healthcare policy and technology heal rural-urban divides?*, OECD
- Cournoyer, JB, Boulton, G., Iatrou, G., Murauskiene, L., Weissman, T., Curea, D., Furtunescu, F. 2021. Studii complete de fezabilitate pentru trei spitale regionale din România. CLUJ.
- Derrendinger, I. (2020). Les nouvelles voies d'accès aux études de santé. *Sages-Femmes*, 19(3), 48-50.
- Dubas-Jakóbczyk, K., Albrecht, T., Behmane, D., Bryndova, L., Dimova, A., Džakula & Quentin, W. (2020). Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: A comparative analysis. *Health Policy*, 124(4), 368-379.
- Fischer, T. (2021). Understanding the Spatial-Related Abstraction of Public Health Impact Goals and Measures: Illustrated by the Example of the Austrian Action Plan on Women's Health. *Sustainability*, 13(2), 773.
- Freeman, V. L., Naylor, K. B., Boylan, E. E., Booth, B. J., Pugach, O., Barrett, R. E., ... & McLafferty, S. L. (2020). Spatial access to primary care providers and colorectal cancer-specific survival in Cook County, Illinois. *Cancer medicine*, 9(9), 3211-3223.
- Garattini, L., Martini, M. B., & Nobili, A. (2021). The Italian NHS in Lombardy and Veneto: near but far. *Internal and Emergency Medicine*, 1-3.
- Gavriliuc, M., Lozan, O., & Grumeza, A. (2011). Telemedicina în neurologie. Perspective în activitatea de cercetare. Pp. 239-244 in Andronic L., Lișii T., eds. *The current problems of organization and self-organization of research and development system in the Republic of Moldova*. Chișinău: Academia de Științe R. Moldova
- Ghorbanzadeh, M., Kim, K., Ozguven, E. E., & Horner, M. W. (2021). Spatial accessibility assessment of COVID-19 patients to healthcare facilities: A case study of Florida. *Travel Behaviour and Society*, 24, 95-101.
- Gideon, D., Buebel, B., & Zaccagnini, N. (2015). When the Hospital is the Patient: Closing a Hospital Requires Careful Planning. *Huron Consulting Group Inc.*
- Hartmann, L., Ulmann, P., & Rochaix, L. (2006). Access to regular health care in Europe. *Revue française des affaires sociales*, (6), 115-132.
- Haynes, R., Benthams, G., Lovett, A., & Gale, S. (1999). Effects of distances to hospital and GP surgery on hospital inpatient episodes, controlling for needs and provision. *Social science & medicine*, 49(3), 425-433.
- Janes, R., & Dowell, A. (2004). New Zealand rural general practitioners 1999 survey--part 3: rural general practitioners speak out. *The New Zealand Medical Journal (Online)*, 117(1191).

- Janes, R., Dowell, A., & Cormack, D. (2001). New Zealand Rural General Practitioners 1999 Survey-Part 1: An overview of the rural doctor workforce and their concerns. *New Zealand Medical Journal*, 114(1143), 492.
- Jang, W. M., Lee, J., Eun, S. J., Yim, J., Kim, Y., & Kwak, M. Y. (2021). Travel time to emergency care not by geographic time, but by optimal time: A nationwide cross-sectional study for establishing optimal hospital access time to emergency medical care in South Korea. *Plos one*, 16(5), e0251116.
- Kaneko, M., Ohta, R., Vingilis, E., Mathews, M., & Freeman, T. R. (2021). Systematic scoping review of factors and measures of rurality: toward the development of a rurality index for health care research in Japan. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-11.
- Kim, Y., Byon, Y. J., & Yeo, H. (2018). Enhancing healthcare accessibility measurements using GIS: A case study in Seoul, Korea. *PloS one*, 13(2), e0193013.
- Kralj, B. (2000). Measuring “rurality” for purposes of health-care planning: an empirical measure for Ontario. *Ont Med Rev*, 67(9), 33-52.
- Kuhl, C. Addressing inequities in access to health care for vulnerable groups in countries of the European region.
- Leemhuis, J. S. (2020). A question of (social) geography? -Mental health stigma and help-seeking behavior for depressive symptoms among individuals living in rural and urban areas: A literature review (Master's thesis, University of Twente).
- Leimane, I. (2017). *Health workforce for tuberculosis treatment and support in the Republic of Moldova. Assessment report*, Chişinău: centrul PAS.
- Lubi, K., Uibu, M., Koppel, K., & Mets-Oja, S. (2020). The rising impact of civic activism on health policy: The analysis of the closure of smaller obstetric units in Estonia. *Health Policy*, 124(11), 1239-1244.
- Lucas, G., Bielska, I. A., Fong, R., & Johnson, A. P. (2018). Rural-urban differences in use of health care resources among patients with ankle sprains in Ontario. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 23(1), 7-14.
- Lucas-Gabrielli, V., Nestrigue, C., & Coldefy, M. (2016). Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée (APL). *IRDES [Internet]*.
- Lynch, B. (2019). *Reconfiguration of emergency and urgent care systems in Ireland from 2006: analysis of quantitative performance indicators at a population level* (Doctoral dissertation, University College Cork).
- Mahé, E., Beauchet, A., Reguiat, Z., Maccari, F., Ruer-Mulard, M., Chaby, G., ... & Resopso, G. (2017). Socioeconomic inequalities and severity of plaque psoriasis at a first consultation in dermatology centers. *Acta dermato-venereologica*, 97(5), 632-638.
- Marchildon, G. P. (2018). A Policy Research Agenda for Health Systems in Canada's North. *HealthcarePapers*, 17(3), 35-40.
- McKinnon, K. J. (2017). *Telemedicine: An Augmentation Strategy to Mitigate Primary Care Shortage* (Doctoral dissertation, Walden University).
- Mizrahi, A., & Mizrahi, A. (2010). La densité répartie: un instrument de mesure des inégalités géographiques d'accès aux soins. *Villes en parallèle*, 44(1), 94-113.

- Mocanu, V., Volovei, I., Volovei, V., & Mocanu, I. (2016). Regionalizarea serviciilor spitalicești în opinia medicilor și a experților. *Revista de Știință, Inovare, Cultură și Artă „Akademos”*, 42(3), 116-123.
- Naylor, K. B., Tootoo, J., Yakusheva, O., Shipman, S. A., Bynum, J. P., & Davis, M. A. (2019). Geographic variation in spatial accessibility of US healthcare providers. *Plos one*, 14(4), e0215016.
- ORCAO, Ana Isabel Escalona; CORNAGO, Carmen Díez. Retos y problemas de la accesibilidad a servicios en zonas despobladas: un caso en la provincia de Teruel (España). *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 2005, vol. 9, no 181-204.
- Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. 2019. AAA in Italia cercasi medici disperatamente, 18 April 2019, retrieved on 24th August from <https://www.osservatoriosullasalute.it/news/aaa-in-italia-cercasi-medici-disperatamente>
- Parsons, K., Gaudine, A., & Swab, M. (2019). Experiences of older adults accessing specialized healthcare services in rural or remote areas: a systematic review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 17(9), 1909-1914.
- Picucci, A., Rigoni, A., Xilo, G. (2020). *I processi di digitalizzazione nelle aree interne*, Roma: Formez.PA
- Picucci, A., Rigoni, L., Xilo, G. (2020). *I processi di digitalizzazione nelle aree interne*, Roma: Formez.PA. Retrieved online 24th August 2021, http://www.formez.it/sites/default/files/i_processi_di_digitalizzazione_nelle_ai-.pdf
- Rechel, B., Džakula, A., Duran, A., Fattore, G., Edwards, N., Grignon, M., ... & Smith, T. A. (2016). Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries. *Health Policy*, 120(7), 758-769.
- Roberts, A., Blunt, I., & Bardsley, M. (2014). Focus on: distance from home to emergency care. *Qual Watch*, 1-46.
- Salih, T., Martin, P., Poulton, T., Oliver, C. M., Bassett, M. G., & Moonesinghe, S. R. (2021). Distance travelled to hospital for emergency laparotomy and the effect of travel time on mortality: cohort study. *BMJ quality & safety*, 30(5), 397-406.
- Stan S, Erne R. (2021). Time for a paradigm change? Incorporating transnational processes into the analysis of the emerging European health-care system. *Transfer: European Review of Labour and Research*. 27(3):289-302.
- Stan, S., & Toma, V. V. (2019). Accumulation by dispossession and public–private biomedical pluralism in Romanian health care. *Medical anthropology*, 38(1), 85-99.
- Statz, M., & Evers, K. (2020). Spatial barriers as moral failings: What rural distance can teach us about women's health and medical mistrust author names and affiliations. *Health & place*, 64, 102396
- Steinhaeuser, J., Otto, P., Goetz, K., Szecsenyi, J., & Joos, S. (2014). Rural area in a European country from a health care point of view: an adaption of the Rural Ranking Scale. *BMC health services research*, 14(1), 1-6.
- Tao, Z., Cheng, Y., & Liu, J. (2020). Hierarchical two-step floating catchment area (2SFCA) method: measuring the spatial accessibility to hierarchical healthcare facilities in Shenzhen, China. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1-16.
- Turnbull, J., Martin, D., Lattimer, V., Pope, C., & Culliford, D. (2008). Does distance matter? Geographical variation in GP out-of-hours service use: an observational study. *British Journal of General Practice*, 58(552), 471-477.

- Vallée, J., Shareck, M., Le Roux, G., Kestens, Y., & Frohlich, K. L. (2020). Is accessibility in the eye of the beholder? Social inequalities in spatial accessibility to health-related resources in Montréal, Canada. *Social science & medicine*, 245, 112702.
- Vaughan, L., & Edwards, N. (2020). The problems of smaller, rural and remote hospitals: Separating facts from fiction. *Future healthcare journal*, 7(1), 38.
- Vaughan, L., & Edwards, N. (2020). The problems of smaller, rural and remote hospitals: Separating facts from fiction. *Future healthcare journal*, 7(1), 38.
- Véran, O. (2013). Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public. *Les Tribunes de la sante*, (2), 77-85.
- Verma, V. R., & Dash, U. (2020). Geographical accessibility and spatial coverage modelling of public health care network in rural and remote India. *Plos one*, 15(10), e0239326.
- Vermanen, J., Heijkant, J., Ros, J. (2020). Spoedeisende hulp niet overal goed bereikbaar: waar liggen de 'zorgwoestijnen'?, *Pointer*, 25 september 2020, retrieved on 21st August from <https://pointer.kro-ncrv.nl/spoedeisende-hulp-niet-overal-goed-bereikbaar-waar-liggen-de-zorgwoestijnen#gs.6xyv0i>
- Wang, X., Yang, H., Duan, Z., & Pan, J. (2018). Spatial accessibility of primary health care in China: a case study in Sichuan Province. *Social Science & Medicine*, 209, 14-24.
- White-Means, S., Dapremont, J., Davis, B. D., & Thompson, T. (2020). Who can help us on this journey? African American woman with breast cancer: Living in a city with extreme health disparities. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1126.
- Xia, T., Song, X., Zhang, H., Song, X., Kanasugi, H., & Shibasaki, R. (2019). Measuring spatio-temporal accessibility to emergency medical services through big GPS data. *Health & place*, 56, 53-62.
- Zaahirah, M., Juni, M. H., & Rosliza, A. M. (2018). Planning theories in primary health care planning. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 5(4), 12-28.
- Zhao, P., Li, S., & Liu, D. (2020). Unequable spatial accessibility to hospitals in developing megacities: New evidence from Beijing. *Health & place*, 65, 102406.

Anexa 3. Lista articolelor luate în considerare în analiza media

Adevarul.ro, 2022. Coșmarul locuitorilor Deltei Dunării, nevoiți să se trateze singuri din lipsă de medici, 09.02.2022. Available at: https://adevarul.ro/locale/tulcea/cosmarul-locuitorilor-deltei-dunarii-nevoiti-trateze-singuri-lipsa-medici-1_620399ea5163ec4271c1c45a/index.html

Agerpres, 2019. Vrancea: Linia de gardă de medicină generală de la Spitalul de Psihiatrie Cronici Dumbrăveni suspendată, din lipsă de medici, 02.05.2019. Available at: <https://www.agerpres.ro/sanatate/2019/05/02/vrancea-linia-de-garda-de-medicina-general-a-de-la-spitalul-de-psihiatrie-cronici-dumbraveni-suspendata-din-lipsa-de-medici--300581>

Antena Satelor , 2021. Deficit de medici, în județul Tulcea, 23.08.2021. Available at: <https://www.antenasatelor.ro/viata-la-tara/viata-la-tara/social/5315-deficit-de-medici,-in-județul-tulcea.html>

avp.ro, 2021. Raport special privind lipsa medicilor de familie din zona rurala si din zonele defavorizate sau greu accesibile, Bucuresti: Avocatul Poporului.

Europa FM, 2021. Vrancea: Tot mai multe sate rămân fără medici de familie. Mulți refuză să vină la țară sau pleacă în străinătate, 18.03.2021. Available at: <https://www.europafm.ro/vrancea-tot-mai-multe-sate-raman-fara-medici-de-familie-multi-refuza-sa-vina-la-tara-sau-au-plecat-in-strainatate-audio/>

Monitorul de Vrancea, 2019. Spitalul Județean Focșani, la târgul de joburi pentru medici din București, 16.10.2019. Available at: <https://www.monitoruldevrancea.ro/2019/10/16/galerie-foto-spitalul-judetean-focsani-la-targul-de-joburi-pentru-medici-din-bucuresti/>

Monitorul de Vrancea, 2021. Tulcea : Medici de familie, sancționați pentru absența de la programul din cabinet, 24.08.2021. Available at: <https://www.monitoruldevrancea.ro/2021/08/24/tulcea-medici-de-familie-sanctionati-pentru-absenta-de-la-programul-din-cabinet/>

Realitatea, 2021. Opt din cei 14 medici de familie din județul Tulcea vor fi sancționați, deoarece nu se aflau la cabinete în momentul unei verificări efectuate, săptămâna trecută, de Casa Județeană de Asigurări de Sănătate (CJAS). [Online] Available at: https://www.realitatea.net/stiri/actual/medici-de-familie-sanctionati-pentru-absenta-de-la-programul-din-cabinet-in-tulcea_61249c93851ae4325c110b92

Subiectiv Tulcea, 2019. Medici militari români și americani, consultații gratuite în satele izolate din Delta Dunării, 05.09.2019. Available at: <http://subiectivtulcea.ro/medici-militari-romani-si-americiani-consultatii-gratuite-in-satele-izolate-din-delta-dunarii/>

TeleM Iași , 2022. Vrancea | Nouă localități din județ nu au medici de familie de mai mulți ani, 21.01.2022. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=CBWzQfcDolk>

TL news, 2019. Spitalul Județean Tulcea își caută medici de ATI pe Facebook, 03.05.2019. Available at: <https://www.tlnews.ro/9198-2/>

TL news, 2019. Medicii de familie din Tulcea s-au întâlnit cu autoritățile locale. Printre subiectele discutate, serviciile și tratamentul bolnavilor cu afecțiuni oncologice, 06.03.2019. Available at: <https://www.tlnews.ro/medicii-de-familie-din-tulcea-s-au-intalnit-cu-autoritatile-locale-printre-subiectele-discutate-serviciile-si-tratamentul-bolnavilor-cu-afectiuni-oncologice/>

TL news, 2019. Reprezentanții instituțiilor publice locale din Tulcea și medicii de familie caută soluții împreună, 04.06.2019. Available at: <https://www.tlnews.ro/reprezentantii-institutiilor-publice-locale-din-tulcea-si-medicii-de-familie-cauta-solutii-impreuna/>

Tulcea Noastra , 2019. Salvați Copiii trage un semnal de alarmă: Rata mortalității infantile e de cinci ori mai mare în Tulcea decât în București, 04.12.2019. Available at: <https://www.tulceanoastra.ro/sanatate/salvati-copiii-trage-un-semnal-de-alarma-rata-mortalitatii-infantile-e-de-cinci-ori-mai-mare-in-tulcea-decat-in-bucuresti/>

Tulcea noastra, 2019. Ne pleacă medicii din spital! Sistemul de sănătate din Tulcea este din ce în ce mai bolnav... , 27.02.2019. Available at : <https://www.tulceanoastra.ro/sanatate/ne-pleaca-medicii-din-spital-sistemul-de-sanatate-din-tulcea-este-din-ce-in-ce-mai-bolnav/>

Tulcea Noastra, 2022. Județul Tulcea e pe locul doi național în topul mortalității la copii, 02.02.2022. Available at: <https://www.tulceanoastra.ro/social/judetul-tulcea-e-pe-locul-doi-national-in-topul-mortalitatii-la-copii/>

TVR, 2019. Maria nu a mers niciodată la medic: "M-am obișnuit de-acuma. Prin jumate de viață am trecut". Acum, a venit Caravana cu medici la ea, în unul dintre cele mai izolate locuri din România - Letea, 17.08.2019. Available at: http://stiri.tvr.ro/maria-nu-a-mers-niciodata-la-medic-----m-am-obisnuit-de-acuma--prin-jumate-de-viata-am-trecut--acum--a-venit-caravana-cu-medici-la-ea--in-unul-dintre-cele-mai-izolate-locuri-din-romania---letea_849130_foto.html#view

TVR, 2020. Situație dificilă în județul Vrancea din cauza lipsei medicilor infecționiști, 04.08.2020. Available at: http://stiri.tvr.ro/situa--ie-dificila-in-jude--ul-vrancea-din-cauza-lipsei-medecilor-infec--ioni--ti_867119.html#view

UMF Bucuresti , 2021. Raspunsul Universitatii de Medicina si Farmacie "Carol Davila" din Bucuresti, Bucuresti: Universitatea de Medicina si Farmacie "Carol Davila" din Bucuresti .

Wall-Street, 2021. Beesers, o aplicație mobilă care aduce spitalul acasă la tine. Cum ajută tehnologia la îmbunătățirea accesului la servicii medicale, 29.05.2021. Available at: <https://www.wall-street.ro/articol/Start-Up/273692/beesers-o-aplicatie-mobila-care-aduce-spitalul-acasa-la-tine-cum-ajuta-tehnologia-la-imbunatatirea-accesului-la-servicii-medicale.html>

Ziarul de Tulcea, 2020. Semnal: Cine e de vina pentru inchiderea spitalului Tulcea, 14.06.2020. Available at: <https://ziaruldetulcea.ro/semnal-cine-e-de-vina-pentru-inchiderea-spitalului-sulina/>

Ziarul de Vrancea, 2017. Lider sindical: Peste 14.000 de medici au emigrat în perioada 2009-2015, 05.03.2017. Available at : <https://www.ziaruldevrancea.ro/actualitatea/national/1588840965-mozaic-stiri-nationale-lider-sindical-pest-14-000-de-medici-au-emigrat-in-perioada-2009-2015.html>

Ziarul de Vrancea, 2019. Nouă medici au venit de la începutul anului la Spitalul Județean de Urgență Focșani, 06.02.2019. Available at: <https://www.ziaruldevrancea.ro/actualitatea/stiri-locale/noua-medici-au-venit-de-la-inceputul-anului-la-spitalul-judetean-de-urgenta-focsani>

Ziarul de Vrancea, 2022. „Rechizitoriul” sistemului sanitar făcut de o vrânceancă revoltată după ce sora ei a murit în Spitalul Județean Focșani, 14.02.2022. Available at: <https://www.ziaruldevrancea.ro/jurnalism-cetatenesc/rechizitoriul-sistemului-sanitar-facut-de-o-vranceanca-revoltata-dupa-ce-zilele-acestea-i-a-murit-sora-in-spitalul-judetean-focsani>

Ziarul Delta, 2019. Fara medici de familie in 12 comune din Tulcea. Available at: <https://ziaruldelta.ro/2019/05/13/fara-medici-de-familie-in-12-comune-din-tulcea/>, 13.05.2019

Ziarul Delta, 2018. Medicii de familie din municipiu au reclamat la prefectura preturile prea mari pentru cabinetele medicale, 21.01.2018. Available at: <https://ziaruldelta.ro/2018/01/31/medicii-de-familie-din-municipiu-au-reclamat-la-prefectura-preturile-prea-mari-pentru-cabinetele-medicale/>

Ziarul Delta, 2020. Peste jumatate dintre satele din delta nu au medici de familie, 05.02.2020. Available at: <https://ziaruldelta.ro/2020/02/05/peste-jumatate-dintre-satele-din-delta-nu-au-medici-de-familie/>

Ziarul Tulcea, 2021. Chiul in medicina de familie: trei medici tulceni, absenti nemotivat de la cabinete, 15.06.2021. Available at: <https://ziaruldelta.ro/2021/06/15/chiul-in-medicina-de-familie-trei-medici-tulceni-absenti-nemotivat-de-la-cabinete/>

Anexa 4. Chestionar pentru sondajul online

Sondaj despre deșertificare medicală în România

Vă invităm să participați la o cercetare care analizează provocările în a accesa serviciile medicale în anumite localități din România, având în vedere rolul instituțional și expertiza dumneavoastră.

Pentru aceasta este suficient să răspundeți la câteva întrebări, într-un chestionar a cărui completare durează aproximativ 15 minute.

Cercetarea este partea a proiectului „Acțiune pentru sănătate și echitate”([*Action for Health and Equity*](#))*. Scopul nostru este să obținem feedback de la specialiști și practicieni, pentru a dezvolta recomandări privind politici de sănătate adecvate nevoilor existente. Prin urmare, orice opinie este binevenită.

Vă mulțumim anticipat pentru răspunsuri**!

Echipa proiectului

* [Wemos](#) (Olanda) coordonează proiectul *Action for Health and Equity* în care mai sunt implicate Fundația Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate ([cpss.ro](#)), [Athena Institute - Vrije Universiteit Amsterdam](#) și o serie de alți parteneri din Italia, Serbia și Republica Moldova. Colectarea datelor este sprijinită de [Romanian Quantitative Studies Association](#).

** Menționăm că răspunsurile dvs. sunt anonime, urmând a fi prelucrate statistic. Chiar dacă link-ul pe care l-ați primit poate fi personalizat (software-ul pe care îl folosim nu menține în același loc răspunsurile și invitațiile de a răspunde).

Sondajul conține 97 întrebări.

Ocupație & Județ

Vă rugăm pentru început să ne spuneți ce ocupație aveți și din ce județ proveniți, pentru a ști din ce perspectivă priviți domeniul.

În ce județ vă exercitați profesia?

Vă rugăm să alegeți doar un răspuns dintre următoarele:

- | | | | | |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|
| • Alba | • Galați | • Maramureș | • Sibiu | • București |
| • Buzău | • Giurgiu | • Mehedinți | • Suceava | • Bihor |
| • Caraș-Severin | • Arad | • Mureș | • Teleorman | • Bistrița-Năsăud |
| • Călărași | • Gorj | • Neamț | • Timiș | • Botoșani |
| • Cluj | • Harghita | • Argeș | • Tulcea | • Brașov |
| • Constanța | • Hunedoara | • Olt | • Vaslui | • Brăila |
| • Covasna | • Ialomița | • Prahova | • Bacău | |
| • Dâmbovița | • Iași | • Satu Mare | • Vâlcea | |
| • Dolj | • Ilfov | • Sălaj | • Vrancea | |

Dacă sunt mai multe județe, vă rugăm să îl indicați pe cel pe care îl considerați principalul. Dacă nu doriți să răspundeți, puteți lăsa liber acest câmp.

Dvs. sunteți ...

Vă rugăm să selectați de la 1 până la 9 răspunsuri. Vă rugăm selectați **toate variantele** care corespund:

- | | |
|--|------------------------------|
| • Funcționar public sau Primar/Consilier Local/Consilier Județean etc. | • Medic de familie |
| • nu răspund | • Medic |
| • Niciuna dintre cele de mai sus | • Asistent medical |
| • Farmacist | • Asistent medical comunitar |
| • Membru al unei asociații a pacienților | |
| • Lucrați în mediul academic | |
| • Lucrați într-un ONG | |

Definire

Pentru fiecare dintre următoarele criterii, vă rugăm să indicați în ce măsură considerați adecvată definirea accesului la servicii medicale prin:

Vă rugăm să alegeți răspunsul potrivit pentru fiecare item:

	nu știu	Foarte mică	Mică	Mare	Foarte mare
Distanța până la medicul de familie					
Numărul de farmacii din localitățile limitrofe					
Timp de așteptare în farmacie					
Timpul de deplasare până la cea mai apropiată farmacie					
Numărul de farmacii din localitate raportat la 1000 de locuitori					
Distanța până la cea mai apropiată farmacie					
Numărul de servicii de tip spital de nivel 1-3 în localitățile limitrofe					
Timp de așteptare în spitalul de nivel 1-3					
Timpul de deplasare până la cel mai apropiat spital de nivel 1-3					
Numărul de spitale de nivel 1-3 în localitate raportat la 1000 de locuitori					
Distanța până la cel mai apropiat spital de nivel 1-3					
Populația (numărul) din localitățile limitrofe					
Numărul de medici de familie din localitățile limitrofe					
Timpul de așteptare la cabinetul medicului de familie					
Timpul de deplasare până la cabinetul medicului de familie					
Numărul de medici de familie din localitate raportat la 1000 de locuitori					

În tot acest chestionar nu există "răspunsuri bune" și "răspunsuri greșite", ci doar opinii. Ne interesează ce gândesc oamenii despre aceste lucruri.

Distanță

Dacă vă gândiți la distanța față de un cabinet de medicină de familie / un spital de nivel 1-3*** / o farmacie, există o anumită distanță maximă care ar trebui considerată standard minim?

(adică orice persoană să aibă un astfel de ofertant de servicii medicale la o distanță mai mică decât cea maximă)

Vă rugăm să alegeți răspunsul potrivit pentru fiecare item:

nu știu	nu este necesară o distanță minimă	1 km	10 km	11 km	12 km	13 km	14 km	15 km	16 km	17 km	18 km	19 km	2 km	20 km	21 km	22 km	23 km	24 km	25 km	26 km	27 km	28 km	29 km	3 km	30 km	31-40 km	4 km	41-50 km	5 km	51-60 km	6 km	61-70 km	7 km	peste 70 km	8 km	9 km
---------	------------------------------------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------	-------	----------	------	----------	------	----------	------	----------	------	-------------	------	------

Distanța până la medicul de familie

Distanța până la cel mai apropiat spital de nivel 1-3

Distanța până la cea mai apropiată farmacie

***nivel 1- 3 se refera la spitale de la categoria I (nivel de competență foarte înalt), până la categoria III (nivel de competență mediu);

Criterii

În ce măsură sunteți de acord cu fiecare dintre următoarele afirmații ...

Vă rugăm să alegeți răspunsul potrivit pentru fiecare item:

	Nu știu	În foarte mică măsură	În mică măsură	În mare măsură	În foarte mare măsură
densitatea populației are legătură cu accesul la serviciile de sănătate					
Oamenii din localitatea dumneavoastră merg în alte localități pentru tratament medical					
Oameni din alte localități vin în localitatea dumneavoastră pentru tratament medical					
Localitatea dvs. este dezavantajată din punct de vedere al asistenței medicale					
Există deșerturi medicale în județul dvs.					
localitatea dvs este un deșert medical?					

Dacă aveți în vedere deșertificarea medicală, vă rugăm să indicați pentru fiecare dintre următoarele 4 criterii, care este cel mai important, care este al doilea ca importanță etc.

Toate răspunsurile trebuie să fie diferite și clasate.

Vă rugăm să selectați cel mult 4 răspunsuri

Va rugam sa numerotati fiecare casuta in ordinea preferintelor, de la 1 la 6

- Nu știu/Criteriile sunt la fel de importante
- Nu doresc să răspund
- Distanța până la furnizorii de servicii medicale
- Timpul de deplasare până la furnizorii de servicii medicale
- Timpul de așteptare
- Numărul de locuitori per medic

În apropiere ...

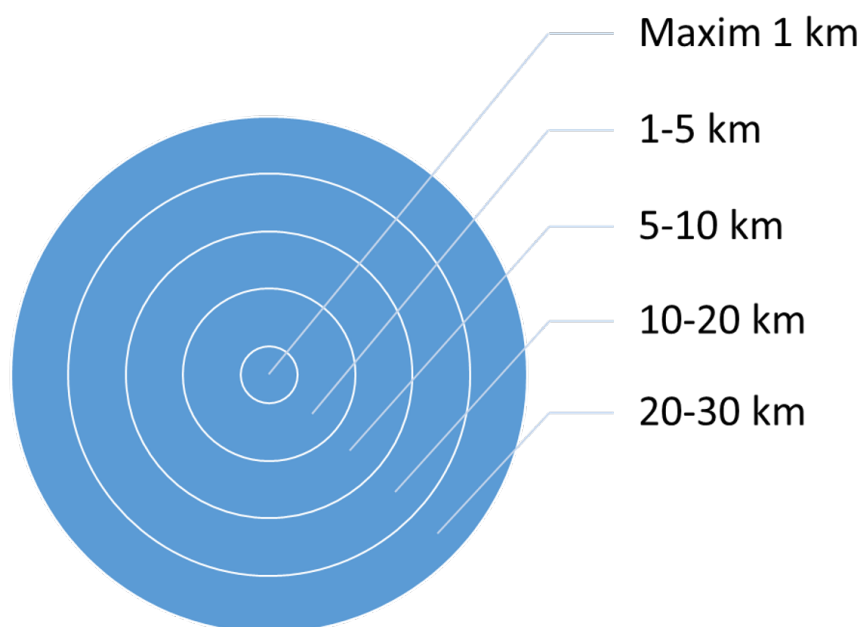
Dacă vă gândiți la deșertificarea medical (accesul dificil la servicii medicale), vă rugăm să indicați pentru fiecare dintre următoarele 3 criterii care este cel mai important, care este al doilea ca importanță etc.

Vă rugăm să selectați cel mult 3 răspunsuri. Vă rugăm să numerotați fiecare căsuță în ordinea preferințelor, de la 1 la 5

- Nu știu/Criteriile sunt la fel de importante
- Nu doresc să răspund
- Existența unui medic de familie în localitate (apropiere)
- Existența unui spital de nivel 1-3 în apropiere
- Existența unei farmacii în apropiere

Referitor la termenul „în apropiere” din întrebarea anterioară, vă rugăm să evaluați cât de importanți pentru deșertificarea medicală sunt următorii indicatori:

	Nu știu	foarte puțin	puțin mult	foarte mult
Medicii de familie aflați la maxim 1 km față de gospodărie				
Medicii de familie aflați la distanță de 1-5 km față de gospodărie				
Medicii de familie aflați la 5-10 km față de gospodărie				
Medicii de familie aflați la 10-20 km față de gospodărie				
Medicii de familie aflați la 20-30 km față de gospodărie				



Referitor la termenul „în apropiere” din întrebarea anterioară, vă rugăm să evaluați cât de importanți pentru deșertificarea medicală sunt următorii indicatori:

Vă rugăm să alegeți răspunsul potrivit pentru fiecare item:

Nu știu foarte puțin puțin mult foarte mult

Farmacii aflate la maxim 1 km față de gospodărie

Farmacii aflate la 20-30 km față de gospodărie

Farmacii la 10-20 km față de gospodărie

Farmacii la 5-10 km față de gospodărie

Farmacii la distanță de 1-5 km față de gospodărie

Referitor la termenul „în apropiere” din întrebarea anterioară, vă rugăm să evaluați cât de importanți pentru deșertificarea medicală sunt următorii indicatori:

Vă rugăm să alegeți răspunsul potrivit pentru fiecare item:

Nu știu foarte puțin puțin mult foarte mult

Spitalele aflate la maxim 1 km față de gospodărie

Spitalele aflate la 1-5 km față de gospodărie

Spitalele aflate la 5-10 km față de gospodărie

Spitalele aflate la 10-20 km față de gospodărie

Spitalele aflate la 20-30 km față de gospodărie

Dimensiuni

Să presupunem că vom clasifica toate localitățile din România ca pe un deșert cu trei dimensiuni, accesul la medicii de familie, accesul la spitalele de nivel 1-3, accesul la farmacii.

Pe câte dintre aceste 3 dimensiuni (indicatori) ai deșertificării ar trebui o localitate să se regăsească pentru a fi considerată un deșert real?

Vă rugăm să alegeți doar un răspuns dintre următoarele:

- nu știu
- 1 din 3
- 2 din 3
- 3 din 3

Dacă vă gândiți la anumite localități din țara noastră, puteți numi una sau mai multe care pot fi considerate deșerturi medicale?

Vă rugăm să alegeți doar un răspuns dintre următoarele:

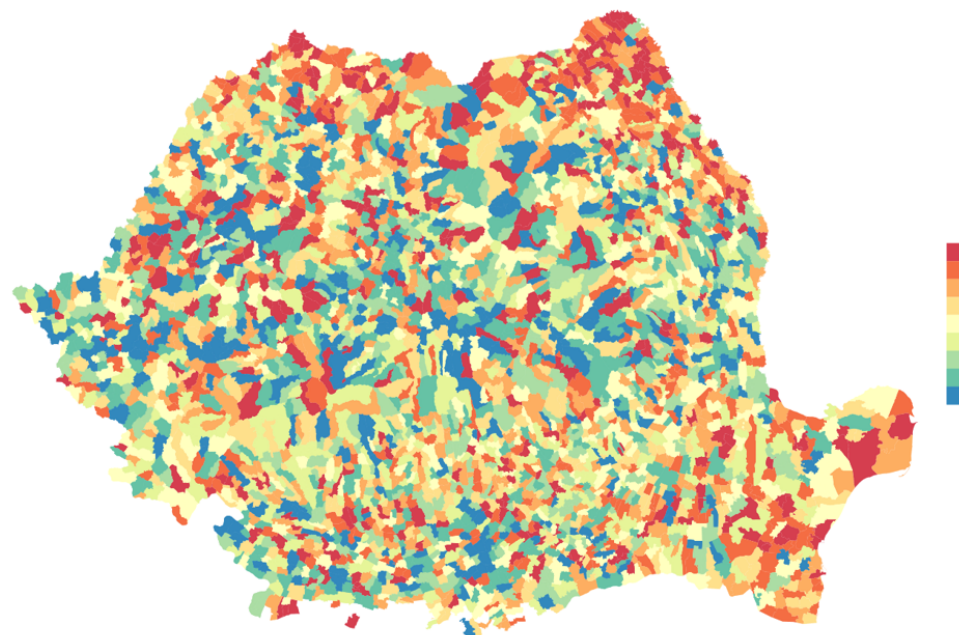
- nu știu
- nu, nu îmi vine vreuna în minte
- Altele

Atunci când decideți dacă o localitate este un deșert medical, ar trebui să comparați situația sa cu alte localități sau cu anumite standarde?

	Nu știu	În foarte mică măsură	În mică măsură	În mare măsură	În foarte mare măsură
Comparația trebuie făcută cu un standard de referință stabilit de experți					
Comparația trebuie făcută cu media la nivelul județului/țării					
Comparația trebuie făcută cu media națională					
Comparația trebuie făcută cu media regională (de exemplu, Europa de Vest, Europa de Est etc.)					
Comparația trebuie făcută cu media UE					
Comparația trebuie făcută cu media OCDE					

O posibilă hartă

Aceasta este o hartă a deșertificării medicale în România pe baza datelor existente. Zonele marcate cu roșu indică o deșertificare mai ridicată. Albastru și verde indică o situație mai bună. Priviți-o cu atenție și răspundeți în ce măsură sunteți de acord cu următoarele afirmații



Nu știu În foarte mică măsură În mică măsură În mare măsură În foarte mare măsură

Clasificarea din hartă se potrivește cunoștințelor dvs. despre România

Poziția localității mele este așa cum mă așteptam

Harta se potrivește cunoștințelor mele despre diferențele din România

Există localități clasificate greșit ca nefiind deșerturi

Există localități clasificate greșit drept deșerturi

Nu este nicio surpriză pentru mine să văd harta

Soluții

În opinia dvs., ce acțiuni s-ar putea întreprinde pentru a rezolva problema deșerturilor medicale?

Vă rugăm să scrieți răspunsul aici: _____

În opinia dvs., care sunt instituțiile/organizațiile care ar putea rezolva problema deșerturilor medicale?

Vă rugăm să scrieți răspunsul aici: _____

Status

În cele ce urmează vă punem câteva întrebări despre dvs. Răspunsurile vor fi folosite exclusiv pentru a face clasificări, statistici, etc., fără a permite legarea opiniilor exprimate de persoana care le-a exprimat.

Dvs. sunteți ...

Vă rugăm să alegeți doar un răspuns dintre următoarele:

- Bărbat
- Femeie
- Altă situație

Anul nașterii

Vă rugăm să alegeți doar un răspuns dintre următoarele:

- 1960-1969
- 1970-1979
- 1980-1989
- 1990-1999
- înainte de 1950
- 2000 sau mai recent
- 1950-1959

Care este nivelul cel mai avansat de studii pe care l-ați atins?

Vă rugăm să alegeți doar un răspuns dintre următoarele:

- fără studii
- studii primare
- 10 clase sau școala de ucenici
- liceu sau școala profesională
- postliceal sau școală de maiștri
- studii universitare - nivel licență
- master
- doctorat

Câți copii aveți?

Vă rugăm să alegeți doar un răspuns dintre următoarele:

- niciunul
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 sau mai mulți

Câți dintre copii au sub 18 ani?

Răspundeți la această întrebare doar dacă următoarele condiții sunt îndeplinite: Răspunsul a fost mai mare decât sau egal cu '1' la întrebarea ' [copii]' (Câți copii aveți?)

Vă rugăm să alegeți doar un răspuns dintre următoarele:

- niciunul
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 sau mai mulți

Aveți în îngrijire un bătrân sau o persoană cu dizabilități?

Vă rugăm să alegeți doar un răspuns dintre următoarele:

- nu
- da

Sunteți născut în România?

Vă rugăm să alegeți doar un răspuns dintre următoarele:

- nu știu
- nu
- da

Localizare geografică

În ce localitate/localități vă exercitați profesia?

Va rugam sa scrieti raspunsul aici:

Dacă nu doriți să răspundeți, puteți lăsa liber acest câmp. Dacă sunt mai multe localități, vă rugăm să folosiți și răspunsurile la următoarele două întrebări.

În ce localitate/localități vă exercitați profesia? [LOCALITATEA 2, dacă este cazul]

Va rugam sa scrieti raspunsul aici:

Vă mulțumim pentru participare!

Mai multe despre proiectul nostru puteți regăsi pe site-ul proiectului: <https://ahead.health>.

Annex 5. Calculul indicatorilor deșertificării medicale: Specificații metodologice

După cum se explică în raportul nostru privind analiza literaturii de specialitate și modul de calcul al indicilor deșertificării medicale, trebuie să luăm în considerare, pe de o parte, cel puțin trei tipuri de furnizori de servicii medicale (medici de familie, farmacii și spitale), alături de populația ajustată în funcție de structura sa, și contextul dat de localitățile din apropiere. În cele ce urmează, abordăm toate aceste elemente și explicăm cum au fost calculați indicii pentru România.

Etapele de calcul

Pasul 1. Ajustarea populației în funcție de cerere

Principiu: unele grupuri de populație au nevoie de îngrijiri medicale mai frecvent. Astfel de grupuri includ sugari, copii preșcolari, vârstnici. Prin urmare, ar trebui să primească o pondere mai mare atunci când se ia în considerare cererea de servicii medicale.

Am folosit următoarea formulă:

$$AdjPop = pop0004*1.27 + pop0509*0.65 + pop1014*0.55 + pop1519*0.51 + pop2024*0.54 \\ + pop2544*0.695 + pop4564*1.08 + pop6579*1.775 + pop8000*2.77$$

unde *popXXYY* este populația totală cu vârste cuprinse între XX și YY, și *AdjPop* reprezintă „populație ajustată”.

Pentru fiecare localitate, populația este ajustată conform formulei de mai sus.

Pasul 2. Ajustarea populației în funcție de distanță



Să ne imaginăm că avem un medic generalist care lucrează în Buftea. Priviți harta. Medicul de medicină îi va deservi pe cei din Buftea și pe unii dintre cei din localitățile învecinate, precum Săbăreni, de exemplu. Prin urmare, populația care trebuie luată în considerare atunci când se evaluează cine deservește medicul de familie ar trebui să includă și pe cei din Săbăreni. De reținut că distanța rutieră dintre Săbăreni și Buftea este de 11,4 km.

Prin urmare, luând în considerare populația din Buftea, vom însuma populația Buftea ajustată cu cea din Săbăreni și alte localități învecinate

(cum ar fi Mogoșoaia, Gulia, Crevedia etc.).

Cu toate acestea, cei din Săbăreni sunt mai puțin probabil să meargă la un medic de familie din Buftea (mai ales dacă au un alt medic mai aproape de casă). Totuși, gândiți-vă la cineva care locuiește în Săbăreni și lucrează în Buftea, unde și copiii merg la școală: vor avea suficiente stimulente pentru a alege un medic de familie în Buftea.

Același lucru este valabil și pentru orice furnizor de servicii medicale, inclusiv farmacii și spitale.

În consecință, la însumarea populației de referință pentru Buftea, cei din Săbăreni vor conta mai puțin.

Populația fiecărei localități a fost ajustată în două scenarii:

- având în vedere o arie teritorială de 20 km
- având în vedere o arie teritorială de 30 km

În primul scenariu, pentru fiecare localitate, toate persoanele care locuiau în localitate sau într-o zonă de 5 km au primit aceeași pondere (1), fiecare locuind între 5 și 10 km în afara localității (în alte localități) a primit ponderea de 0,7, iar fiecare locuind între 10 și 20 km în afara localității a contat pentru 0,5.

Dacă se ia în considerare o arie teritorială de 30 km, înseamnă că:

- o persoană care locuiește în localitate sau în altă localitate la maximum 10 km distanță este socotită ca atare (el/ea/ze primește greutatea de 1)
- o persoană care locuiește într-o altă localitate situată între 10 și 20 km distanță de centrul localității pentru care calculăm populația ajustată primește ponderea de 0,7 (el/ea/ze este văzut ca fiind de 0,7 persoane)
- dacă locuiesc la 20 până la 30 km de localitate greutatea este de 0,5
- dacă locuiește la mai mult de 30 km distanță, greutatea este 0 (acea persoană nu este luată în considerare)

Pasul 3. Ajustarea numărului furnizorilor de servicii

Medicii de familie, spitalele și farmaciile sunt estimate folosind aceeași formulă ca la Pasul 2.

Motive:

- un serviciu situat în altă localitate la o distanță rezonabilă, poate presta serviciu și celor din împrejurimi, nu numai celor cu domiciliul în localitatea în care se află cabinetul.
- Probabilitatea de a-i servi pe cei aflați la o distanță mai mare scade odată cu distanță.

Pasul 4. Calcul final

Numărul ajustat de furnizori de servicii este împărțit la populația ajustată.

Au fost calculați patru indici pentru fiecare tip de serviciu medical (medici de familie, farmacii, spitale), așa cum este descris în Tabelul 22.

Tabelul 22. Tipuri de indicatori care ilustrează accesul la servicii medicale

Complet neajustat:	numărul estimat de furnizori pe populație
Furnizori/Populație	neajustată (acest indice nu ia în considerare diferențele de cerere în funcție de vârstă și existența localităților învecinate)

Ajustat pentru cererea locală: Furnizori/Populație ajustată în funcție de vârstă	Numărul estimat de furnizori pe populație ajustat în funcție de vârstă (acest indice nu ia în considerare existența localităților învecinate)
Ajustat pentru cerere și ofertă în aria teritorială de 30 km Furnizori/Populație ajustată în funcție de vârstă (ambele ajustate cu valorile pentru localitățile învecinate)	Acest indice ia în considerare atât furnizorii, cât și populația dintr-o zonă înconjurătoare de 30 km și ajustează valorile în funcție de distanță.
Ajustat pentru cerere și ofertă în aria teritorială de 20 km Furnizori/Populație ajustată în funcție de vârstă (ambele ajustate cu valorile pentru localitățile învecinate)	Acest indice ia în considerare atât furnizorii, cât și populația dintr-o zonă înconjurătoare de 20 km și ajustează valorile în funcție de distanță

Rezultate

Medici de familie

Prevederea legală indică unele normative pentru numărul minim de medici de familie. Acestea indică un număr optim de pacienți per MD egal cu 1800 (legislația este: HG 140/2018, Anexa 2, Art. 4 - (2)).

Se poate pleca de la acest prag normativ și se poate deriva o clasificare naivă:

- Dacă într-o anumită localitate există mai puțin de 1800 de pacienți per medic de familie → putem eticheta acea localitate ca nefiind deșertificată.
- Mai mult de 1800 de pacienți, dar mai puțin de dublu față de normativ (3600) → putem eticheta acea localitate ca fiind deșertificată.
- Peste 3600 de pacienți per medic de familie → se poate spune că este un deșert medical sever.

Folosind astfel de categorii, putem arăta modul în care localitățile sunt distribuite pe indicii calculați pentru deșertificarea medicală pe baza numărului de medici de familie, așa cum este ilustrat în Tabelul 23.

Pentru fiecare localitate avem trei indici. Primul nu este ajustat la structura populației și la contextul oferit de localitățile din apropiere (neajustat, fără vecini); al doilea ajustează populația ca în „Pasul 1”, dar nu ia în considerare localitățile învecinate; al treilea adaugă populația și medicii de familie din localități pe o rază de 30km

distanță, așa cum este explicat în Pasul 4.

Tabelul 23. Distribuția simulată a localităților pornind de la pragul normativ al MF.

categorii	index		
	Index neajustat (fără vecini)	Ajustat în funcție de cerere (fără vecini)	Index complet ajustat
Nu este deșert medical	31%	31%	0%
Normativ, dar nu sever	54%	55%	62%
Deșert medical sever	15%	14%	38%
Total	100%	100%	100%

Se poate observa că numărul de deșerturi medicale severe se modifică la schimbarea tipului de măsurare.

Pentru a rezolva imprecizia, am decis să considerăm drept deșert medical localitățile care însumează scoruri mici (adică deșertificare mare) la fiecare indice. Adică, considerăm că poziția deșertificării este gravă atunci când se observă efectul Matthew invers, adică atunci când dezavantajele cumulate se manifestă prin faptul că sunt etichetate ca fiind deșertificate de toate măsurile pe care le-am cuprins în analiză.

Tabelul 24 arată distribuția rezultată. Având în vedere principiul enunțat în paragraful anterior, cele 249 de localități din colțul din stânga jos sunt cele mai deșertificate din punct de vedere al prezenței medicilor de familie în localitate sau în apropiere.

Tabelul 24. Distribuția localităților din România în funcție de cât de des (din trei indicatori legați de medicii de familie) au fost etichetate drept „deșerturi medicale”, respectiv „deșerturi medicale severe”

		Numărul de etichetări ca “deșert”, dar nu “sever”				Total
		0	1	2	3	
De câte ori a fost etichetată localitatea ca “deșert sever”	0	6	728	104	929	1767
	1	181	49	727	0	957
	2	2	211	0	0	213
	3	249	0	0	0	249
Total		438	988	831	929	3186

Figura 20 merge mai departe și combină toate aceste informații pe județe. Figura 21 ilustrează variația în țară a indicilor deșertificării. Se poate observa că, indiferent de indici pe care îi alegem, concentrația regională de deșerturi rămâne aproape aceeași.

Figura 20. Distribuția județelor în funcție de gravitatea deșertificării pe localitate, cu privire la medicii de familie

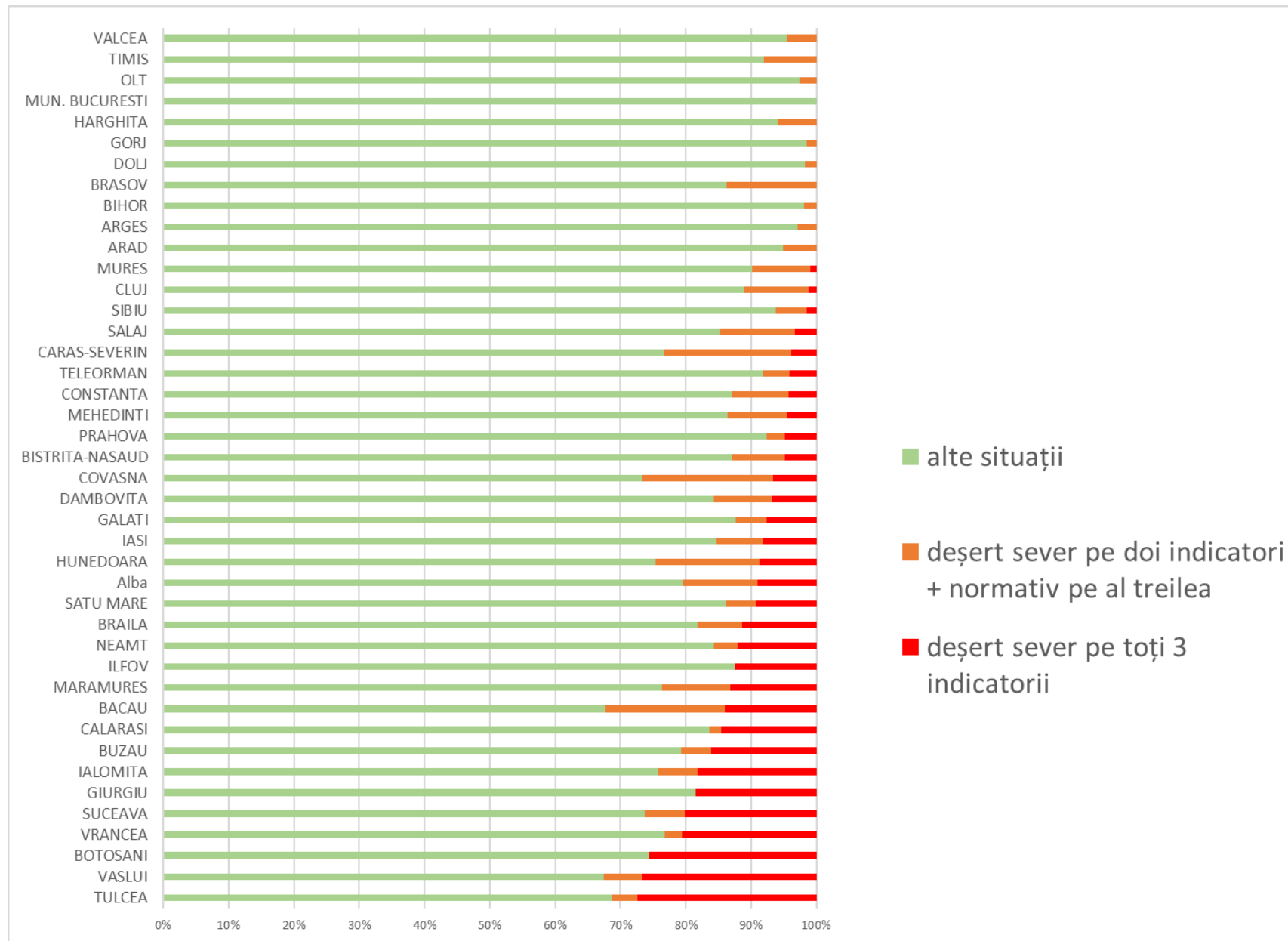
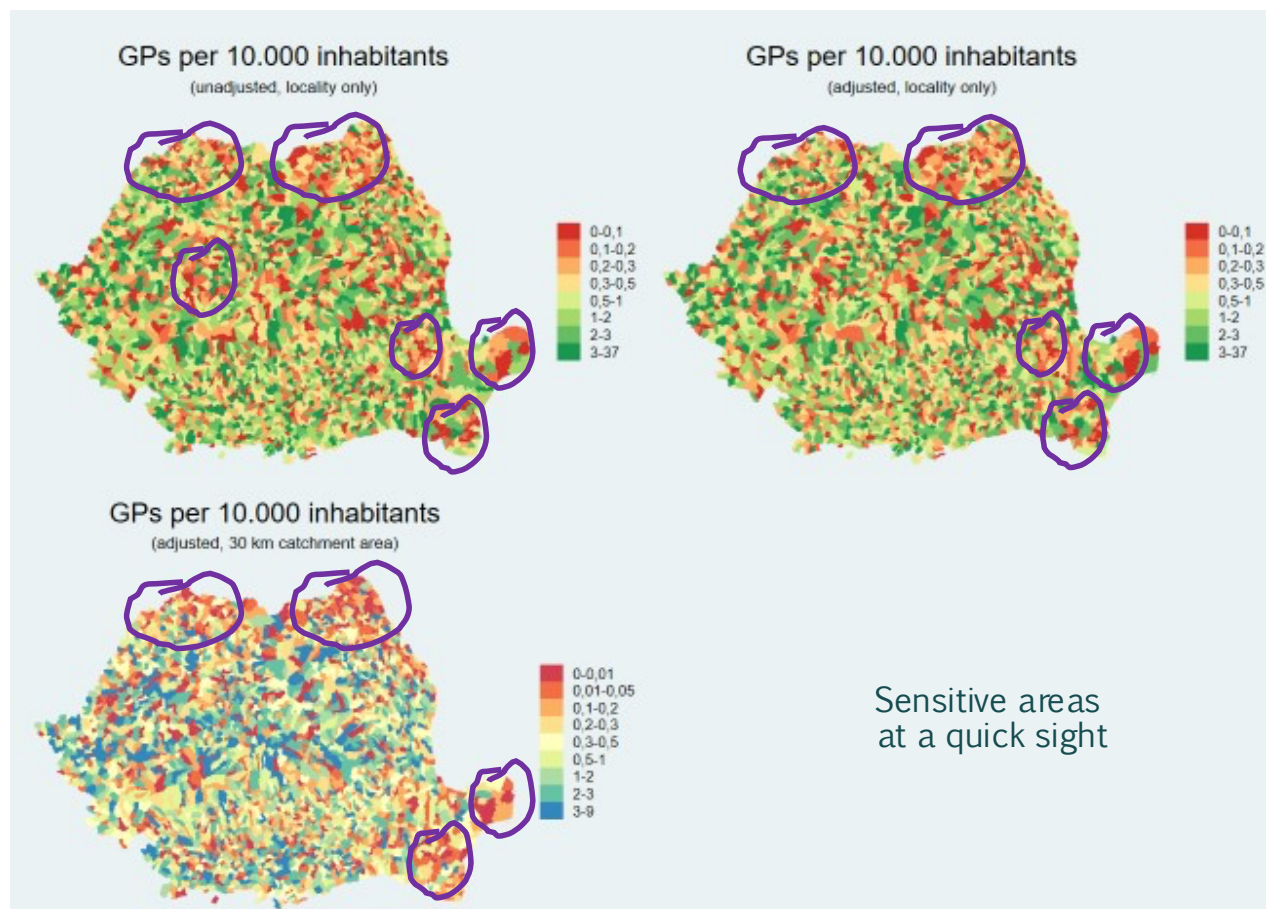


Figura 21. Hărțile deșertificării cu privire la medicii de familie.



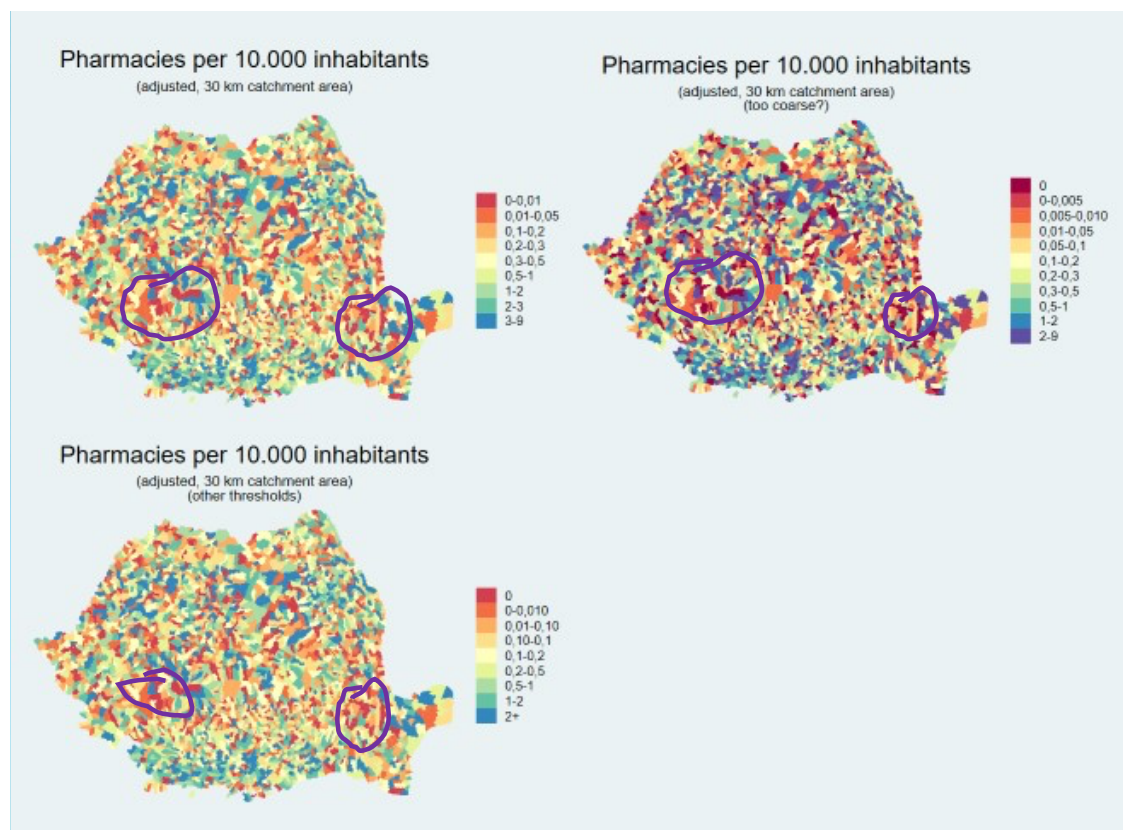
Farmacii

O reglementare similară stabilește numărul optim de farmacii la una pentru 4000 de locuitori. Urmând o logică asemănătoare ca în cazul medicilor de familie, am stabilit un prag pentru deșertificare severă la $4000 \times 2 = 8000$, și obținem cifrele din Tabelul 25. Acestea au stat la baza hărții prezentate în Figura 22, care are o suprapunere destul de bună cu harta corespunzătoare pentru deșertificare bazată pe numărul de medici de familie. (Figura 21).

Tabelul 25. Distribuția localităților din Romania pe baza deșertificării medicale la farmacie

	Index neajustat (fără vecini)	Ajustat in funcție de cerere (fără vecini)	Index complet ajustat
Nu este deșert medical	20%	20%	0%
Normativ, dar nu sever	30%	31%	24%
Deșert medical sever	50%	49%	75%
Total	100%	100%	100%

Figura 22 Hărțile deșertificării cu privire la farmacii.



Spitale

Spitalele sunt rare și situate în principal în zonele urbane. Am decis să ne concentrăm pe zonele rurale și să luăm în considerare doar medicii de familie și farmaciile.

Deșertificarea în ansamblu

Pentru a realiza acest lucru, am luat în considerare proporția pe județ a localităților care fie au 3+3 indicatori de deșertificare severă (adică au trei indicatori „deșertificare severă” pentru medicii de familie și 3 pentru farmacii), fie au orice combinație de 3 indicatori de deșertificare severă și (2 „grave” +1 „normative”) deșertificare. Cu alte cuvinte, pentru a fi considerată un deșert medical, o localitate ar trebui să aibă cel puțin 5 din 6 indicatori care să arate că se află într-un deșert medical sever, în timp ce ultimul indicator indică fie „deșertificare gravă”, fie cel puțin „deșertificare normativă”.

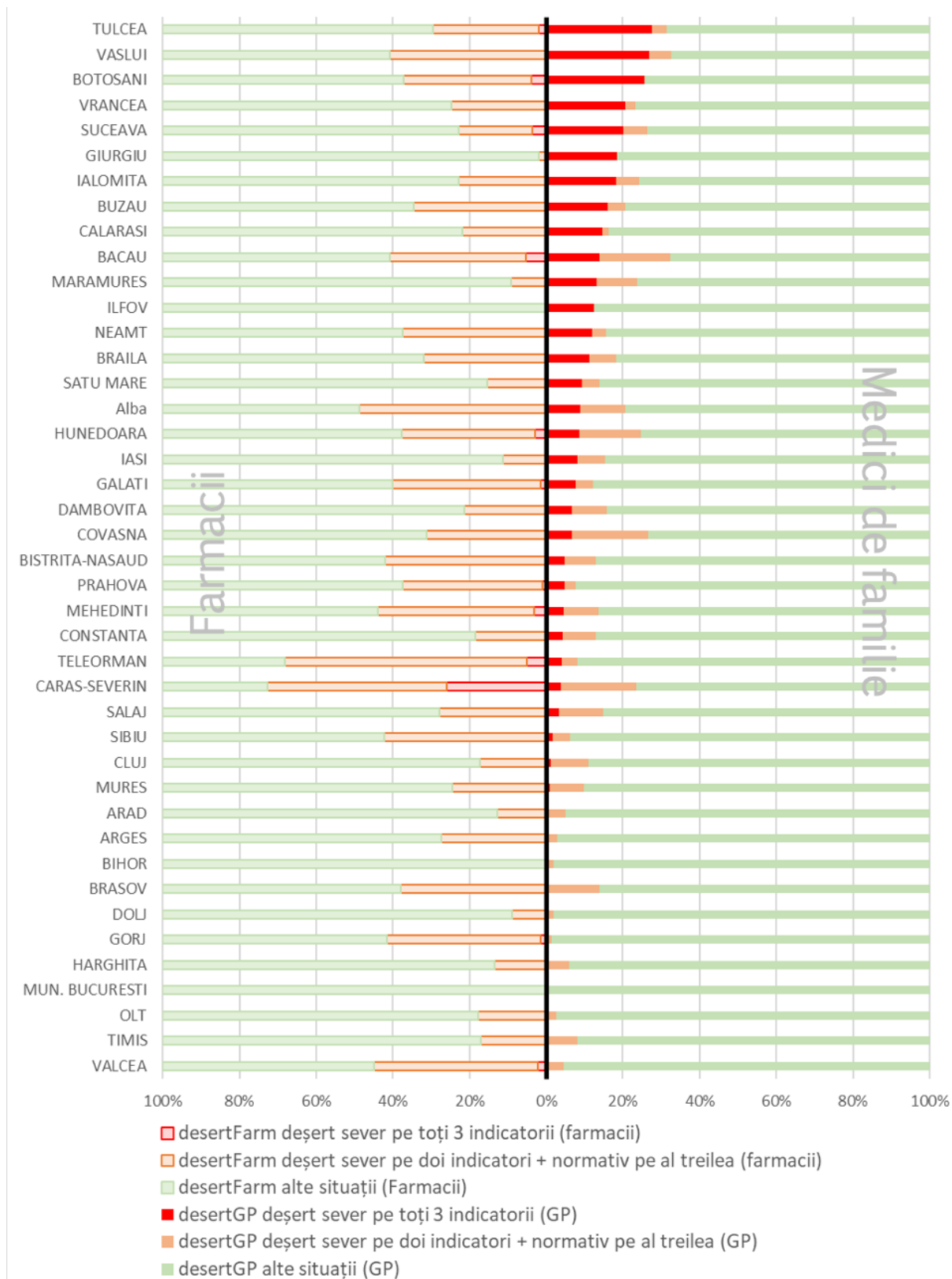
Figura 23 prezintă distribuția județelor în funcție de câte localități sunt deșertificate. Panoul din stânga prezintă deșertificarea luând în considerare farmaciile. Panoul din dreapta o prezintă pe baza medicilor de familie.

Am decis să căutăm cele mai deșertificate județe.

Pentru a realiza acest lucru, am luat în considerare proporția pe județ a localităților care fie au 3+3 indicatori de deșertificare severă (adică au trei indicatori „deșertificare severă” pentru medicii de familie și 3 pentru farmacii), fie au orice combinație de 3 indicatori de deșertificare severă și (2 „grave” +1 „normative”) deșertificare. Cu alte cuvinte, pentru a fi considerată un deșert medical, o localitate ar trebui să aibă cel puțin 5 din 6 indicatori care

să arate că se află într-un deșert medical sever, în timp ce ultimul indicator indică fie „deșertificare gravă”, fie cel puțin „deșertificare normativă”.

Figura 23. Distribuția localităților în județe în funcție de deșertificarea la nivelul medicilor de familie și farmaciilor



În temeiul acestei prevederi, județul Tulcea are 16% din localitățile sale într-o situație care ar putea fi etichetată drept deșert medical. Urmează Caraș-Severin (12%), Buzău (12%), Vrancea (11%), Vaslui (11%), Botoșani (9%), Hunedoara (9%). În toate celelalte județe, această rată de deșertificare este sub 8%.

Tulcea devine ținta principală pentru selectarea studiilor de caz. Dintre celelalte patru județe din primele 5 județe după rata deșertificării, trei (Buzău, Vaslui și Vrancea) fac parte din Regiunea NUTS-2 Sud-Est a României, regiune care include și Tulcea. Din motive legate de severitatea deșertificării cu privire la medicii de familie, Vrancea a fost ales pentru a fi al doilea județ în care a selectat studii de caz.

Anexa 6. Codebook pentru analiza interviurilor aprofundate

Code name	Detalii suplimentare (dacă este necesar)
Acces la servicii medicale	Tipuri de servicii, accesibilitate, distanță
Distanța acceptabilă	
Criterii	
Nevoile pacienților	Relevanța profilului pacienților
Densitatea populației	Corelația dintre accesul la servicii medicale și dimensiunea/densitatea populației
Tipuri de pacienți	Caracteristicile pacientului care influențează accesul
Nivel local _Păulești	
Evoluție în timp	Cum s-au schimbat condițiile în comunitate
Furnizori de servicii medicale	
Condiții locale	Context, circumstanțe de viață
Deșert medical sau nu	
Percepțiile oamenilor	
Procesul de a deveni un deșert medical	
Nivel local _Sfântu Gheorghe	Detalii despre Sfântu Gheorghe
Evoluție în timp	Cum s-au schimbat condițiile în comunitate
Furnizori de servicii medicale	
Condiții locale	Context, circumstanțe de viață
Deșert medical sau nu	
Percepțiile oamenilor	Axat pe probleme de acces la îngrijire medicală
Procesul de a deveni un deșert medical	
Deșertificarea medicală	Definiții, înțelegeri, evaluări ale termenului, corelare cu situații/comunități/zone din România
Criterii de luat în considerare	La definirea deserturilor medicale
Exemple de DM în România	
GP_limite	Distanța maximă, peste care o localitate poate fi considerată deșert medical
Spitale_limite	Distanța maximă, peste care o localitate poate fi considerată deșert medical
Măsuri și intervenții	De luat pentru îmbunătățirea accesului la serviciile medicale
Pragul_farmaciei	Distanța maximă, peste care o localitate poate fi considerată deșert medical
Instituțiile relevante	Pentru rezolvarea problemei deserturilor medicale
Standarde	Deșerturi medicale: Compararea situațiilor din localități cu ceea ce se găsește în alte localități sau cu standarde.
Ce este asociat cu deșertificarea	
Păreri despre hărți	Reacții provocate de prezentarea hărților respondenților
Sistemul medical românesc	Evaluări ale sistemului care au apărut pe parcursul interviurilor

Anexa 7. Ghid interviu

Temele care trebuie abordate în interviu

1. **Care sunt criteriile pe care le luați în considerare atunci când vă gândiți la accesul la servicii medicale?**

[scopul este de a vedea dacă aceștia discută în mod spontan despre accesul la furnizarea de asistență medicală (primară, farmacii, spitale, ambulatorii etc.) în ceea ce privește densitatea serviciilor, distanța până la cabinetele medicale, timpul de așteptare etc.]

2. **Dacă vă gândiți la distanța față de medici/cabinete/ serviciile medicale, există o anumită distanță maximă care ar trebui considerată standardul minim?**

3. **Credeți că accesul la serviciile de sănătate este corelat cu densitatea populației în vreun fel?**

4. **Dacă vă spun „deșertificare medicală” la ce vă gândiți, ce vă trece prin minte?**

5. **Cu acordul dvs, în cele ce urmează, prin deșertificare medicală desemnăm absența accesului la îngrijire medicală de varii tipuri într-o zonă oarecare.**

6. **Dacă vă gândiți la deșertificarea medicală, pe fiecare dintre următoarele criterii [accesul la medicul de familie], [accesul la farmacie], [accesul la spital], începând cu ce prag ați spune că o localitate este un deșert medical (din punctul de vedere al distanței pe care o parcurge persoana pentru a accesa respectivul serviciu)?**

Întrebarea trebuie pusă pentru fiecare criteriu în parte?

7. **Cât de mulți indicatori (criterii) credeți că ar trebui să luate în considerare pentru a desemna o localitate drept deșert medical (toți 3, alții)?**

8. **Dacă vă gândiți la anumite localități din țara noastră, puteți numi una sau mai multe care sunt desert medical? Care?**

9. **Atunci când decideți dacă o localitate este un deșert medical pe anumite dimensiuni, ar trebui să comparăm situația sa cu alte localități sau cu anumite standarde? Care are fi acestea?**

Doar dacă nu răspunde spontan ...Ar trebui să luăm în considerare standarde la nivel de județ, standardele naționale, standardele regionale (regiuni din Europa, cum ar fi Balcanii de Vest sau Europa de Vest, sau CEE)), standardele europene, standardele la nivel mondial?

10. Care sunt institutiile care ar putea rezolva problema deserturilor medicale? de exemplu, institutia pe care o reprezentati, ar putea face acest lucru?

11. Ce actiuni ar putea intreprinde institutia dvs pentru a rezolva problema deserturilor medicale? Dar alte institutii? ne puteti da exemple de astfel de interventii?

12. DOAR PENTRU RESPONDENȚII DE LA NIVEL LOCAL

12.1. [localitatea] este un deșert medical? De ce, DA? (De ce, NU?)

12.2. **DACĂ DA:** În primul rând, cum a devenit localitatea aceasta un deșert medical?

12.3. Oamenii de aici consideră că localitatea este dezavantajată din punct de vedere al accesului la asistență medicală? De ce, Da? (De ce, Nu?)

12.4. Oamenii din localitate accesează doar furnizorii de servicii medicale din localitate sau și din zonele învecinate?

[Persoanei intervievate i se arată hărțile cu clasificarea deșertificării medicale în țară]

13. **Acestea reprezintă este o clasificare care a fost creată pe baza informațiilor existente** (reprezintă MF/ farmacii/spitale aflate în diferite localități din România raportate la populația din respectivele localități, ajustate pentru nevoile acesteia generate de vârstă, acces în funcție de distanțe și opțiunile de a merge și în alte localități pentru respectivul serviciu). **Suntem interesați să aflăm dacă opinia dumneavoastră corespunde acestor constatări. Ați spune că harta/clasificarea se potrivește cu ceea ce știți despre [județul / localitatea respectivă]?**

(Întrebări suplimentare, care ar trebui adresate doar dacă intervievații nu le formulează răspunsuri spontane: Este ceva ce vă surprinde? De ce? Ați spune că aveți încredere în astfel de rezultate? Corespund cu ceea ce vă așteptați? Există o localitate care ar putea fi considerată deșert și nu este? Ce face din ACEA localitate un deșert medical? Există o localitate care nu este deșert medical în opinia dvs. dar pe hartă figurează ca fiind un deșert medical sau aproape de deșertificare? Care sunt particularitățile acestei localități)

Din nou, trebuie să ne amintim că temele ar trebui abordate în ordinea care derivă în mod natural din conversație.

Persoana intervievată ar trebui să aibă voie să abordeze temele care sunt relevante pentru ea.

Pentru fiecare temă, este de dorit ca interviuatul să elaboreze mai mult decât un răspuns da/nu. Dacă nu o face, intervievatorul poate determina persoana interviuată să fie mai precisă punând una sau mai multe dintre următoarele întrebări:

- **Puteți detalia, vă rog?**
- **Care sunt argumentele în opinia dumneavoastră?**
- **Puteți da un exemplu?**