



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
AMFOSDRU



Fondul Social European
POS DRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



MINISTERUL
EDUCAȚIEI
CERCETĂRII
TINERETULUI
ȘI SPORTULUI
OIPOSDRU



ȘCOALA
NAȚIONALĂ DE
STUDII POLITICE
ȘI ADMINISTRATIVE



AGENCIA NAȚIONALĂ
PENTRU ROMI

Între proiectare și necesitate - Evaluarea impactului politicilor publice pentru romi în domeniul sănătății.

Teză de Doctorat

Autor: Drd. Daniel Rădulescu

Coordonator: Prof. Univ. Dr. Vintilă Mihăilescu

București

2014

Beneficiar al proiectului „Constructia si implementarea unui program doctoral inovator interdisciplinar cu privire la problematica romilor”, cofinanțat de Uniunea Europeană prin Fondul Social European, Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013.

POS DRU/107/1.5/S/82729

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul
Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

FONDUL SOCIAL EUROPEAN

Investește în
OAMENI



Cuprins

Introducere.....	pag.4
Capitolul 1 – Necesitatea dezvoltării de politici publice care să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a populației de etnie romă	pag.9
1.1. Date generale despre numărul populației de etnie romă din România.....	pag.9
1.2. Romii - o minoritate europeană.....	pag.12
1.3. Descriere generală a situației romilor din România pre si post-descembristă.....	pag.16
1.4. Incluziunea socială a populației de etnie romă.....	pag.20
1.5. Măsuri si acțiuni cu privire la procesul de incluziune socială a romilor.....	pag.26
1.6. Contextul în care au apărut politicile publice pentru romi.....	pag.30
1.7. Descrierea politicilor publice pentru incluziunea socială a romilor din România.....	pag.33
Capitolul 2 – Perspectiva științifică care argumentează necesitatea evaluării politicilor publice pentru romi.....	pag.43
2.1 Perspectiva științifică a abordării problematicei romilor.....	pag.43
2.2 Conceptul de politică publică în societatea românească.....	pag.45
2.3 Teorii cu privire la conceptul de capacitate care incadrează problematica romilor....	pag.49
2.4 Teorii cu privire la statul bunăstării privind situatia romilor din România.....	pag.54
2.5 Teorii cu privire la modele de cetățenie.....	pag.62
2.6 Concepte teoretice în înțelegerea științifică a problematicei romilor.....	pag.70
Capitolul 3 – Romii și sistemul de sănătate publică din România.....	pag.76
3.1 Aspecte teoretice ale conceptului de sănătate publică.....	pag.76
3.2 Descrierea sistemului de sănătate publică din România.....	pag.79
3.3 Factorii care influențează starea de sănătate a populației- determinanți ai stării de sănătate.....	pag.93
3.4 Date generale despre starea de sănătate a populației din România.....	pag.95
3.5 Date generale despre starea de sănătate a populației de etnie rome.....	pag.103
3.6 Factorii determinanti ai stării de sănătate a populației de etnie rome- Accesul romilor la serviciile de sănătate.....	pag.109
3.7 Sănătatea: Domeniul prioritar în documentele de politici publice pentru romi.....	pag.116
3.8 Rezultatele obtinute in procesul de implementare a masurilor din documentele de politici publice pentru romi – Capitolul Sanatate.....	pag.122

3.9	Principiul egalității de șanse în procesul de îmbunătățire a stării de sănătate a populației rome.....	pag.126
Capitolul 4– Intervenții și programe de sănătate adresate populației rome.....		
4.1	Intervenții în domeniul sănătății romilor.....	pag.136
4.2	Programul de asistență medicală comunitară pentru comunitățile dezavantajate.....	pag.144
4.3	Programul de mediere sanitară pentru comunitățile cu romi.....	pag.151
4.4	Concluzii cu privire la programele adresate sănătății populației rome.....	pag.163
Capitolul 5 - Descrierea proiectului de cercetare si a metodologiei de culegere a datelor.....		
5.1	Descrierea proiectului de cercetare.....	pag.166
5.2	Descrierea metodologiei de culegere a datelor.....	pag.167
Capitolul 6 - Interpretarea datelor.....		
6.1	Concluzii generale proiect cercetare.....	pag.217
Capitolul 7 - Consideratii finale si posibile solutii.....		
7.1	Considerații finale privind problematica romilor din perspectiva teoriilor privind statul bunăstării și cetățenie.....	pag.223
7.2	Considerații finale cu privire la politicile publice pentru romi în domeniul sănătății.....	pag.227
7.3	Considerații finale cu privire la necesitatea dezvoltării de politici specifice pentru romi.....	pag. 230
Bibliografie.....		
Anexe.....		
		pag. 243

Introducere

România, ca țară fostă comunistă, resimte acut problemele sociale majore datorate lipsei construcției unui model de stat al bunăstării bazat pe nevoile reale ale societății. Resursele pentru implementarea politicilor sociale, după 1989, s-au redus substanțial, pe fondul reducerii veniturilor generale ale populației, statul reducându-și rolul și așa restrâns de „furnizor” de bunăstare pentru cetățeni. Calitatea vieții cetățenilor de etnie romă a scăzut considerabil, o mare parte dintre aceștia ajungând să trăiască în sărăcie, ba chiar sub nivelul minim de subzistență. Nivelul de trai scăzut afectează în mod negativ sentimentele subiective ale oamenilor față de viața proprie în ansamblu și față de diferitele aspecte ale acesteia.

În societatea românească capitalistă, realizarea de politici publice care să răspundă nevoilor populației vulnerabile a devenit o practică des utilizată de factorii de decizie de la nivel guvernamental. Când apare o problemă socială, singura modalitate de a rezolva această situație nedorită este înființarea unui grup de lucru alcătuit din reprezentanți ai sectorului guvernamental și din reprezentanții ai societății civile, care are ca principală sarcină realizarea unui document de politică publică. Dacă la capitolul realizarea politicilor publice adresate populației vulnerabile, Guvernul României este apreciat de instituțiile europene, la capitolul implementare, monitorizare și evaluare, pentru rezultate slabe obținute și lipsa viziunii sustenabile, același guvern este frecvent criticat de structurile și organizațiile UE.

În realizarea acestei teze de doctorat, menționez că am încercat să privesc lucrurile din două puncte de vedere: pe de o parte, în calitate de cercetător, care se bazează pe metodele și tehnicile de cercetare științifică, iar, pe de altă parte, în calitate de lucrător în sectorul non-guvernamental, implicat în procesul de realizare și implementare de programe și proiecte adresate populației vulnerabile. În calitate de formator de opinie, lucrator în cadrul unui ONG, persoană implicată activ în procesul de elaborare, implementare, monitorizare și revizuire a politicilor publice adresate sănătății romilor nu am înțeles *de ce rezolvarea situației romilor, din punctul de vedere al factorilor decidenți, se rezumă doar la realizarea de planuri de măsuri și punerea acestora pe agenda publică de discuții fără să aibă efecte în practică*. Pornind de la această curiozitate, alegând metode științifice, am încercat să analizez care sunt cauzele care determină această situație și am constatat că una dintre cauzele importante o reprezintă atitudinea autorităților românești care, din dorința de a bifa „rezolvarea” problemelor existente, tratează superficial cauzele care au condus la apariția problemelor și, implicit, au dus la excluziunea socială a grupurilor defavorizate.

Pornind de la această curiozitate și având la bază teoriile cu privire la statul bunăstării, dreptății sociale și cetățeniei, în cadrul programului de doctorat urmat, am încercat să evaluez impactul politicilor publice pentru romi în domeniul sănătății cu scopul de a înțelege modul de implementare și impactul acestora la nivel local și regional. În plus, prin intermediul acestei teze de doctorat mi-am propus să aduc un plus de cunoaștere teoretică necesar în construirea unui model explicativ al politicilor publice în domeniul sănătății.

Dimensiunea problematicei populației de etnie romă din România constituie o preocupare continuă a diferiților experți din domeniul politicilor publice, a antropologiei, sociologiei, demografiei. Politicile de promovare a incluziunii sociale a persoanelor de etnie romă au reprezentat o direcție constantă de acțiune a Guvernului României care, mai mult pe fondul presiunilor Uniunii Europene, și-a propus ca obiectiv general îmbunătățirea situației romilor și continuarea politicilor de reducere a decalajelor dintre populația romă și societate în ansamblu, prin asumarea unui document de politică publică în domeniul incluziunii sociale a romilor, respectiv *Strategia Guvernului României de îmbunătățire a situației romilor*, prima inițiativă guvernamentală care și-a propus să abordeze comprehensiv problemele minorității rome.

În studierea problematicei romilor, mediul academic și literatura științifică încearcă să găsească o serie de modele care să explice realitatea social actuală. Situațiile indezirabile sau nesatisfăcătoare pentru un segment important din populație sunt calificate drept probleme sociale. Complexul de probleme cu care se confrunta o parte însemnată din minoritatea romă este analizat de specialiști din perspectiva problemelor sociale. Analizând explicațiile științifice ale teoriilor sociale raportate la situația romilor, constatăm că acestea ne ajuta, parțial, să analizăm în profunzime tema de cercetare.

Având în vedere istoria acestei minorități și în special procesul de asimilare prin care a trecut minoritatea romilor, nu putem defini concret problematica romilor. Romii, de-a lungul istoriei, s-au adaptat sistemelor asimilaționiste. Pornind de la teoria marxist-leninistă, regimul comunist a încercat să elimine valorile minorității romilor și a transmis noile norme morale membrilor comunităților de romi, cu scopul creării unei națiuni omogene din punct de vedere etnic. Dacă pentru un procent semnificativ din populația romilor această soluție a fost favorabilă, pentru unele neamuri de romi, conservatoare, tradiționale, această acțiune a fost primită cu multă reticență și nu a avut rezultatele așteptate. Având în vedere situația actuală cu care se confruntă minoritatea romilor din România, constatăm că una dintre soluțiile pentru rezolvarea problematicei

romilor este remedierea instituțiilor prin schimbarea sistemului de valori al acestora, promovarea egalității de șanse și multiculturalității.

Dacă analizăm rapoartele de progres realizate în procesul de implementare a politicilor publice adresate populației rome din România, constatăm că instituțiile publice, din perspectiva discursului public, au făcut pași importanți în procesul de promovare a egalității de șansă și a multiculturalității însă, în practică, conform rapoartelor și studiilor realizate de societatea civilă, situația este îngrijorătoare.

În documentele de politici publice adresate populației de etnie romă din România, alături de ocupare, locuire și educație, sănătatea este unul dintre domeniile prioritare. Factorii de decizie, responsabili de realizarea planurilor de măsuri în domeniul sănătății, au planificat acțiuni menite să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a populației de etnie romă, acțiuni bazate pe principiul egalității de șanse și nondiscriminării.

Din punct de vedere teoretic, analizând planurile de măsuri ale politicilor publice în domeniul sănătății, constatăm că romii ar trebui să fie o categorie de populație avantajată din acest punct de vedere și care nu ar trebui să se confrunte cu probleme grave în domeniul sănătății, iar accesul acestei populații la servicii socio-medicale să fie mult mai facil decât la restul populației. Însă, într-un sistem în care instituțiile sociale contracarează instituțiile formale, unde majoritarii manifestă atitudini discriminatorii la adresa romilor, măsurile favorabile romilor nu vor fi niciodată aplicate în practică așa cum sunt descrise teoretic. Drept urmare, după 12 ani de implementare a măsurilor în domeniul sănătății, experții în domeniu constată că pacienții de etnie romă încă întâmpină dificultăți atunci când se adresează serviciilor de sănătate publică.

Indicatorii de evaluare ai stării de sănătate a populației indică faptul că starea de sănătate a romilor s-a agravat în ultimii 12 ani de implementare a măsurilor din planul național de acțiune. Relevantă pentru această afirmație este analiza indicatorului *speranță de viață în rândul femeilor*. În anul 2000, într-un studiu realizat de Ina Zoon, se menționează faptul că speranța de viață în rândul femeilor rome este cu 10 ani mai mică decât în rândul populației majoritare. După 12 ani, în contextul în care femeile rome sunt incluse în grupul țintă al mediatorului sanitar, conform unui raport realizat de organizația Sastipen, speranța de viață în rândul femeilor înregistrează o valoare critică de 16 ani diferență între femeile rome și cele nerome.

Dacă ne referim la măsuri cu adevărat implementate și bugetate de către stat, constatăm că singura măsură implementată de Ministerul Sănătății în domeniul sănătății romilor o constituie programul de mediere sanitară. Dacă analizăm fișa de post a mediatorului sanitar și măsurile

regasite în planul de măsuri din strategia națională pentru romi, capitolul sănătate, constatăm că toate acele măsuri au fost transformate în activități delegate mediatoarelor sanitare. Practic, prin programul de mediere sanitară, autoritățile responsabile au impus măsurile regăsite în planul de acțiune, fără să fie nevoie să investească alte resurse financiare în derularea de acțiuni specifice. Însă, programul de mediere sanitară face parte din programul de asistență medicală comunitară adresat populației vulnerabile, inițiat de Ministerul Sănătății în perioada 2000-2001 și analizând acest context, a apărut o întrebare importantă care m-a ghidat în cadrul programului de doctorat și anume: ***în condițiile în care Ministerul Sănătății are un cadru general de politică publică în domeniul sănătății în care sunt inclusi toți cetățenii, de ce problematica sănătății romilor trebuia abordată separat, într-un document specific de politică publică adresate acestei minorități?*** Totodată, încercând să găsesc și alte răspunsuri la propriile mele frământări, alte întrebări complementare au apărut, influențând programul de cercetare, respectiv ***care au fost argumentele care au stat la baza dezvoltării unor măsuri specifice populației de etnie romă în domeniul sănătății, în cadrul unei strategii guvernamentale?***

- ***Care a fost impactul politicilor publice pentru romi în domeniul sănătății și ce schimbări majore au provocat aceste politici în beneficiul stării de sănătate a individului și a comunității?***
- ***Care sunt măsurile pe care factorii decidenți trebuie să le dezvolte astfel încât romii să beneficieze în egala măsură cu majoritarii de serviciile de sănătate publică?***

Studiile și cercetările în domeniul sănătății populației au demonstrat că bolile cu care se confruntă cetățenii romi nu diferă de bolile cu care se confruntă cetățenii neromi și că factorii care determină starea de sănătate sunt aceiași atât în rândul romilor cât și în rândul neromilor.

- ***Pornind de la principiile teoriilor cu privire la statul bunăstării, capacității și cetățeniei, această lucrare a fost fundamentată pe credința că, în condițiile în care statul este preocupat de bunăstarea cetățenilor, romii fiind cetățeni ai statului român, ei au dreptul să beneficieze în mod egal de politicile naționale implementate în domeniul sănătății.***

În construcția cadrului teoretic, am integrat problematica sănătății romilor din România în contextul internațional (analiza situației romilor din Europa Centrală și de Est) și am pornit de la analiza literaturii de specialitate, raportată la teorii cu privire la cetățenie și teorii cu privire la statul bunăstării și capacități, literatură care tratează problematica romilor atât ca minoritate națională cât și ca minoritate europeană. Conceptele științifice care definesc cadrul teoretic al

prezentei lucrări se referă la patologia socială, dezorganizarea socială, conflictul de valori, comportamentul deviant și etichetările sociale, care au făcut parte.

Tema de cercetare este relevantă atât din punct de vedere științific/academic, pentru că lucrarea vine în sprijinul cercetătorilor care analizează necesitatea dezvoltării de politici specifice adresate minorităților (etnice, religioase, s.a), cât și din punct de vedere social/politic deoarece analiza propusă scoate în evidență erorile care au afectat procesul de implementare a politicilor publice în domeniul sănătății romilor și face referiri punctuale cu privire la cum trebuie îndreptată situația în contextul în care pe agenda publică românească, în prezent, subiectele *“descentralizarea serviciilor de sănătate și implementarea reformei în sănătate”* sunt subiecte de interes general.

Literatura de specialitate studiată oferă informații despre o serie de factori care influențează starea de sănătate a populației, dar printre factorii identificați sunt și o serie de variabile contextuale care oferă o explicație cu privire la situația de fapt. De aceea, consider că este nevoie de explicații clare pentru actuala situație a romilor din România din punct de vedere al sănătății, aducând astfel clarificări cu privire la necesitatea politicilor publice pentru romi în domeniul sănătății.

Având în vedere complexitatea domeniului analizat, precum și lipsa datelor cantitative și calitative în domeniul sănătății romilor din România, dorind să analizez cu datele proprii idea de bunăstare umană și normalitate în domeniul sănătății și accesul la servicii de sănătate a acestei populații, am redactat o teză pe care am împărțit-o în trei părți, respectiv: Partea I- care conține aspectele teoretice privind necesitatea dezvoltării de politici publice care să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a populației de etnie romă ; Partea a II-a- care conține metodologia de cercetare precum și rezultatele cercetării obținute prin aplicare de chestionare și interviuri unui eșantion alcătuit din respondenți romi și neromi; Partea a III-a- care conține concluziile finale, incluzând și o scurtă analiză a nevoilor de dezvoltare a unui sistem de asistență medicală comunitară care, în contextul crizei din sistemul de sănătate, să asigure acces populației defavorizate la asistență medicală de bază.

Din punct de vedere teoretic, măsurile de protecție socială aplicate egal, fără discriminare, trebuie să furnizeze răspunsuri proporționale cu dificultățile cărora romii sunt obligați să le facă față. Într-un sistem lipsit de discriminare, romii ar trebui să beneficieze de programele guvernamentale în egala măsură cu restul populației care se confruntă cu un tip similar de excluziune socială, fără să fie nevoie de abordări speciale recomandate de autoritățile europene și abordate cu superficialitate de autoritățile naționale.

Capitolul 1– Necesitatea dezvoltării de politici publice care să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a populației de etnie romă

1.1 Date generale despre numărul populației de etnie romă din România

Numărul populației de etnie romă din România a constituit și constituie în continuare o preocupare a diferiților experți din domeniul politicilor publice, antropologiei, sociologiei, demografiei. Majoritatea cercetărilor conduc la concluzii care nu fac decât să reproducă, în mod vicios, aceleași postulate de la care se pornise respectiv, faptul că populația romă este exclusă din viața economico-socială, trăiește în sărăcie accentuată, este marginalizată, este lipsită de calificare, dar pentru toate acestea, nimeni nu formula și soluții concrete de rezolvare a acestei crize cronice.

În ceea ce privește numărul populației de etnie romă, în România, conform recensământului populației, realizat în anul 2011 de către Institutul Național de Statistică, este înregistrat oficial un număr de 621.600 persoane aparținând minorității romilor, reprezentând un procent de 3,3% din populația generală a României. Analizând rezultatele oficiale înregistrate în perioada 1992-2011, constatăm o ușoară creștere a numărului persoanelor de etnie romă care și-au declarat identitatea etnică, respectiv, în anul 1992, la recensământul populației a fost înregistrat un număr de 409.723 persoane (1,8% din populația generală) și în anul 2002 a fost înregistrat un număr de 542.500 persoane (2,5% din populația generală).

Estimările neoficiale realizate de diverși observatori/experti scot în evidență un număr semnificativ mai mare al populației de etnie romă care locuiește pe teritoriul României. Astfel, conform studiului sociologului Cătălin Zamfir, în România trăiesc neoficial aproximativ 1,2 milioane de etnici romi, estimare realizată *“după modul de viață specific rom”*. Acest *„mod de viață”* definit de C. Zamfir în lucrarea *„Țigani între ignorare și îngrijorare”* (1992), descris ca mod distinctiv al romilor de restul populației, a rezultat nu din diferențele de limbă, religie sau folclor, ci din diferențele specifice de *„locuire, îmbrăcăminte și modalități diverse de obținere a resurselor necesare vieții”*. Generalizarea acestor cu privire la populația romă a fost preluată în multe dintre discursurile formatorilor de opinie care, sub mantia multiculturalismului, au adus prejudecii de imagine unei minorități naționale care este formată din cel puțin 18 subgrupuri cu diferențe culturale și lingvistice care nu permit generalizarea și includerea în aceeași categorie.

Un alt studiu realizat de ICCV, în anul 1998, propunea o estimare de aproximativ 1,5 milioane de romi, dintre care doar 65% se autoidentifică. Vasile Ghetau (1996) estima un număr de

1,5-2 milioane de etnici romi, iar Dumitru Sandu (2005) estima populația de etnie romă între 730.000 – 970.000 de persoane. (Badescu et al. 2007, 12)

În ceea ce privește numărul neoficial al romilor din România, regăsim informații și în declarațiile liderilor formali și informal ai romilor care estimează cifra de 2,5-3 milioane de persoane de etnie romă care locuiesc în România, dar nici una dintre aceste cifre nu a fost justificată printr-o metodologie de calcul articulată. În studiul „Romi în România” realizat în anul 2002, autorii menționează că această supraestimare realizată de societatea civilă romă a fost mai degrabă aceea de *„a obține un suport mai consistent pentru organizațiile romilor și pentru programele lor de suport ale etniei”*. Tot în același studiu, autorii menționează faptul că aceste cifre neoficiale au fost preluate și în lucrări cu caracter academic publicate în țară și străinătate și chiar în documente oficiale. (Zamfir și Preda, 2002, 11). Această afirmație este ușor demontată de alte studii și cercetări care au analizat situația romilor din România. De exemplu, în studiul „Barometrul Incluziunii romilor” realizat în anul 2007 de către Fundația Soros, autorii menționează faptul că estimările medii realizate de către locuitorii României, romi și neromi, surprind prin faptul că sunt de zece ori mai ridicate decât estimările experților. În medie, atât romii cât și neromii, consideră că în România, aproximativ 25% din locuitorii țării noastre sunt romi. (Badescu et al. 2007, 12) Și această estimare poate fi interpretată deoarece, în contextul în care ești rasist, xenofob, oamenii de altă etnie par întotdeauna mai mulți decât sunt.

În lucrarea „*Romii din România*”, sociologul Marian Preda menționează faptul că diferența semnificativă dintre numărul înregistrat oficial de către autoritățile române, conform recensământului populației, și numărul neoficial menționat de către experții în domeniu, precum și lideri formali și informal ai romilor, are explicații ce țin fie de reperele istorice ale acestei minorități fie de prejudecățile și stereotipurile societății românești care a creat o imagine socială negativă, stereotipală, de care unii romi au vrut să se disocieze (Zamfir și Preda, 2002, 12).

Exterminarea romilor prin deportări, pogromurile, acțiunile care au perpetuat în timp teama de recunoaștere a etniei, precum și procesul de asimilare forțată inițiat în perioada comunistă, interzicerea folosirii limbii romani, stigmatizarea și experiențele de discriminare din partea societății, toate acestea au contribuit la nedeclararea reală a etniei. La toate acestea se poate adăuga lipsa încrederii în autorități, coroborată cu un proces vicios de recenzare, datorat refuzului ferm al autorităților publice de a colecta date statistice dezagregate după etnie și protecția datelor cu caracter personal, acțiuni care nu au contribuit la obținerea unor date statistice pe deplin credibile. (Giurca et al, 2012, 24)

În lucrarea „Romii din România”, autorul Marian Preda menționează că între aceste valori extreme determinate pe de o parte de interesele de grup, pe de alta parte de subdeclararea oficială a etniei rome pe fondul stigmei asociate adesea cuvintelor *rom* și mai ales *țigan*, a proceselor de pierdere a identității de către unii romi care au trecut de la stilul de viață tradițional la cel modern (inclusiv uitarea limbii romani), se află probabil numărul real de romi din România. (Zamfir și Preda, 2002,11).

Sociologul Doru Buzducea menționează că în lipsa cunoașterii numărului real al romilor din România, estimarea este o necesitate pentru realizatorii de politici publice care, pe lângă aceste estimări, iau în considerare și principiul asumării apartenenței cetățeanului la o etnie. În cazul romilor, conștiința apartenenței la etnie se manifestă cu putere la unele neamuri, dar este gradual redusă la altele, în special în rândul romilor asimilați care, datorită acțiunilor afirmative, au posibilitatea de a se declara sau nu romi, în funcție de interes. (Buzducea, 2013, 108)

Astfel, apare fenomenul oportunismului etnic și în astfel de cazuri reglementările naționale și internaționale fac referire la dreptul individului de a-și declara apartenența etnică, religioasă, s.a. Un exemplu în acest sens sunt programele de măsuri afirmative (locuri pentru romi în licee și facultăți, diferite programe de asistență socială, sanitară, s.a) care, prin avantajele oferite celor care se declară romi, pot determina persoane din alte etnii sau din rândul populației majoritare să se declare romi. (Zamfir și Preda, 2002,12)

În ceea ce privește numărul romilor din România, în studiul „Economia socială a grupurilor vulnerabile” (2013), sociologii G. Rădulescu și M. Sandu menționează că o cauză care conduce la această imposibilitate de a realiza o evaluare statistică reală o constituie criza identitară etnică, agravată de politica agresivă de asimilare exercitată asupra romilor, ale cărei consecințe se manifestă și astăzi. În plus, cercetările furnizează date contradictorii, de multe ori în contrast cu vizibilitatea romilor în spațiul public românesc, oferind în schimb date alarmante, indicii calitative privind nivelul sub limita decenței la care se află traiul celei mai mari părți a romilor sub toate aspectele posibile: standard de viață, de civilizație, nivel de educație, acces la servicii de sănătate, etc. (Buzducea, 2013, 108)

Refuzul autorităților naționale de a colecta indicatori statistici dezagregați după etnie are ca rezultat date statistice viciate, ce pun decidenții politici în imposibilitatea de a dimensiona nevoia unor politici publice, de a evalua impactul politicilor publice dezvoltate, ori de a monitoriza procesul îndeplinirii indicatorilor stabiliți. (Giurca et al, 2012, 24).

1.2 Romii - o minoritate europeană

Romii, reprezintă una dintre cele mai mari minorități etnice din Europa, estimările indică existența unui număr de 10-12 milioane de persoane de etnie romă care locuiesc în diferite state din UE. (Giurca et al, 2012, 22).

Agencia pentru Drepturi Fundamentale - FRA a Uniunii Europene, în prefața studiului „*Situația Romilor în 11 state membre ale UE*”, realizat în 2012, face referire la necesitatea de implicare a instituțiilor locale, regionale, naționale și europene în procesul de incluziune socială a romilor, menționând că romii reprezintă cea mai mare minoritate europeană, numărând între 10-12 milioane de persoane. (FRA, 2012, 3)

, Totodata, diversitatea de neamuri prezintă o multitudine de elemente diferite/specifice și conduce la necesitatea de a trata diferit problemele populației de etnie romă. În contextul globalizării, statele membre și instituțiile europene fac eforturi considerabile în procesul de incluziune socială a romilor însă, ca și în cazul României, realizatorii de politici pentru romi de la nivel european nu au luat în calcul aceste diferențieri între neamurile de romi și specificul țărilor din care aceștia provin, fapt care a condus la obținerea unor rezultate insuficiente în raport cu documentele programatice. Distincția fundamentală între neamurile de romi, trebuie făcută pentru că aceste deosebiri iau forme de manifestare fie în limbă, obiceiuri și ocupații, fie în modul de viață, în general. Angus Fraiser (1995) menționează faptul că încă de la apariția lor în Europa, romii au refuzat să se înscrie în cadrele existenței stabile conformă cu convențiile sociale acceptate. Asa se face că obiceiurile și cultura romilor au ramas neînțelese, păstrarea propriei identități izbindu-se de respingerea societăților cu care au conviețuit sau au venit în contact. În plus, în istoria lor, chiar dacă apar elemente pozitive la unele neamuri de romi, elemente analizate prin prisma meseriilor și obiceiurilor, imaginea generală este una care implica persistente conotații negative. (Fraser, 1995, 311).

La fel ca în cazul României și la nivelul UE datele statistice cu privire la numărul romilor variază. În studiul „Romii în Europa”, publicat în anul 2008, autorul Jean Pierre Liegeois indică existența a unui număr de 7-9 milioane de persoane de etnie romă și menționează că puternicile valuri migratoare fac și mai aleatoare evaluarea numărului de romi, nu din cauza statisticilor, ci din cauza mișcărilor numeroase și în valuri ale etnicilor romi. (Liegeois, 2008, 30).

În istoria Europei, romii sunt menționați ca minoritatea care a avut cel mai mult de suferit datorită proceselor de repingere manifestată în diferite state și mai târziu asimilării forțate. Conform studiului “Romii în Europa”, până în secolul XIX, romii au fost supuși unui proces de

excludere și reclusiune. Începând cu secolul XX, la nivelul statelor europene, apar politici de integrare autoritară a romilor având la bază nerecunoasterea statutului lor de minoritate națională. Acest lucru se observă mai pregnant în fostele state socialiste de exemplu în România și Ungaria, romii erau considerați o minoritate socială care trebuia să se integreze în societate. Politica socialistă europeană propunea integrarea rapidă a romilor, însă acest proces s-a desfășurat pe parcursul a treizeci de ani. (Liegeois, 2008, 112)

Începând cu anii 1990, abordarea problematicei romilor la nivel european capătă o altă dimensiune. Organizațiile romilor devin din ce în ce mai implicate în negocierile politice europene și în procesul de luare a deciziilor. Semnalarea cazurilor de încălcare a drepturilor omului regăsite în fostele state socialiste, punerea pe agenda publică europeană a problematicei excluziunii sociale a romilor din țările ex-socialiste, valurile masive de migrație a populației din țările din Europa de Est în țările considerate dezvoltate, precum și dorința statelor europene de a-și proteja cetățenii față de invazia populației migratoare, a determinat organizațiile europene (Consiliul Europei, OSCE și instanțe ale Uniunii Europene) să dezvolte acțiuni în beneficiul romilor și totodată să avertizeze statele membre UE cu privire la necesitatea respectării valorilor fundamentale ale omului. (Liegeois, 2008, 128)

Uniunea Europeană, într-un mod susținut, și-a manifestat interesul față de problematica romilor. Parlamentul European a solicitat repetat Comisiei Europene și statelor membre informații cu privire la situația romilor. Prima inițiativă importantă pentru minoritatea romilor este demarată în 1984, când Parlamentul European adoptă o rezoluție cu privire la situația romilor din spațiul european prin care recomandă guvernelor statelor membre să-și coordoneze atitudinile și angajează Comisia Europeană în elaborarea unor programe finanțate din fonduri comunitare, în vederea ameliorării situației romilor fără să aducă prejudicii valorilor lor culturale. După 1984, Parlamentul European este în continuare interesat de problematica romilor și în anul 1990 include printre propunerile prioritare deschiderea unei linii de buget care să permită posibilitatea punerii în practică a acțiunilor necesare în vederea ameliorării situației romilor, făcând astfel posibilă dezvoltarea unei abordări globale și structurale. (Liegeois, 2008, 210-212).

În decursul anilor 2000, problematica romilor devine un punct principal pe agenda publică a Uniunii Europene mai ales în contextul cererilor de aderare din partea statelor Europei Centrale și de Est. Astfel, UE impune statelor candidate ca rezolvarea problematicei romilor să devină o prioritate și condiție obligatorie pentru aderare. (Liegeois, 2008, 214).

În anul 2005, Parlamentul European adoptă o nouă rezoluție cu privire la situația romilor în Uniunea Europeană. Astfel, în acord cu această rezoluție, Parlamentul European invită statele membre și țările candidate să ia în considerare recunoașterea romilor ca minoritate europeană și recomandă o serie de acțiuni pentru ca discriminarea romilor să fie exclusă din toate domeniile și pentru ca participarea romilor la procesul de luare a deciziilor și în viața politică să se faca mult mai ușor. (Liegeois, 2008, 215).

În anul 2011, având la bază studiile realizate de Banca Mondială și Agenția pentru Drepturi Fundamentale (FRA) în care se menționează necesitatea de a implica mai activ statele membre în procesul de incluziune socială a populației de etnie romă prin responsabilizarea autoritatilor locale, regionale, naționale și europene, adoptă cadrul european pentru strategiile naționale de integrare a romilor până în 2020. (FRA, 2012, 3).

Consiliul Europei, prin instanțele sale, și-a manifestat interesul față de problematica romilor încă din anul 1969. Prin Recomandarea 563/1969, Consiliul Europei a atras atenția asupra situației comunităților cu romi privind discriminarea, locuirea, școlarizarea, securitatea socială și îngrijirile medicale. Prin Rezoluția (75)13, adoptată de Comitetul Miniștrilor în anul 1975, sunt abordate chestiuni de politică generală, staționare și de locuire, educație și orientare profesională, de acțiune sanitară și de securitate socială, toate adresate populației de etnie romă. (Liegeois, 2008, 217).

Începând cu anii 1990, ca urmare a politicilor intense în ceea ce privește minoritățile a căror urgență devine o componentă europeană fundamentală pentru Consiliul Europei, problematica minorităților și în special a romilor devine prioritară. În acord cu Recomandarea 1177(1992) privind drepturile minorităților, Consiliul Europei formulează forme juridice specifice privind protecția minorităților bazate pe Convenția Europeană a Drepturilor Omului. În același an, Comitetul Miniștrilor, în conformitate cu Recomandarea nr. R(92)10, cere statelor membre îndeplinirea obligațiilor față de minorități și utilizarea mecanismelor existente pentru ameliorarea situației minorităților. În anul 1993 este adoptată Recomandarea 1203 privind situația romilor în Europa, prin care se recomandă Comitetului de Miniștri să întreprindă inițiative în domeniul culturii, educației, informației, egalității în drepturi, echității în viață zilnică, precum și realizarea de lucrări de cercetare, cooperare cu Uniunea Europeană, consultarea cu societatea civilă romă și desemnarea unui mediator. (Liegeois, 2008, 218).

Coordonarea în ceea ce privește politicile privind situația romilor, dezvoltarea relațiilor cu organizațiile romilor, cooperarea cu alte organizații internaționale implicate (OSCE, U.E) s-a aflat

pe lista de priorități a Consiliului Europei în perioada 1994-1996, astfel corespondentul CE a fost desemnat pentru a ocupa o funcție în cadrul Punctului de Contact pentru Romi și Sinti din cadrul OSCE. În anul 1996, la solicitarea Comitetului de Miniștri s-a realizat un raport al situației romilor în Europa, document care a stat la baza înființării unui grup de specialiști desemnați de guvernele statelor membre să ofere sprijin și să consilieze Comitetul de Miniștri în chestiuni legate de situația romilor. Acest grup constituie primul organism al Consiliului Europei, stabilit cu statut permanent, pentru a urmări situația romilor în Europa. (Liegeois, 2008, 221).

Jean Pierre Liegeois, în lucrările sale, prezintă care sunt recomandările realizate de-a lungul timpului de către Consiliul Europei cu privire la romi și menționează implicarea activă a organismelor Consiliului Europei în problematica romilor. Tot Liegeois menționează și rolul pe care, Punctul de Contact pentru Romi și Sinti din cadrul OSCE l-a avut alături de Consiliul Europei în procesul de punere pe agenda publică europeană a problematicei romilor. Una dintre dovezile în acest sens o reprezintă Decizia nr.3/2003 adoptată în anul 2003, la Maastricht, de către Comitetul de Miniștri, este vorba de documentul intitulat „Planul de acțiune al OSCE pentru îmbunătățirea situației Romilor și Sinti din Europa”. (Liegeois, 2008, 221-225)

Consiliul Europei menționează în rapoartele sale că discriminarea, sărăcia, excluziunea socială, lipsa de educație, accesul redus la serviciile medicale de bază, lipsa de locuințe sunt probleme majore cu care romii se confruntă zilnic. Cu toate că, în ultimul deceniu, politicile antidiscriminare și inițiativele privind ameliorarea condițiilor de viață și a integrării sociale a persoanelor de etnie romă s-au înmulțit, la nivel european, romii reprezintă grupul cel mai discriminat în raport cu alte minorități naționale și cel mai expus excluziunii sociale. În plus, romii se confruntă cu o situație de excluziune socio-economică acută, reprezentând cea mai mare dar și cea mai săracă minoritate din Europa. (Giurca et al, 2012, 22)

Principală cauză care a condus la această situație descrisă de rapoartele organismelor internaționale o reprezintă abordarea globală și unitară pe care instituțiile europene au adresat-o problematicei romilor în contradicție cu recomandările specialiștilor de a ține cont de diversitatea culturală a romilor din Europa precum și de politicile și programele naționale adresate populației vulnerabile. Însă este de apreciat faptul că organisme internaționale au recunoscut neglijarea și negarea romilor de-a lungul secolelor și au inițiat proiecte și acțiuni europene, luând în calcul și principiul participării romilor în procesul de luare a deciziilor cu privire la propria lor bunăstare. Având în vedere situațiile descrise în rapoartele organismelor internaționale, constatăm că, în continuare, este nevoie să avem politici europene coerente, bazate pe principiul egalității de șanse

și diversității culturale, care să fie puse în practica de statele membre, însă adaptate politicilor naționale.

La nivel european, romii sunt percepuți ca o „o problema de integrare” care necesită abordarea unor măsuri specifice. Însă, având în vedere istoria acestei minorități în Europa, constatăm că, chiar și în contextul recunoașterii statutului minorităților naționale, romii au rămas o minoritate care, în continuare, este supusă procesului de izolare, proces mascat sub termenul de *incluziune*. În noul context european, bazat pe principiul liberei circulații, romii trebuie să devină un model de coexistență pentru cetățenii Europei, un model de incluziune europeană. (Liegeois, 2008, 262), practica ne va arata dacă acest deziderat va putea fi realizat.

În prezent, instituțiile europene sunt implicate activ în procesul de rezolvare a problematicei romilor. Pentru a reduce inegalitățile dintre populația romă și non-romă, Agenția pentru Drepturi Fundamentale – FRA recomandă ca strategiile naționale să fie implementate eficient și recomandă statelor membre dezvoltarea unor instrumente de monitorizare eficiente care să permită măsurarea progresului înregistrat în procesul de incluziune socială a romilor. (FRA, 2012, 28)

1.3 Descriere generală a situației romilor din România pre și post-descembristă

Romii din România au constituit o categorie de populație invizibilă în documentele de politici publice sau documentele programatice în perioada regimului comunist. (Giurca et al, 2012, 13). În perioada comunistă, spre deosebire de alte minorități din România, romii nu erau recunoscuți ca o etnie sau minoritate în adevăratul sens al cuvântului, iar identitatea lor era luată în consecință mai ales din perspectiva socială. Problema romilor nu era tratată decât în termeni de progres social. Romii erau percepuți ca elemente alogene care trebuiau supuse procesului de românizare, cu atât mai mult cu cât identitatea romilor era asimilată unei culturi a sărăciei și a subdezvoltării. (Pons, 1995, 30)

Emaluelle Pons (1995) menționează în lucrarea sa că, sub pretextul sprijinirii modelului unic al muncitorului socialist, partidul comunist exploata în scopuri naționaliste argumente ale teoriei marxist-leniniste, care operează în termeni de clase și nu de minorități naționale. În realitate, comuniștii vizau crearea unei națiuni omogene din punct de vedere etnic și utilizau procesul de eliminare treptată a diferențelor naționale, indus de marxism-leninism, ca pe un mijloc de asimilare a diverselor minorități din România. Conceptul de uniformizare socială stătea la baza justificării politicii de asimilare duse de guvernul communist față de minorități, în special față de romi.

Situația minorităților din România era strâns legată de relațiile guvernului cu țările de origine ale acestora. Considerentele de politică externă influențau decisiv tratamentul minoritarilor (germanii, tătarii, turcii etc.). Lipsiți de un stat de referință și de mijloace de presiune decurgând din politica externă, romii nu au beneficiat de astfel de măsuri și au fost considerați întotdeauna o etnie minoră. Principala problemă a romilor era cea legată de integrarea lor în ”noua” societate modernă comunistă. Politica statului și cea a societății în ansamblu, a fost cea de asimilare culturală și etnică populației majoritare. Romii au fost tratați ca minoritate socială care trebuia integrată în noua organizare economică și socială socialistă. Măsurile luate în acest sens, neținând cont de specificul diferitelor grupuri de romi, au desincronizat procesul integrării sociale de cel al asimilării etnice. Romii au făcut față acestei politici de asimilare mai greu decât alte minorități, întrucât ei nu posedă criterii tradiționale definitorii pentru o națiune: teritoriu, stat, economie, limbă. Totuși, după opinia unora dintre liderii romi, politica regimului comunist le-a permis romilor o anumită ascensiune socială. Sistemul de ajutorare socială creat de comuniști viza în mod deosebit familiile de romi a căror situație materială era foarte precară. După căderea regimului comunist în România, romii și-au câștigat recunoașterea și statutul de minoritate națională prin Constituția României și respectiv Legea electorală din 1991. Această schimbare a permis atât participarea romilor la viața politică prin reprezentarea lor în Parlament, cât și afirmarea identității etnicea acestora în societatea postdecembristă. Guvernele, organizațiile internaționale și romii înșiși s-au angajat într-o căutare dificilă, adeseori controversată, pentru a găsi soluții eficiente problemelor cu rădăcini adânci, atât din interiorul comunității romilor cât și în relațiile dintre populația romă și cea majoritară. Colapsul comunismului în Europa Centrală și de Est, precum și izbucnirile, uneori violente, îndreptate împotriva romilor, au condus la conștientizarea etnică și la mobilizarea comunității. (Pons apud Radulescu, 2010)

Transformările care s-au produs în România, după căderea regimul comunist, s-au dovedit dramatice pentru minoritatea romilor. Romii care prestau munci secundare și mai puțin calificate sunt primii afectați de aceste transformări în societatea românească. Polarizarea socială la nivelul celor două categorii de bogați și săraci este o caracteristică comună și populației majoritare, cu mențiunea că decalajul este mai puternic în cadrul populației de romi și că ponderea de săraci este cu mult mai mare. La agravarea situației contribuie și creșterea demografică puternică, declanșată încă din timpul regimului comunist, care a stimulat, prin alocații și indemnizații, existența familiilor cu mulți copii . În aceste condiții, familia de romi a devenit cu mult mai numeroasă (în medie 5 persoane pe familie față de media pe țară de 3.1 persoane). Numărul mare de copii din

familia de romi agravează situația materială de mai târziu a familiei. (Pons apud Radulescu, 2010)

În lucrarea *Țigani din România: o minoritate în tranziție*, E. Pons (1995) menționa că politica socială în România post-comunistă a avut trei etape: una reparatorie care a durat până la instaurarea primului guvern, o a doua urmată de construirea unui cadru legal și instituțional de politică socială și o etapă efectivă a tranziției cu o politică socială reactivă, fără concepție. În cadrul acestora trebuia să se țină seamă de faptul că România nu este una din țările tradițional sărace, ci este sărăcită brusc și masiv de noile condiții socio-economice. Astfel, în etapa reparatorie, sub noua guvernare, în 1991 s-a votat o lege funciara de privatizare a terenurilor, respectiv Legea 18/1991. Aceasta lege reglementa redistribuirea pământurilor colectivizate de comuniști persoanelor particulare. Romii nu fuseseră proprietari înainte de colectivizare, dar mulți au lucrat în cooperativele agricole și ar fi trebuit să se țină cont de acest lucru și romii, foști muncitori în CAP-uri, să beneficieze de dispozițiile respectivei legi funciare (articolul 14). În realitate, romiinu s-au putut bucura de aceasta măsură. În unele localități rezerva de pământ s-a spus că esteinsuficientă în raport cu numărul mare de cereri, ceea ce îi împiedică pe romi să primească teren. În această situație, mulți dintre cei care lucraseră în agricultură au fost obligați să migreze către zonele urbane în căutare de lucru. Un grup mare de persoane lipsite de locuințe și rezidenți “ilegali” au apărut în zonele urbane, mai ales București, măbind numărul populației vulnerabile de romi. Toate aceste noi condiții socio-economice au dus la marginalizarea mai puternică a foștilor lucratori romi din industrie și agricultură.

După prăbușirea regimului comunist, în contextul în care România trecea la sistemul statului de drept, bazat pe economia de piață și la societatea de tip pluralist, romilor le-a fost îngreunată posibilitatea de a obține un loc de muncă. În plus, având o slabă pregătire educațională și profesională, aceștia au fost puși în incapacitatea de a-și menține locurile de muncă sau de a concura pentru acestea. Astfel, multe familii care aveau slujbe și locuințe de la marile întreprinderi, odată cu disponibilizarea lor, și-au pierdut și dreptul la domiciliu în zonele urbane. (Pons apud Radulescu, 2010)

Emmanuelle Pons (1995) menționează că, după prăbușirea regimului comunist, o altă problemă cu care se confruntă populația de etnie romă și cea mai importantă după opinia liderilor romi, o reprezintă excluderea socială. Specificul excluderii sociale la populația de romi din România, constă în existența unor surse de excludere întreținute de populația majoritară. Cel mai important factor de excludere socială constă în lipsa actelor de identitate. Acest factor reprezintă excluderea persoanelor de la drepturile de cetățeni ai statului român: dreptul la educație, la servicii

sanitare, la alocații pentru copii, la asistență socială și asigurări sociale. Un alt factor important îl reprezintă lipsa educației și nefrecventarea școlii, lucru care determină clar excluderea socială. Educația reprezintă, în cele mai multe cazuri, singura modalitate de a scăpa din cercul vicios al excluderii. Discriminarea reprezintă un alt factor important de excluziune. Conform rapoartelor UE, populația de etnie romă continuă să fie subiect al discriminării sub diferite forme. Potrivit Raportului Administrației Prezidentiale realizat în anul 2009, locurile de munca disponibile în România se acordă pe criterii diferențiate care țin și de apartenența candidatului la o anumită comunitate. De asemenea, în societatea românească romii sunt uneori discriminați și de către reprezentanții administrației publice locale/centrale, precum și în ceea ce privește accesul în locurile publice.

Excluderea socială și sărăcia sunt două fenomene care primează atunci când analizăm situația romilor din România. Experții menționează necesitatea abordării acestor fenomene prin politici publice integrate, strategice și sustenabile bazate pe realitate. Sintagma *“abordare integrată”* apare tot mai des în documentele strategice ale României, dar și în discursuri din sfera Uniunii Europene, de la experții pe problemele romilor, responsabili de realizarea politicilor publice, până la lucrătorii de la firul ierbii.

Exemplul cel mai bun în explicarea necesității implementării politicilor publice având la bază abordarea integrată îl regăsim în studiul realizat de organizația *Agentia Împreună* în anul 2013. În acest studiu, autorii menționează că infrastructura și condițiile de locuire au un efect direct asupra stării de sănătate și de igienă a populației respective. La rândul său igiena devine unul dintre factorii de discriminare a romilor de către personalul medical, ceea ce constituie un motiv pentru care un procent semnificativ dintre romii aflați în această situație să evite să acceseze serviciile de sănătate. Mergând mai departe cu acest raționament, știm că lipsa de igienă determină excluderea copiilor romi de la procesul de educație, ceea ce determină apoi imposibilitatea lor de a avea o calificare și un loc de muncă și mai târziu, ca adulți, imposibilitatea de a avea o locuință pe care să o poată întreține din punct de vedere al costurilor. Toate acestea arată clar că abordarea integrată presupune elaborarea de pachete de măsuri din domenii diferite care să abordeze problemele acumulate și interconectate ale comunităților, în mod strategic. O comunitate cu condiții de locuit precare, fără infrastructură și venituri suficiente nu are cum să răspundă pozitiv la acțiuni în domeniul educației atât timp cât problemele de supraviețuire imediată nu sunt rezolvate. (Duminică, 2013,10). În aceste condiții, comunitățile de romi nu pot

răspunde pozitiv idealului de integrare pe care societatea românească îl cere acestei populații, atât timp cât supraviețuirea rămâne singurul ideal la care acestea se raportează.

Prin elaborarea și asumarea Strategiei Naționale de Îmbunătățire a Situației Romilor, Guvernul României a recunoscut că există o problemă a romilor care impune politici coerente de incluziune socială, civică, economică și politică. Altfel spus, este vorba de participarea civică, în condiții de șanse egale, a romilor într-un sistem democratic, de accesul nediscriminatoriu la o slujbă și la un trai decent, de accesul egal la serviciile sociale furnizate de stat.

Rezolvarea situației romilor a devenit un obiectiv fundamental pentru politica României, obiectiv pe care Guvernul României și l-a asumat incluzându-l în programul de guvernare. Însă, pornind de la principiile abordării integrate, atât HG 430/2001 -Strategia de îmbunătățire a situației romilor 2001-2010, cât și HG 1221/2011- Strategia de incluziune a cetățenilor români de etnie romă, în afara faptului că evidentiază o serie de măsuri care nu sunt conectate unele cu altele, nu prioritizează măsurile menite să contribuie cu precadere la procesul de rezolvare a problemelor. (Duminică, 2013, 11)

Din punct de vedere teoretic, măsurile de protecție socială aplicate egal, fără discriminare, trebuie să furnizeze răspunsuri proporționale cu dificultățile cărora romii sunt obligați să le facă față. Într-un sistem lipsit de discriminare, romii ar trebui să beneficieze de programele guvernamentale în egală măsură cu restul populației care se confruntă cu un tip similar de excluziune socială, fără să fie nevoie de abordări speciale recomandate de autoritățile europene și abordate cu superficialitate de autoritățile naționale. (Pons apud Radulescu, 2010)

1.4 Incluziunea socială a populației de etnie romă.

În România, politicile de promovare a incluziunii sociale a romilor se regăsesc într-o serie de documente naționale care preiau elemente europene: Planul Național pentru Combaterea Sărăciei și Promovarea Incluziunii Sociale, Planul Național de Dezvoltare 2007 - 2013, Cadrul Național Strategic de Referință 2007- 2013, Programul Operațional Sectorial - Dezvoltarea Resurselor Umane, Programul de guvernare 2009 - 2012 și o strategie specifică „Strategia de îmbunătățire a situației romilor din România 2001 - 2010”, document care a fost revizuit periodic în 2006 și apoi în 2011, când s-a elaborat un alt document denumit „*Strategia Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității romilor pentru perioada 2011 - 2020*”, cu scopul declarat de a asigura incluziunea socio-economică a cetățenilor români aparținând minorității rome, prin implementarea unor politici integrate în domeniul educației,

ocupării forței de muncă, sănătății, locuirii, culturii și infrastructurii sociale. (Giurca et al, 2012, 13)

Termenul de incluziune socială a fost preluat automat în limbajul comun românesc, chiar dacă Dicționarul Explicativ la Limbii Române oferă o definiție care are destul de puțin de a face cu înțelegerea pe care o dau conceptului diferitele documente oficiale. Dicționarul Explicativ al Limbii Române ne oferă o înțelegere a conceptului prin utilizarea termenului *include*, care este definit ca “*acțiunea de a include și rezultatul ei; cuprindere, înglobare*”. (Moisa, 2012, 6)

Conform Legii nr. 448/2006 republicată, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, ***incluziunea socială*** reprezintă *setul de măsuri și acțiuni multidimensionale din domeniile protecției sociale, ocupării forței de muncă, locuirii, educației, sănătății, informării și comunicării, mobilității, securității, justiției și culturii, destinate combaterii excluziunii sociale.*

Conform acestei definiții, în înțelegerea conceptului de incluziune socială, trebuie să ne concentrăm pe definirea conceptului de excluziune socială, concept întâlnit tot mai des în cercetările și studiile realizate în rândul populației de etnie romă, precum și în documentele de politici publice adresate acestei categorii de populație defavorizată.

Așa cum este definită în diverse documente ale Uniunii Europene, *excluderea socială este un proces prin care anumiți indivizi sunt împinși la marginea societății și nu li se permite să participe pe deplin la viața socială datorită sărăciei lor, a lipsei competențelor de bază și a oportunităților de învățare pe tot parcursul vieții sau ca rezultat al discriminării.* Această situație îi îndepărtează pe indivizii supuși excluderii de locuri de muncă, de venituri decente, de educație și oportunități de pregătire, precum și de rețeaua și activitățile sociale și comunitare. Oamenii au acces redus la putere și structuri de decizie și, pe cale de consecință, se simt lipsiți de putere și incapabili de a prelua controlul asupra deciziilor care le afectează viața de zi cu zi. Conceptul de excluziune socială ne oferă un cadru de înțelegere a inteconexiunilor dintre circumstanțele complexe de viață, problemele sociale, categorizări sociale. (Moisa, 2012, 6)

Excluziunea socială este un fenomen creat de dinamica socială corespunzătoare, marcat de inexistența condițiilor de bază pentru exercitarea cetățeniei. Incluziunea socială, pe de altă parte, se bazează pe accesul indivizilor și al familiilor la un set de standarde sociale, sub formă de drepturi sociale. Altfel spus, conceptul se referă la egalitatea în ceea ce privește oportunitățile cu scopul de a obține drepturi egale. Excluziunea și incluziunea socială sunt concepte multidimensionale. Dimensiunea economică – venit și angajare – este fără îndoială decisivă. Dimensiunile urbane,

sociale, culturale și politice trebuie, de asemenea, luate în considerare. Cineva poate fi acceptat din punct de vedere economic, dar poate fi exclus din punct de vedere urban. Însă, este vorba de ceva mai mult: incluziunea socială nu este corelată doar cu aspectele financiare, ca o condiție de bază (de exemplu, condițiile de locuire și ale venitului), dar, mai mult de atât, este corelată de aspectul subiectiv: respectul de sine și sentimentul de apartenență la o comunitate. (Duminica et al., 2004, 22)

Excluziunea socială a populației rome este un fenomen extrem de complex și inegalitățile socio-economice sunt deseori însoțite, pentru toate grupurile vulnerabile, de prejudecăți, distanță socială ridicată, nivel redus al relațiilor sociale între grupuri și o capacitate de influență extrem de scăzută. Trebuie menționat faptul că tema excluziunii depinde de nivelul de dezvoltare al unei societăți, de normele și de valorile existente la un moment dat. Teoriile excluziunii sociale se concentrează pe dificultățile, barierele care previn îmbunătățirea circumstanțelor de viață ale grupurilor dezavantajate, generând o perpetuare a inegalităților sociale. Excluziunea, chiar dacă se concentrează pe analiza situației nivelurilor cele mai de jos ale societății, este un termen bine acceptat în literatura de specialitate, oferind o variantă lipsită de conotații peiorative. Cei excluși economic nu au acces la locuri de muncă, la venituri și resurse materiale necesare pentru funcționarea normală în cadrul societății. Cei excluși social, pe de altă parte, resimt distanța socială față de celelalte grupuri, distanță ce poate fi măsurată prin nivelul segregării rezidențiale, probabilitatea de a aparține acelorași rețele sociale, rata de căsătorie inter-grupuri sau nivelul de interacțiune în cadrul organizațiilor sociale. (Moisa, 2012, 7)

În lucrarea “Romii în România”, Marian Preda definește conceptul excluziunii sociale ca *incapacitate/eșec a unuia sau mai multor sisteme din următoarele patru:*

- *sistemul democratic și legal care presupune integrare civică;*
- *piata muncii, care promovează integrarea economic;*
- *sistemul statului bunăstării care promovează integrarea socială;*
- *sistemul familiei și comunității, care promovează integrarea interpersonală.*

Tot în aceeași lucrare, autorii menționează că “*sentimental cuiva că aparține sau nu unei societăți depinde de toate cele patru sisteme. Integrarea civică presupune a fi un cetățean egal într-un sistem democratic, integrarea economică presupune a avea o slujbă, integrarea socială înseamnă a avea acces la serviciile sociale furnizate de stat, integrarea interpersonală presupune apartenența la o familie, un grup de prieteni, un grup de vecini, la rețele interpersonale care să le asigure companie și suport moral celor care au nevoie de ele. Toate cele patru sisteme sunt*

importante și sunt complementare”. (Zamfir și Preda, 2002, 284).

Conform autorilor C.Zamfir și M.Preda, specificul excluziunii sociale la populația de romi din România, constă în existența unor surse de excluziune care la restul populației nu există sau există foarte puțin, precum lipsa actelor de identitate care determină alte tipuri de excluziune. Absența romilor de pe piața muncii, factor cauzator sau predispozițional al excluziunii sociale, determină reacții de excludere în lanț. La populația romă din România există mai mulți factori cauzatori ai excluziunii sociale care pot avea și o determinare preponderant individuală și culturală, conducând astfel la autoexcluziune. Faptul că un procent din numărul romilor nu au un act de identitate conduce la ideea că aceștia nu își pot exercita drepturile cetățenești, de la educație și servicii sanitare la alte drepturi de protecție socială. (Zamfir și Preda, 2002, 35).

În ceea ce privește excluziunea socială la populația de romi, cercetătorii Zamfir și Preda identifică în general trei surse, respectiv:

1. **Autoexcluziunea.** Opțiunea este a individului să opteze singur pentru a respinge o anumită formă de participare socială. Un exemplu îl constituie refuzul indivizilor de a avea un act de identitate, nu pentru că nu ar avea posibilitatea să-l obțină, ci pentru că nu vor să aibă act de identitate.

2. **Sistemul** - care determină o excluziune structurală. Nu există politici sociale adecvate, nu există un răspuns al sistemului social la o anumită nevoie.

3. **Apartenența teritorială/comunitară a individului** - care face ca el să nu-și satisfacă o anumită nevoie pentru că nu sunt resurse în comunitate, deși există o soluție formală în sistem și ea funcționează în alte comunități. Un bun exemplu este neacordarea ajutorului social în anumite localități din lipsă de fonduri; legea există și ea se aplică însă în multe alte localități.

În studiul “Romii în România”, realizat de C.Zamfir și M.Preda, autorii studiază tipurile de excluziune socială a romilor având la bază cele 4 componente ale conceptului: sistemul democratic și legal, sistemul pieței muncii, sistemul statului bunăstării și sistemul de relații interpersonale. Astfel, pornind de la considerații teoretice și de la datele cercetării de teren privind populația de romi din România, a fost construită următoarea structură explicativă pentru cele patru tipuri de excluziune :

Tipuri de excluziune	Forme ale excluziunii	Surse ale excluziunii	Consecințe ale excluziunii

Din sistemul democratic și legal	Excluși de la statutul formal de cetățeni (nu au acte de identitate)	Autoexcluziunea (dezinteresul față de normele formale) Lipsa de măsuri specific acestei probleme sociale	Nu pot participa la vot, nu se pot bucura de niciunul dintre beneficiile oferite de sistemul de protecție socială
	Nu au acte de proprietate pe casa sau pământ	Autoexcluziunea	Nu pot vinde sau lăsa moștenire casa, respectiv pământul
	Nu lucrează legal (cu acte sau carte de muncă)	Este în primul rând o excluziune de natură structurală, sistemul încurajând modelul	Nu beneficiază de asigurări sociale: de sănătate, șomaj , pensie, accidente de muncă etc.
De pe piața muncii	Nu au un loc de muncă	Este o excluziune care ține de sistem, dar și de individ și comunitatea locală	Practic, urmează o serie de alte deprivări datorate lipsei veniturilor
	Nu au/ nu știu să practice o meserie modernă, cu cerere pe piața muncii	Autoexcluziune	Șanse mici de a găsi un loc de muncă
Din sistemul statului bunăstării	Nu beneficiază de educație gratuită, de alocație pentru copii, de asigurări sociale	Consecințe în buna măsură și ale primelor două tipuri de excluziune, dar în multe cazuri este și o opțiune individuală	Deprivare materială puternică
	Nu beneficiaza de ajutor social	Nu sunt resurse în comunitate	Deprivare materială
	Nu beneficiază de masă la cantina de ajutor social	Nu există instituția în comunitate	Deprivare materială

Din sistemul de relații interpersonale	Nu primesc suport sau ajutor de la vecini, rude, prieteni când au nevoie	Este o consecință a relațiilor stabilite de individ (ține și de o anumită reciprocitate), dar și lipsa resurselor în comunitate poate fi cauza.	Deficit de integrare interpersonală Deprivare materială
---	--	---	--

Tabel 1 – Tipuri de excluziune - Zamfir si Preda (2002)

Din tabelul de mai sus rezultă împărțirea în două categorii a formelor de excluziune înregistrate: excluziune de tip „cauză”, care determină și alte forme de excluziune și excluziunea de tip „efect” care derivă de fapt dintr-o altă formă de excluziune. Lipsa unei slujbe, de exemplu, este nu doar o excludere de pe piața muncii, ci presupune și o succesiune de forme derivate de excluziune. (Zamfir si Preda, 2002, 285-286)

Conform lui Moisa, descrierile conceptului excluziunii sociale se potrivesc perfect situației romilor, respectiv procesul prin care indivizii sunt împinși la marginea societății, cărora nu li se permite să își exercite rolul de cetățeni și să participe pe deplin la viața publică datorită sărăciei lor, a lipsei competențelor de bază și a oportunităților de învățare pe tot parcursul vieții, sau ca rezultat al discriminării, se regăsește, din păcate, în totalitate în foarte multe din comunitățile de romi din România, Excluziunea socială prezentă în viața romilor a devenit, în multe state europene, un motor al dezvoltării de politici publice, de programe de dezvoltare socială sau de noi servicii sociale, căutând spargerea ciclurilor vicioase la care romii sunt expuși. De aceea, în abordarea problematicei romilor este deci nevoie de o abordare pragmatică, instrumentală, bazată pe mecanismele incluziunii sociale și cele ale ciclului de politici publice. (Moisa, 2012, 22)

Dacă din punct de vedere al abordării celorlalte grupuri vulnerabile menționate mai sus, statul român nu a dezvoltat politici speciale adresate procesului de incluziune socială, în ceea ce-i privește pe romi, însă, la presiunea instituțiilor Uniunii Europene, autoritățile naționale au dezvoltat politici specifice procesului de incluziune socială a acestora însă, după cum menționează F. Moisa în lucrarea sa, constatăm că *“termenul de incluziune socială, preluat în limbajul instituțional românesc, nu are încă o corectă înțelegere și asumare autentică a conținutului, cu rădăcini în elementul de solidaritate promovat la nivelul Uniunii Europene”*.

1.5 Măsuri si acțiuni cu privire la procesul de incluziune socială a romilor

Principiile directoare ale politicilor publice adresate procesului de incluziune socială a romilor, ne conduc la ideea că Guvernul României este foarte preocupat de rezolvarea problematicei romilor. O strategie națională adresată acestei minorități supusă riscului excluziunii sociale, alte documente naționale care includ în grupul țintă alături de alte categorii de populație defavorizată și membrii comunităților cu romi, documente internaționale asumate de statul român, sunt câteva exemple care întăresc ideea că România este preocupată continuu de rezolvarea problemelor acestei minorități.

Dacă la capitolul realizarea documentelor de politici publice adresate incluziunii sociale ale membrilor comunităților cu romi, România este premiantă, din păcate, la capitolul implementare, studiile și rapoartele realizate de diferiți factori interesați arată contrariu și întăresc ideea ca statul român, în dorința de a deveni stat membru UE și-a asumat problematica romilor doar din punct de vedere al discursului public și la recomandarea instituțiilor europene. Problematika romilor s-a aflat ca punct prioritar în rapoartele de țară realizate de instituțiile europene cu privire la progresele înregistrate de România în procesul de aderare și, în aceste condiții, este lesne de înțeles faptul că statul român trebuia să ia atitudine față de această problemă și să înregistreze progrese astfel încât UE să salute voința de a fi un stat european cu capacitate de gestionare a problemelor care îi afectează și pe alți membri.

Care sunt cele mai vizibile rezultate ale acestei strategii propuse pentru îmbunătățirea situației romilor? A existat o metodologie de monitorizare și evaluare a măsurilor regăsite în documentele de politici publice? S-a ameliorat situația romilor ca urmare a implementării măsurilor regăsite în documentele de politici publice privind incluziunea socială a romilor? Noua strategie realizată în anul 2011 are la bază lecțiile învățate în perioada 2001-2010? A fost nevoie de o abordare specifică pentru populația de etnie romă în procesul de incluziune socială? Acestea sunt câteva exemple de întrebări pe care cercetătorii le iau în calcul atunci când analizează impactul acestei politici publice. Analiza impactului politicilor publice în domeniul incluziunii sociale pentru romi nu face obiectul prezentei teze de doctorat însă, pentru a încadra tema de cercetare în contextul general al problematicei romilor, am analizat rapoartele recente care analizează stadiul implementării politicilor publice pentru romi și am constatat că sunt aduse o serie de critici la adresa procesului de implementare și a rezultatelor obținute de Guvernul României.

În contextul mai larg al Comunicării CE, noua politică, *Strategia Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității romilor pentru perioada 2012-2020*, înlocuiește documentele de politici pentru romi adoptate în 2001 și revizuite în 2006 (expirate în 2011). România a fost printre primele state care au semnat documentele Deceniului de Incluziune a Romilor și a deținut prima președinție a Deceniului, dar în ciuda angajamentelor, Guvernul Român nu a adoptat niciodată un Plan de Acțiune. Elaborarea strategiei s-a realizat printr-un proces superficial. Foarte puține dintre sugestiile și comentariile oferite de un grup larg de ONG-uri au fost luate în considerare și se regăsesc în versiunea finală a strategiei adoptată de Guvern în decembrie 2011. Strategia a fost elaborată sub presiunea termenelor limită impuse de CE și cu atenție insuficientă acordată respectării standardelor minime pentru formularea politicilor, fără o evaluare efectivă a exercițiilor precedente și fără o definiție relevantă a situației curente și a unor ținte de atins. (Moisa et al, 2012, 7)

Comisia Prezidențială pentru Analiza Riscurilor Sociale și Demografice a propus o nouă abordare a problemelor romilor, care să se concretizeze printr-o „*asumare politică autentică, constantă, a provocărilor politicilor de egalizare a șanselor pentru minoritatea romilor*”. Această recomandare este reflectată marginal în textul actual al strategiei și rămâne un scop de atins pe viitor, dată fiind capacitatea politică limitată a comunității rome de a acționa ca un partener puternic și de încredere al instituțiilor publice.

Cu toate că în domeniul realizării de politici publice în ultimii ani s-au realizat progrese importante din punct de vedere legislativ și instituțional, realitatea demonstrează că ciclul vicios al sărăciei continuă să îi mențină pe romi în excludere socială, cu consecințe dintre cele mai serioase - acces dificil la servicii de sănătate și educație, grad redus de participare pe piața muncii, locuire în condiții improprii, scăderea solidarității comunitare. Aceste mici realizări au fost inconsistente datorită coordonării ineficiente între structurile instituționale de la nivel central, regional și local, funcționarea instituțională a fost problematică (datorită lipsei infrastructurii, a resurselor umane, a frecventelor schimbări ale statutului instituțiilor, a frecvenței mărite de discontinuitate guvernamentală și lipsa fondurilor), iar toate acestea au afectat în mod negativ implementarea eficientă a tuturor strategiilor elaborate. (Giurca et al, 2012, 14)

Chiar dacă în unele comunități au fost derulate în trecut o serie de proiecte care au vizat îmbunătățirea condițiilor de viață, decalajele romilor față de populația majoritară sunt uriașe. Pentru locuitorii acestor comunități, importantă este asigurarea resurselor minime pentru nevoile

de bază, fiind dificilă implicarea acestora în proiecte sau activități care nu se adresează nevoilor imediate. (Preoteasa et al, 2009,78)

Politicile afirmative **în domeniul educației**, care îi țin pe romi, în învățământul preuniversitar și universitar, contribuie la emanciparea acestei minorități etnice și, implicit, la o mai bună integrare. Cu toate acestea, fenomenul segregării în educație, abandonul școlar și absenteismul, dublate de o calitate precară a educației, mai ales în zonele sărace, constituie încă piedici greu de surmontat care nu pot fi depășite fără investiții sistemice și reforme majore în sistemul de educație din România.

Starea de **sănătate** a populației de romi constituie o permanentă sursă de preocupare în rândul cadrelor medicale, însă se face prea puțin în sensul îmbunătățirii acesteia. Accentul se pune, în special, pe sporul demografic pozitiv al romilor, enunțat mai degrabă ca o îngrijorare în relația cu natalitatea în scădere a populației majoritare, decât centrată pe problemele reale de sănătate publică ale populației. Modelul mediatorului sanitar este menționat ca o practică pozitivă în ceea ce privește mijlocirea relației pacientului rom cu sistemul de sănătate însă, începând cu anul 2013, în contextul descentralizării, fără o legislație care să permită continuarea activității și fără sprijinul Ministerului Sănătății, acest program tinde să se stingă. Dovedirea calității de asigurat de către romi reprezintă o barieră majoră, de ordin formal, când vorbim despre accesul romilor la serviciile de sănătate publică, accesul pe profilaxie fiind aproape inexistent în comunitățile de romi.

Deși de o importanță vitală în domeniul incluziunii sociale, problemele legate de **locuirea** sărăcăcioasă a romilor sunt complet neabordate. O precondiție pentru ca toate celelalte măsuri de politici publice să-și producă efectele scontate o reprezintă investiția în îmbunătățirea condițiilor de locuire ale romilor.

În ceea ce privește **ocuparea** etnicilor romi, statisticile indică o situație defavorabilă persistentă, iar realitatea dovedește că romii abordează ocuparea din perspectiva obținerii imediate a unor venituri, astfel încât activitățile desfășurate îmbracă preponderent forme non-formale - ziliere, de oportunitate, tradiționale sau chiar ilegale.

Migrația persoanelor - indiferent de tipul migrației - continuă să reprezinte un subiect de interes nu doar în rândul cercetătorilor, dar și în rândul reprezentanților diferitelor instituții naționale și internaționale, deoarece implicațiile migrației a depășit nivelul localului, devenind un fenomen foarte complex și divers în forme, cu multiple implicații în viața socială, economică și chiar politică a statelor. (Giurca et al, 2012, 15-16)

Agențiile guvernamentale nu au reușit să colecteze în mod sistematic date despre situația romilor din România, fie ele cantitative sau calitative, iar colectarea de date realizată de către instituțiile publice, cu excepția recensământului, tind să ignore etnia în baza argumentului că acest fapt ar fi neconcordanț cu legislația în domeniul protecției datelor cu caracter personal.

În perioada iulie 2012 – septembrie 2013 nu s-a înregistrat niciun progres în ceea ce privește strategia națională de incluziune socială a romilor, nu s-au organizat acțiuni sistemice pentru a discuta și analiza SNIR și, mai mult, nu s-a întreprins nicio acțiune consecventă de implementare a noii Strategii.

Alocările de buget pentru implementarea strategiei sunt inconsecvente. Majoritatea măsurilor nu au o alocare bugetară specifică. Acțiunile cu focalizare pe romi nu necesită o alocare specială deoarece sunt incluse în programele generale ale ministerelor responsabile, unde romii sunt un grup țintă/beneficiari.

Coordonarea dintre diferitele paliere de guvernare implicate în implementarea SNIR este slabă. Nu există distincții clare între responsabilități și instrumentele prin care diferitele paliere de guvernare implicate în politicile de incluziune a romilor ar putea să își coordoneze și să-și completeze acțiunile în vederea implementării SNIR. Agenția Națională pentru Romi (ANR), instituție a administrației publice centrale, este responsabilă pentru „*aplicarea, coordonarea, monitorizarea și evaluarea măsurilor sectoriale de intervenție socială care sunt parte a Strategiei Guvernului României de Îmbunătățire a Situației Romilor*” și acționează ca „secretariatul Comitetului Mixt pentru Implementarea și Monitorizarea Strategiei”. ANR însă este subordonat Secretariatului General al Guvernului și nu are nici o competență sau autoritate să coordoneze politici transversale ale ministerelor responsabile pentru elaborarea, implementarea, coordonarea, monitorizarea și evaluarea măsurilor SNIR. (Moisa et al, 2012, 7)

Abordarea integrată a măsurilor regăsite în planul general de măsuri constituie un obiectiv principal asumat în cadrul textului de strategie. În practică, acest obiectiv rămâne un termen ambițios, greu de implementat și cu urmări inexistente în modul de funcționare a instituțiilor menite să pună în practică politicile pentru romi. Chiar dacă este menționată explicit necesitatea adoptării unei abordări integrate, măsurile continuă să fie gândite sectorial, fără a se realiza eforturi de a corela acțiunile din diferite domenii. (Duminica, 2013,10).

Rapoartele de evaluare a politicilor publice pentru incluziunea socială a romilor, realizate de diferiți cercetători, scot în evidență progresele înregistrate în domeniul sănătății romilor. În raportul anual 2003, realizat de organizația Romani CRISS, este salutat efortul Ministerul Sănătății

de a implementa măsuri care vin în sprijinul îmbunătățirii situației sanitare a romilor din România. La nivel internațional, în raportul realizat de organizația COTA Bruxelles, în anul 2005, cercetătoarea Maria Mailat apreciază pozitiv implicarea Ministerului Sănătății în procesul de îmbunătățire a situației sanitare a romilor, prin implementarea la scară națională a programului de mediere sanitară și consideră parteneriatul Ministerului Sănătății cu societatea civilă ca fiind un model de practică pozitivă care trebuie preluat și de alte ministere responsabile de aplicarea măsurilor privind îmbunătățirea situației romilor.

Pornind de la aceste afirmații și luând în considerare întrebările majore care stau la baza acestei teze de doctorat, în capitolele următoare vom descrie contextul în care măsurile regăsite în strategia națională pentru incluziunea socială a populației de etnie romă, capitolul sănătate, răspund nevoilor comunităților cu romi și cum se corelează aceste măsuri cu alte inițiative ale Ministerul Sănătății, implementate în beneficiul grupurilor supuse riscului excluziunii sociale.

1.6 Contextul în care au apărut politicile publice pentru romi

Întorcându-ne la definiția sociologului Cătălin Zamfir cu privire la problema socială, problematica romilor a constituit pentru Guvernul României o prioritate mai ales în contextul aderării României la structurile UE. Încă din 1992, un studiu sociologic al Institutului pentru Cercetarea Calității Vieții, respectiv „*Țigani, între ignorare și îngrijorare*”, atrăgea atenția asupra sărăciei care guvernează comunitatea de romi și necesitatea intervenției statului pentru îmbunătățirea situației acestora.

Totodată, problematica romilor a apărut pe agenda publică națională și internațională mai degrabă ca o *îngrijorare*, ceva ce ar putea destabiliza echilibrul geo-politic al Europei, toate programele pentru romi vizând, în primul, rând stoparea valului migrator, presiuni asupra României de a semna tratate internaționale pentru respectarea drepturilor omului, în special a minorităților, programe financiare de susținere a organizațiilor neguvernamentale care să formeze o societate civilă puternică. (Gugliemo and Waters, 2005)

Principalul document de politică publică în domeniul incluziunii sociale a romilor este *Strategia Guvernului României de îmbunătățire a situației romilor 2001-2010*, prima inițiativă guvernamentală care abordează comprehensiv problemele minorității rome. Realizarea acestei Strategii este rezultatul colaborării dintre structurile guvernamentale și cele neguvernamentale ale romilor (GLAR), cu o asistență semnificativă din partea instituțiilor internaționale și, în special, a Uniunii Europene. Inclusă la capitolul criteriilor politice de aderare, Strategia constituie unul dintre

angajamentele asumate de România în procesul de negociere, preluat în documentele pragmatice de pregătire a aderării. Astfel, parteneriatul de aderare din 2001 prevedea *„să se ofere sprijin financiar adecvat și capacitate administrativă pentru a se implementa Strategia guvernamentală de îmbunătățire a situației romilor”*, iar Programul Național pentru adoptarea acquis-ului comunitar includea, ca prioritate pe termen scurt, îmbunătățirea situației social-economice a comunităților de romi prin intrarea în vigoare a Planului general de măsuri inclus în Strategie și, pe termen mediu, accentua nevoia de îmbunătățire a stării social-economice a romilor din România prin implementarea unor programe și proiecte sociale, educaționale și de sănătate ce vizează minoritatea romă. (Preoteasa et al, 2009,13)

Politicile de promovare a incluziunii sociale a persoanelor de minoritate romă au reprezentat o direcție constantă de acțiune a Guvernului României, care și-a propus ca obiectiv de principiu îmbunătățirea situației romilor și continuarea politicilor de reducere a decalajelor dintre populația romă și societatea în ansamblu. Cadrul de politici la nivel național este în consonanță cu politicile sociale promovate la nivelul Uniunii Europene. Pornind de la modelul social european și de la necesitatea de a răspunde la provocările economice și sociale ale globalizării, UE a propus Strategia de la Lisabona pentru creștere și locuri de muncă, revizuită în 2005. Pentru a atinge obiectivul general al Strategiei a fost introdusă metoda deschisă de coordonare prin care statele membre își armonizează politicile economice și sociale. (Preoteasa et al, 2009,25)

La nivel național, politicile de promovare a incluziunii sociale pentru persoanele de minoritate romă se regăsesc la nivelul a trei categorii de documente de politici:

1. Programele de guvernare care sintetizează opțiunile politice fundamentale ale Guvernului.
- 2.Documentele de politici care preiau și adaptează în plan național elemente de politici europene, presupunând derularea de programe cu finanțare europeană în domeniul incluziunii sociale, și ne referim aici la Memorandumul comun în domeniul incluziunii sociale, Planul național de dezvoltare, Cadrul național strategic de referință, Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane.
- 3.Documente de politici naționale, reprezentând strategii și planuri sectoriale în domeniile ocupare, sănătate, educație și locuire, care conțin elemente specifice politicii de incluziune socială, respective, Planul național pentru ocuparea forței de muncă, Strategia Ministerului Educației, Reforma în Sănătate și Programele naționale de sănătate, Programul de construcții de locuințe sociale.

Cu toate că aceste politicile de promovare a incluziunii sociale sunt generoase în planuri de măsuri teoretice, în practică, fundamentarea acestor politici trebuie să derive din analizele critice asupra situației, bazate pe înțelegerea cauzalităților și pe diferențierea problemelor grupurilor aflate în situații diferite de risc. Lipsa acestei analize conduce la o incoerență în procesul de aplicare a politicilor publice, la o lipsă a abordării integrate, la o lipsă a sustenabilității acțiunilor, la care se adaugă dezvoltarea unei viziuni omogene asupra unei minorități care este la fel de eterogenă ca populația întregii țări. (Duminica, 2013, 12)

La nivel regional, politicile de promovare a incluziunii sociale pentru persoanele de etnie romă se regăsesc și în următoarele documente de politici publice:

- Planul de dezvoltare al regiunilor pentru perioada 2007-2013;
- Planurile regionale de acțiune pentru ocuparea forței de muncă și incluziune socială, (PRAO);
- Planul de implementare al PRAO;
- Planul regional de acțiune pentru învățământ teoretic și profesional.

Planurile își propun drept obiectiv strategic „creșterea capacității regiunii în vederea dezvoltării economice și sociale durabile și echilibrate a acesteia, care să conducă la reducerea disparităților și creșterea coeziunii economice și sociale, la creșterea prosperității și standardului de viață al locuitorilor regiunii”. (Preoteasa et al, 2009,32)

Din punct de vedere al existenței documentelor de politici publice pentru romi, România nu duce lipsă de documente programatice care au ca obiectiv general incluziunea socială a romilor. Însă, după mai mult de 10 ani de la intrarea în perioada asumării responsabilităților, caracterizată prin adoptarea primelor documente de politici publice specifice, destinate romilor, problemele cu care aceștia se confruntă sunt relativ aceleași: sărăcie și sărăcie severă, excludere socială, discriminare etc. Ciclul vicios al sărăciei continuă să îi mențină pe romi în excludere socială, cu consecințe dintre cele mai serioase - acces dificil la servicii de sănătate și educație, grad redus de participare pe piața muncii, locuire în condiții improprii și scăderea solidarității comunitare. Strategia de îmbunătățire a situației romilor din România 2001 - 2010 a reprezentat un angajament politic asumat de executiv ca premisă a deschiderii procesului de negociere a aderării României la UE și reprezintă un document umbrelă care stabilește cadrul general - definirea problemelor, grupul țintă, obiectivele generale, prioritățile principale, structurile de implementare, indicatori de atins, implicații bugetare, implicații juridice, elemente de monitorizare și evaluare. La 10 ani de la adoptarea primei Strategii destinate îmbunătățirii situației romilor s-au constatat progrese

inconsistente, iar adoptarea Strategiei Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității romilor pentru perioada 2011 - 2020 este percepută ca un document programatic care repetă slăbiciunile anterioare, având multiple probleme de construcție. (Giurca et al, 2012, 123)

1.7 Descrierea politicilor publice pentru incluziunea socială a romilor din România

În descrierea documentelor de politici publice în domeniul incluziunii sociale a romilor din România, experții care analizează problematica romilor, propun trei etape distincte, care oferă o imagine a evoluției politicilor publice pentru romi. Astfel, în studiul “Incluziunea romilor din România” realizat în anul 2012 de către Fundația Soros, autorii menționează cele trei etape, după cum urmează:(Giurca et al, 2012, 34)

- I. Perioada 1990-1995, denumită *“perioada căutărilor nestructurate”*, care s-a caracterizat prin politici și programe cu caracter exploratoriu, destinate înțelegerii mecanismelor necesare unei intervenții sociale coerente.
- II. Perioada 1996-2000, denumită *“perioada de înțelegere a responsabilităților”*, caracterizată de elaborarea unor strategii și demararea unor intervenții concrete, atât de către instituțiile publice, cât și de către organizațiile nonprofit. În această perioadă s-au pus bazele primei strategii de îmbunătățire a situației romilor din România.
- III. Din anul 2001 până în prezent, denumită *“perioada asumării responsabilităților”*, care se caracterizează prin asumarea responsabilităților de către autoritățile de resort, în vederea conferirii de răspunsuri la o situație a cărei dificultate se află într-o continuă creștere, la multiplele probleme cu care se confruntă populația de etnie romă.

În procesul de realizare a politicilor publice de incluziune socială a populației de etnie romă, un rol esențial l-au avut instituțiile europene care au “forțat” statul român să înțeleagă să-și asume responsabilitățile cu privire la problemele cu care se confruntă populația de etnie romă. Astfel, parteneriatul pentru aderare (anul 1999) a subliniat necesitatea consolidării dialogului între Guvernul României și comunitatea romă, în vederea elaborării și implementării unei strategii de îmbunătățire a situației sociale și economice a romilor și implementarea măsurilor menite să combată discriminarea, să creeze locuri de muncă și să crească accesul la educație. Incluziunea socială a persoanelor de etnie romă au reprezentat o direcție constantă de acțiune a Guvernului României, care și-a propus ca obiectiv de principiu îmbunătățirea situației romilor și continuarea politicilor de reducere a decalajelor dintre populația romă și societatea în ansamblu.

Astfel, ca urmare a numeroaselor referiri la problematica de îmbunătățire a situației romilor, cât și a monitorizării progreselor înregistrate de România în procesul de aderare, Guvernul a introdus în programul de guvernare din 1998-2000, problematica romilor ca o prioritate. Programul guvernamental a prevăzut stabilirea unui comitet interministerial pentru problemele romilor din România, alocarea resurselor financiare destinate unor proiecte și programe care să sprijine procesul de organizare a minorităților naționale, precum și comunicarea cu un grup de lucru al asociațiilor romilor în vederea realizării unei strategii naționale. De asemenea, în programul de guvernare 2001-2004 se regăsesc elemente care fac referire la populația romă, la necesitatea elaborării unei strategii naționale și a unor programe specifice care să asigure îmbunătățirea substanțială a situației acestei minorități. (Giurca et al, 2012, 34)

Documentul principal de politică publică în domeniul incluziunii sociale a romilor îl constituie **Strategia Guvernului României de îmbunătățire a situației romilor**, adoptată prin HG 430/2001, prima inițiativă guvernamentală care abordează cercul vicios al excluziunii sociale a minorității romilor. Acest document de politică publică, realizat pentru o perioadă de 10 ani, este rezultatul cooperării dintre Guvernul României și societatea civilă romă, întrunită într-un grup de lucru intitulat GLAR (grupul de lucru al asociațiilor romilor), cu asistență importantă oferită de structuri ale UE.

Elementele de bază ale intervenției pentru îmbunătățirea situației romilor erau:

- Abordarea sectorială și partenerială a opțiunilor/priorităților romilor, prin includerea, finanțarea și replicarea acestora în circuitul politicilor publice și al programelor instituțiilor de stat, la nivelul structurilor centrale/județene/locale, în funcție de specificitatea comunităților, în vederea resolidarizării sociale și a armonizării spațiului public la standardele europene.
- Inițierea unor alternative formativ-normative specifice de sinteză a mărcilor identitare cu valorile modernității, a unor oportunități ocupaționale și de dezvoltare de resurse umane calificate, inclusiv prin revalorizarea meseriilor itinerante ale romilor pe piața modernă, dezvoltarea unui circuit de schimb.
- Constituirea unor instituții publice de formare/reprezentare identitară, dezvoltare comunitară ca rețea de informare, dialog, consultanță, expertiză, asistență, monitorizare, prevenire și combatere a discriminării față de romi, în scopul stabilirii unor punți de comunicare și cooperare cu instituțiile locale și centrale, în vederea participării

active/directe a romilor la procesul decizional și a împuternicirii comunității pentru îmbunătățirea propriilor condiții de viață.

Din punct de vedere al domeniilor prioritare, în Strategie sunt formulate 10 direcții de acțiune: dezvoltare comunitară și administrație publică; locuințe; securitate socială; sănătate; economic; justiție și ordine publică; protecția copilului; educație; cultură și culte; comunicare și participare civică. (HG 430/2001, cap. VII)

Strategia guvernamentală combină cele două perspective asupra problematicii romilor, a discriminării și a sărăciei. Acest lucru este evident în modul în care sunt definite elementele specifice fiecărei direcții de acțiune și Planului general de măsuri unde se pot regăsi aspectele legate de combaterea discriminării și a sărăciei. (Preoteasa et al, 2009,14)

În contextul aderării României la structurile UE, adoptarea Strategiei Guvernului de îmbunătățire a situației romilor a fost apreciată de CE în Raportul de țară cu privire la progresul înregistrat în anul 2001, în care se preciza că una dintre inițiativele majore ale Guvernului în ceea ce privește romii este adoptarea Strategiei, ceea ce înseamnă îndeplinirea unuia dintre criteriile politice stipulate în Parteneriatul pentru aderare din anul 1999.

Conform HG 430/2001, capitolul 1, strategia de îmbunătățire a situației romilor se baza pe șase principii directoare, respectiv: principiul consensualității, principiul utilității sociale, principiul distribuției sectoriale, principiul descentralizării, principiul diferențierii identitare și principiul egalității.

Dezvoltarea Strategiei a reprezentat o acțiune pozitivă datorită implicării și responsabilizării membrilor comunității romilor în procesul de elaborare și implementare la nivel central și local. Strategia a fost importantă nu numai pentru că a reprezentat punctul de vedere al Guvernului României privind gestionarea situației romilor, dar a fost și o asumare politică a unei schimbări care a vizat politici sociale, cu obiective foarte clare: prevenirea și combaterea discriminării instituționale și sociale, păstrarea identității etniei romilor, asigurarea șanselor egale pentru atingerea unui standard decent de viață și stimularea participării etniei romilor la viața economică, socială, culturală, educațională și politică a societății. (Giurca et al, 2012, 36)

În ceea ce privește organismul responsabil de implementarea, monitorizarea și evaluarea implementării măsurilor regăsite în strategia de îmbunătățire a situației romilor, din momentul adoptării Strategiei naționale și până la jumătatea anului 2003, responsabilitatea implementării acesteia a aparținut Ministerului Informațiilor Publice, prin Oficiul Național Romi, în calitate de organ executiv al Comitetului Mixt de Monitorizare și Implementare a Strategiei Guvernului,

fiind și singura instituție care a elaborat, în anul 2003, un raport de monitorizare a stadiului de implementare a Strategiei. Începând cu luna iunie a anului 2003, prin desființarea Ministerului Informațiilor Publice, responsabilitatea implementării Strategiei a fost transferată Secretariatului General al Guvernului. Reorganizările guvernamentale din martie 2004 au afectat poziția Oficiului pentru Problemele Romilor în ierarhia instituțiilor guvernamentale și au minimalizat rolul acestei instituții. Prin urmare, în iunie 2004, Oficiul pentru Problemele Romilor a fost preluat de la Secretariatului General al Guvernului în structura Departamentului pentru Relații Interetnice (DRI), pentru ca, începând cu sfârșitul anului 2004, problematica romilor să constituie obiectul de activitate al Agenției Naționale pentru Romi, activitatea acesteia fiind reglementată prin Ordonanța de Urgență nr. 78 din 7 octombrie 2004 pentru înființarea Agenției Naționale pentru Romi. (Preoteasa et al, 2009,15)

În contextul punerii pe agenda publică națională a conceptului de incluziune socială, la recomandările CE, Guvernul României a luat decizia modificării și completării Strategiei de îmbunătățire a situației romilor. Astfel, în aprilie 2006, prin HG nr. 522/2006, Strategia a fost modificată și au fost incluse elemente noi, inclusiv un nou plan de măsuri pentru perioada 2006 - 2008. Scopul definit în noul text are următoarea formulare: *Îmbunătățirea semnificativă a situației romilor din România, prin promovarea unor măsuri de incluziune socială*". Direcțiile de acțiune au fost reorganizate și reduse, iar noul document definea doar șase direcții: administrație publică și dezvoltare comunitară, comunicare și participare civică; locuințe; sănătate; justiție și ordine publică; economie, securitate socială; protecția copilului, educație, cultură și culte.

Deși importantă, atât din punct de vedere politic, cât și din punct de vedere social, implementarea Strategiei s-a caracterizat și printr-o serie de aspect negative: lipsa unei evaluări ex-ante, descrierea la nivel general a măsurilor propuse spre implementare; alocarea insuficientă de fonduri guvernamentale pentru punerea sa în aplicare, lipsa unei repartizări clare a responsabilităților în acțiunea de punere în practică a planului de măsuri, lipsa unei monitorizări reale și a mecanismelor de evaluare. (Giurca et al, 2012, 37)

Complementar strategiei de îmbunătățire a situației romilor, există și alte politici publice care își propun să contribuie la incluziunea socială a populației de etnie romă, convergente cu obiectivele politicilor europene, respectiv **Programului Național Antisărăcie și de Promovare a incluziunii sociale, Memorandumul Comun de Incluziune Socială, Deceniul de incluziune a romilor 2005-2015, HG 1221/2011 Strategia Guvernului României de incluziune a cetățenilor aparținând minorității romilor 2012-2020**, toate aflate în legătură cu **Planul Național de**

Dezvoltare, acesta din urmă propunând o sincronizare a intervențiilor, în funcție de care se elaborează politicile și intervențiile fondurilor postaderare, denumite fonduri structurale.

Programului Național Antisărăcie și de Promovare a incluziunii sociale, adoptat în anul 2002, a fost programat pentru o perioadă de 10 ani, respectiv 2002-2012. Coordonatorul național al Planului antisărăcie a fost CASPIS, iar Agenția Națională pentru Romi a fost responsabilă cu implementarea și coordonarea măsurilor specifice din plan.

PNAinc a fost elaborat în contextul în care, în perioada 2001 – 2004, a existat o deplasare a atenției politicilor sociale, atât în România, cât și în UE, de la abordarea singulară, națională în lupta împotriva sărăciei către un proces mai larg al incluziunii sociale și al dezvoltării.

PNAinc, adoptat prin Hotărârea de Guvern nr. 829 din 2002, este structurat pe opt obiective, printre care se întâlnesc măsuri din domeniul educației, sănătății, economiei și locuirii. Domeniile transversale în cadrul acestui document sunt: consolidarea imaginii de sine și a imaginii publice a populației rom, lupta împotriva discriminării rasiale și promovarea atitudinii de sprijin comunitar. Planul a fost structurat pe trei secțiuni: planul global de prevenire și absorbție a sărăciei și promovare a incluziunii sociale, componentele sectoriale ale Planului Național Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale și analiza situației existente.

Documentul a fost elaborat după modelul stabilit de Consiliul European în 2000 pentru planurile naționale ale țărilor membre ale Uniunii Europene, propunând un set de principii care să stea la baza politicii antisărăcie, un set de obiective strategice pe termen mediu/lung (2002-2012) și un alt set pe termen scurt, pe perioada guvernării 2002-2004. Pentru măsurarea incluziunii sociale din perspectiva integrării României în UE și a revizuirii PNAinc din anul 2007, CASPIS a inițiat procesul de elaborare a metodologiei de calcul al indicatorilor de incluziune socială specifici pentru situația României, în baza indicatorilor comuni pentru țările UE. (Preoteasa et al, 2009,35)

PNAinc include un capitol întreg (capitolul 14) referitor la reducerea sărăciei și a excluziunii sociale a romilor. Programul urmărește întărirea participării comunităților de romi la viața economică, socială, educațională și politică a societății românești și îmbunătățirea accesului la serviciile de sănătate. Pentru îmbunătățirea situației romilor, PNAinc prevede opt obiective strategice. O prioritate în abordarea obiectivelor o constituie reglementarea juridică a identității, locuirii și proprietății, urmate de măsuri în domeniile: educație, sănătate, economic, locuire (terenuri pentru construcția locuințelor și atribuirea de teren agricol).(Preoteasa et al, 2009,35)

Planul Anti-Sărăcie s-a constituit ca un prim experiment pe care România l-a realizat din perspectiva integrării europene. În procesul de elaborare al Planului au fost antrenați experți din

sistemul guvernamental, reprezentanți ai partenerilor sociali (patronate, sindicate, ong-uri etc.), iar etapele au fost următoarele: cristalizarea concepției, consultări la nivelul guvernamental, cu partenerii sociali, precum și cu experții din mediul academic, consultări cu reprezentanți ai organizațiilor internaționale, discutarea Planului în cadrul CASPIS, pentru avizare, adoptarea de către Guvern și lansarea oficială în septembrie 2002. Documentul a fost important prin faptul că a identificat principalele surse ale excluziunii sociale și sărăciei în România, precum și acele segmente de populație cu cel mai înalt grad de expunere/afectare. Acest document a avut un rol major în stabilirea principalelor provocări și linii de acțiune în politica socială a României. (Giurca et al, 2012, 37)

Memorandumul Comun de Incluziune Socială-JIM (2005-2010) este documentul comun în domeniul incluziunii sociale realizat de Guvernul României și Comisia Europeană - Direcția Generală Ocupare și Afaceri Sociale, document ce pregătea participarea României la metoda deschisă de coordonare în domeniul incluziunii sociale. La 20 iunie 2005, Comisia Europeană și Guvernul României au semnat *Memorandumul comun asupra incluziunii sociale*, având ca obiectiv pregătirea României pentru participarea la Strategia europeană privind incluziunea socială.

Documentul reliefează principalele provocări în abordarea sărăciei și a excluziunii sociale, prezintă măsurile politice majore luate de România, pe baza acordului, în vederea transpunerii obiectivelor comune ale Uniunii Europene în politicile naționale și identifică principalele metode pentru viitoarea monitorizare și revizuire a politicii. Modelul participării este integrat în procesul de elaborare și implementare a politicilor, planurilor, strategiilor de acțiune. Însuși procesul de pregătire a Planului național antisărăcie și promovare a incluziunii sociale și a Memorandumului a fost fundamentat de un larg dialog social între diferitele instituții publice, patronate, sindicate, asociații și organizații neguvernamentale. (Preoteasa et al, 2009,36)

În ceea ce privește romii, prevederile JIM fac trimitere la finalizarea implementării Strategiei guvernamentale pentru îmbunătățirea situației romilor și în special eliminarea cazurilor persoanelor fără acte de identitate, susținerea formării și ocupării forței de muncă, educației, îngrijirii, sănătății, programelor de dezvoltare a infrastructurii și a locuirii, măsuri care să contribuie la incluziunea socială a minorității rome și la lupta împotriva discriminării.

Scopul memorandumului este promovarea incluziunii sociale și combaterea sărăciei în perspectiva îndeplinirii obiectivelor de la Lisabona. Principalele Domenii de acțiune sunt: întărirea capacității instituțiilor guvernamentale; îmbunătățirea condițiilor de viață ale romilor, prin

dezvoltarea de oportunități economice și crearea de locuri de muncă salariate; îmbunătățirea accesului la toate nivelurile de educație, completată cu accesul la nivelul educațional minim pentru generațiile tinere; identificarea și atribuirea de teren agricol în mediul rural și de terenuri pentru construcția de locuințe în sistem tradițional sau modern; asigurarea unui acces complet la servicii medicale primare. Coordonatorul național al JIM este Ministerul Muncii și Protecției Sociale, iar responsabilitatea pentru implementarea măsurilor privind romii prevăzute de JIM este a Agenției Naționale pentru Romi.

Deceniul de incluziune a romilor 2005-2015, reprezintă un angajament inițiat de Open Society Institute și Banca Mondială, asumat la nivel internațional de guvernele a nouă state din regiune, respectiv: România, Bulgaria, Ungaria, Cehia, Slovacia, Serbia, Muntenegru, Macedonia și Croația. România s-a alăturat acestui demers internațional în anul 2003. Prin acest demers, statele participante s-au angajat să promoveze politici active de incluziune socială a romilor, orientate pe patru domenii prioritare: educație, sănătate, locuri de muncă și locuire, traversate de conceptul de combatere a sărăciei, a discriminării și a inegalității între sexe.

HG 1221/2011 Strategia Guvernului României de incluziune a cetățenilor aparținând minorității romilor 2012-2020 este considerată o continuare a Strategiei Guvernului României de îmbunătățire a situației romilor. Scopul declarat al Strategiei Guvernului este acela de a asigura incluziunea socio-economică a cetățenilor români aparținând minorității rome prin implementarea unor politici integrate în domeniul educației, ocupării forței de muncă, sănătății, locuirii, culturii și infrastructurii sociale. Strategia Guvernului urmărește și responsabilizarea autorităților publice centrale și locale, a minorității rome și a societății civile pentru creșterea gradului de incluziune socio-economică a cetățenilor români aparținând minorității rome.

Conform textului HG 1221/2011, Strategia Guvernului se bazează pe următoarele principii: principiul diviziunii sectoriale; principiul cooperării; principiul adiționalității fondurilor; principiile subsidiarității și al descentralizării în execuție; principiul egalității de șanse și al conștientizării dimensiunii de gen; principiul dialogului inter-cultural; principiul nediscriminării și respectării demnității umane; principiul participării active; principiul complementarității și transparenței.

Obiectivele Strategiei Guvernului fac referire la:

- asigurarea accesului egal, gratuit și universal al cetățenilor aparținând minorității rome la educație de calitate la toate nivelurile în sistemul public de învățământ, pentru a sprijini dezvoltarea societății bazată pe cunoaștere;
- promovarea educației incluzive în cadrul sistemului educațional, inclusiv prin prevenirea și

eliminarea segregării, precum și combaterea discriminării pe baze etnice, de statut social, dizabilități sau alte criterii care afectează copiii și tinerii proveniți din grupuri dezavantajate, inclusiv romi;

- stimularea creșterii ocupării forței de muncă a persoanelor aparținând minorității rome și creșterea atractivității pentru investiții;
- stimularea măsurilor de promovare a sănătății care să contribuie la creșterea accesului cetățenilor aparținând minorității rome la serviciile de sănătate publică și la creșterea speranței de viață;
- asigurarea de către instituțiile centrale, locale și partenerii sociali a condițiilor de locuit decente în comunitățile defavorizate din punct de vedere economic și social, precum și asigurarea accesului la servicii publice și mica infrastructură;
- păstrarea, dezvoltarea și afirmarea identității culturale (limbă, obiceiuri, patrimoniu) a minorității rome;
- dezvoltarea, de către instituții, a unor măsuri care, prin serviciile pe care le oferă, să răspundă unor nevoi sociale ale categoriilor defavorizate, inclusiv a membrilor minorității rome în domeniile: dezvoltare comunitară, protecția copilului, justiție și ordine publică.

Planul de măsuri organizatorice pentru implementarea Strategiei Guvernului a fost elaborat de către ANR în ianuarie 2012 și a fost discutat și asumat de membrii Grupului de lucru interministerial. Acest Plan cuprinde responsabilități și termene de realizare cu scopul declarat de constituire a unui mecanism real de comunicare, atât pe plan orizontal, cât și vertical. Planul prevede ca în implementarea Strategiei să fie implicați reprezentanți ai comunităților de romi, experți locali romi, reprezentanți ai unor ONG-uri locale, autorități publice locale, care vor stabili necesitățile și prioritățile comunităților de romi și le vor include în Planurile locale de acțiune.

Față de această nouă strategie, atât societatea civilă, cât și organismele internaționale, au semnalat deficiențe care pun la îndoială voința autorităților române în ceea ce privește interesul manifestat în procesul de incluziune socială a populației de etnie romă.

În faza de elaborare, planurile de măsuri au fost elaborate segmentat, de fiecare minister implicat, fără o preocupare pentru asigurarea sinergiei între măsurile de politici publice propuse și corelarea cu o bugetare reală a acestora. În ceea ce privește finanțarea planurilor de măsuri, strategia se bazează în majoritatea cazurilor pe „fonduri structurale”, în contextul în care negocierile pentru noua programare financiară pentru fondurile de coeziune abia au fost demarate. Critica majoră adusă acestei strategii vizează procesul de consultare care a fost tratat cu

superficialitate de către reprezentanții guvernamentali. Astfel, documentul ridică semne de întrebare în ceea ce privește voința politică pentru realizarea unei schimbări pozitive a situației romilor. O altă critică importantă adusă de organizațiile neguvernamentale la adresa noii strategii a fost aceea că a fost adoptată în absența unei analize de impact și fără o cercetare preliminară, care să asigure măsurarea progresului înregistrat în îndeplinirea indicatorilor propuși. Aceste observații-cheie asupra evaluării strategiei adoptate în decembrie 2011 au fost reluate și de reprezentanți ai Comisiei Europene, cu ocazia unei întâlniri multi-partite, organizată în martie 2012, urmare a mai multor consultări bilaterale cu societatea civilă și cu reprezentanții administrației publice centrale. (Giurca et al, 2012, 40)

Alte documente naționale de politică publică care vizează incluziunea socială a romilor sunt: Planul Național de Dezvoltare 2007 - 2013 (PND), Cadrul Național Strategic de Referință 2007 – 2013, Programul Operațional Sectorial - Dezvoltarea Resurselor Umane (POS DRU), Programul de guvernare 2009 – 2012.

Planul Național de Dezvoltare 2007 - 2013 (PND), lansat în decembrie 2005, este un document de planificare strategică și programare financiară multianuală, prin care sunt enunțate prioritățile investițiilor publice pentru dezvoltare ale Guvernului României în raport cu domeniile de intervenție a fondurilor structurale și de coeziune ale UE. În Capitolul 6 - Incluziunea socială-regăsim o prezentare a populației de etnie romă ca unul dintre grupurile dezavantajate pe piața muncii. Sunt expuse principalele probleme sociale, în special pe componentele de ocupare, gen și educație.

Cadrul Național Strategic de Referință 2007 - 2013 (CNSR), lansat în 2007, a fost elaborat având la bază prioritățile stabilite în PND și este considerat un instrument pentru programarea financiară și a cadrului de implementare a fondurilor structurale. CNSR cuprinde direcțiile strategice ale Programelor operaționale sectoriale aflate sub Obiectivul Convergența, respectiv cele finanțate prin Fondul European de Dezvoltare Regională, Fondul Social European și Fondul de Coeziune. Problemele sociale cu care se confruntă comunitățile de romi sunt prezentate în secțiunea privind capitalul uman.

Programul Operațional Sectorial - Dezvoltarea Resurselor Umane (POS DRU) stabilește cadrul structural de intervenție în domeniul resurselor umane prin intermediul Fondului Social European. Obiectivul general al POS DRU este dezvoltarea capitalului uman și creșterea competitivității, prin corelarea educației și învățării pe tot parcursul vieții cu piața muncii și asigurarea de oportunități sporite pentru participarea pe o piață a muncii modernă, flexibilă și

incluzivă. Axele prioritare 2, 5 și 6 vizează susținerea unor măsuri specifice politicilor de incluziune socială pentru grupurile vulnerabile, între care este inclusă și populația de etnie romă. POS DRU acordă o importanță deosebită promovării (re)integrării persoanelor supuse riscului excluziunii sociale, în vederea facilitării reinsertiei și participării acestora pe piața muncii.

Programul de guvernare 2009 – 2012 stabilește cadrul general de politici publice privind populația romă. Capitolul 25 - Politici în domeniul minorităților naționale - are ca obiectiv principal *„îmbunătățirea situației romilor și continuarea politicilor de reducere a decalajelor dintre populația de romi și societate, în ansamblu”*. Prin acest program Guvernul României admite că problematica romilor necesită un cadru intern de politici care să fie corelate cu direcțiile agreate la nivelul UE privind combaterea sărăciei și a excluziunii sociale. Pentru atingerea acestui obiectiv au fost propuse următoarele coordonate: descentralizare, dialog social, condiții de locuire și dreptul de proprietate, eficientizarea măsurilor care vizează aspecte sectoriale.

În ceea ce privește politicile publice de incluziune socială a romilor, pe lângă documente naționale de politică publică, procesul este sprijinit și de structuri ale UE care, prin tratate și convenții internaționale, au dezvoltat un cadru legislativ care vizează creșterea integrării sociale a grupurilor marginalizate și asigurarea unei protecții sporite împotriva rasismului și a discriminării rasiale, dar și alte acțiuni specifice pentru promovarea incluziunii persoanelor de etnie romă. Strategia Lisabona, Strategia Europă 2020, Platforma europeană pentru incluziunea romilor, Cadrul European pentru strategiile de integrare națională a romilor – 2020, sunt doar câteva exemple de documente la care România face referință atunci când raportează progresul înregistrat în procesul de incluziune socială a romilor.

Capitolul 2 – Perspectiva științifică care argumentează necesitatea evaluării politicilor publice pentru romi

2.1 Perspectiva științifică a abordării problematicei romilor

În România postdecembristă, realizarea de documente de politici publice, care să răspundă nevoilor populației, a devenit o practică frecventă. Când apare o problemă, singura modalitate de a rezolva această situație nedorită este înființarea unui grup de lucru, alcătuit din reprezentanți ai sectorului guvernamental și din cel non-guvernamental, care are ca principală sarcină realizarea unui document de politică publică. Dacă la capitolul realizarea de documente de politici publice, Guvernul României, în calitate de prestator de servicii pentru populație, este apreciat de instituțiile europene, la capitolul implementare, monitorizare și evaluare, pentru rezultate slabe obținute și lipsa sustenabilității, România este frecvent criticată de structurile și instituțiile UE.

În procesul de elaborare a unei politici publice trebuie luate în calcul două dimensiuni, respectiv dimensiunea analitică, capacitatea statului de a analiza posibilitatea rezolvării unei probleme, și dimensiunea politică ce presupune asumarea politică a procesului de rezolvare a problemei. Procesul de înfăptuire a politicii publice conține 5 etape foarte importante, respectiv: stabilirea agendei, formularea politicilor, luarea deciziilor, implementarea și evaluarea - etapă foarte importantă care poate conduce la reconceptualizarea problemei și a soluțiilor propuse

În acest moment, România dispune de cadrul legal de înfăptuire a politicilor publice însă, în același timp, este nevoie de dezvoltarea unor abilități pentru persoanele implicate în procesul de realizare a politicilor publice, cu privire la înțelegerea contextului, managementul relațiilor cu partenerii de dialog, abilități de prezentare bine dezvoltate, o mai bună înțelegere a tehnologiei informației și a modului în care aceasta poate fi utilizată, studii de economie, statistică și discipline relevante problematicei abordate, voința de a experimenta asigurând managementul riscurilor și voința de a continua să acumuleze noi cunoștințe în domeniul elaborării și implementării politicilor publice.

În ceea ce privește rolul statului, prin furnizarea către cetățeni a anumitor servicii pe care piața nu le poate furniza, statul contribuie la realizarea anumitor scopuri ce nu ar putea fi atinse prin alte mijloace. România ca țară fostă comunistă resimte acut problemele sociale majore rezultate datorate lipsei construcției unui model de stat al bunăstării bazat pe nevoile reale ale

societății. Având în vedere situația cu care se confruntă populația României, precum și măsurile implementate de statul român, pe agenda publică apare o nouă dilemă și anume: ***în ce măsură se poate vorbi de un stat al bunăstării când sărăcia este în creștere, iar beneficiile acordate sunt foarte modeste?***

Conceptul de cetățenie este parte integrantă din procesul de realizare și implementare a politicilor publice. De-a lungul istoriei conceptului de cetățenie s-a constatat că furnizarea bunăstării s-a bazat pe statutul acordat tuturor celor care sunt membrii efectivi ai comunității, cetățenia presupunând un sens direct al apartenenței la comunitate bazat pe loialitatea față de civilizația pe care o împărtășesc în comun.

În România există o serie de grupuri sociale excluse și procese de excludere evidente. O categorie socială care se confruntă cu grave probleme de excludere și care are nevoie de intervenția statului o reprezintă populația de etnie romă. Politicile publice adresate acestei categorii de populație trebuie să pornescă de la identificarea și conștientizarea cauzelor care au condus la situația actuală. Cea mai clară dovadă a cetățeniei este actul de identitate, act în baza căruia poți beneficia de anumite drepturi pe care le are întreaga populație supusă riscului excluziunii sociale, indiferent de etnie, precum: alocații pentru copii, ajutor social, acces la educație sau la servicii de sănătate, etc.

După o practică de mai bine de 20 de ani de realizare de politici publice, în societatea românească nu s-a produs o schimbare de viziune drastică privind rolul politicilor sociale în dezvoltarea societății în ansamblul ei. Resursele pentru politicile sociale s-au redus substanțial, pe fondul reducerii veniturilor generale ale populației, statul reducându-și rolul și așa restrâns de „furnizor” de bunăstare pentru cetățeni. Familia și organizațiile caritabile au încercat să mai preia ceva de pe umerii statului, dar, ca peste tot în lume, aceste încercări s-au dovedit a fi inegale și infime comparativ cu nevoile existente. Calitatea vieții cetățenilor a scăzut considerabil, o mare parte a cetățenilor români ajungând să trăiască în sărăcie, ba chiar sub nivelul minim de subzistență. România resimte acut problemele sociale majore și nevoia unui sistem coerent, instituționalizat, de abordare a acestora, nevoia unui stat al bunăstării de tip modern, eficient, ca răspuns la criza socială generată pe fondul costurilor mari ale tranziției. (Deme, 2006,44)

2.2 Conceptul de politică publică în societatea românească

În societatea românească, termenul *politică publică* este foarte des folosit atunci când se discută despre problemele sociale cu care se confruntă populația supusă riscului de excluziune. Politicieni, funcționari ai statului, formatori de opinie, experți, lucrători în cadrul sectorului non-profit utilizează în discursul lor termenul de politică publică, de multe ori, fără să aibă o logică, neîncadrat în context, folosit ca scut al neștiinței, bazat pe un concept mai puțin academic respectiv: “*nu știu ce înseamnă, dar îmi place cum sună*”.

Cu privire la definiția termenului de politică publică, în literatura de specialitate găsim o serie întregă de definiții, pornind de la definiția simplistă –*ceea ce guvernele aleg să facă sau să nu facă* – până la cea instrumentalistă- *un curs al acțiunii cu un scop precis, urmărit de un actor sau un grup de actori în abordarea unei probleme*. (Profîroiu și Iorga, 2009, 14)

A. Miroiu, în lucrarea sa “*Introducere în analiza politicilor publice*” definește politica publică ca “*o rețea de decizii legate între ele privind alegerea obiectivelor, a mijloacelor și a resurselor alocate pentru atingerea lor în situații specifice*.” (Miroiu, 2001, 9)

Pentru a înțelege mai bine dimensiunea noțiunii de politică publică, literatura de specialitate propune o serie de concepte cheie care să ajute la construcția conceptului, respectiv:

- **Acțiunea în baza autorității:** Politica publică este o acțiune implementată de structurile puterii, structuri care au autoritatea legislativă, politică și financiară de a acționa;
- **O reacție la problemele societății:** Politica publică încearcă să răspundă unei nevoi/probleme concrete a societății (sau a unui segment al societății).
- **Orientată spre un scop:** politica publică este orientată spre atingerea unui set de obiective bine delimitate în încercarea de a rezolva o nevoie/problemă particulară a comunității (grupului țintă);
- **Cursul acțiunii:** politica publică nu este o decizie singulară, ci este o abordare integrată;
- **O decizie de a face/a nu face ceva:** Politica publică poate fi implementată cu scopul de a rezolva o problemă sau, bazându-se pe presupunerea conform căreia problema poate fi rezolvată în cadrul politicilor deja existente, un Guvern poate decide că nu este cazul să mai acționeze;
- **Politica este dusă la îndeplinire de un actor/un grup de actori:** politica publică este implementată de o structură de implementare alcătuită din mai mulți actori;
- **O justificare a unei acțiuni:** orice politică publică trebuie să includă motivarea acțiunilor/non-acțiunilor;

- **O decizie luată:** Politica publică este o decizie asumată nu o promisiune sau o intenție;

Analizând cele enunțate mai sus, o politică publică reprezintă, deci, un ansamblu de măsuri luate de către o autoritate legală și responsabilă care vizează îmbunătățirea condițiilor de viață ale cetățenilor sau conceperea unor măsuri de stimulare a creșterii economice. (Profiroiu și Iorga, 2009, 16-17)

Asa cum aminteam mai sus, în procesul de elaborare a unei politici publice trebuie luate în calcul două dimensiuni, respectiv dimensiunea analitică (rezolvarea unei probleme), cât și dimensiunea politică (asumarea politică a problemei, voința politică pentru rezolvarea problemei).

Dimensiunea analitică constă în definirea corectă a problemei, identificarea și analiza unui set de soluții adecvate, selectarea alternativei care rezolvă cel mai bine problema. Dimensiunea politică presupune ca procesul de elaborare a politicii să fie văzut ca un proces politic, asumarea politică constituie un factor decisiv în dezvoltarea politicii în fiecare etapă a procesului.

Politicile publice au rolul de a promova valorile general acceptate social (libertate, egalitate, bunăstare), iar responsabilitatea statului este de a elabora și implementa acele politici publice care să potențeze și să impună aceste valori în societate. (Profiroiu și Iorga, 2009, 26)

În funcție de criteriile formale sau instituționale, politicile publice pot fi clasificate în politici naționale, politici locale și politici interguvernamentale. Din perspectiva coerciției, politicile publice sunt clasificate în **politici protective** (sunt cele care încearcă să protejeze publicul de efectele negative ale activității private, exemplu poluarea), **politici distributive** (o acțiune prin care puterea publică autorizează cazuri special desemnate nominal, indivizilor), politici redistributive (constă în adoptarea de putere publică a unor criterii care conferă acces la anumite avantaje grupurilor, exemplu asigurările sociale) și **politici constitutive** (acțiunea publică definește reguli privind puterea, exemplu revizuirea constituției, realizarea reformelor). (Profiroiu și Iorga, 2009, 30-32)

Analizând situația romilor din România, precum și procesul asimilationist prin care au trecut, după '90, odată cu castigarea statutului de minoritate națională și luând în calcul presiunile instituțiilor UE de a rezolva situația romilor, Guvernul României și-a propus să realizeze, bazat pe principiul politicii publice distributive, o strategie națională care ar trebui să confere romilor acces la anumite avantaje cu scopul de a reduce inegalitățile între populația majoritară și populația de etnie romă.

Actorii implicați în procesul de realizare a politicilor publice pot fi participanți din interiorul și exteriorul politico-administrativ, respectiv: oficiali aleși (membrii ai executivului și

membrii ai legislativului), oficiali numiți în funcție (funcționari delegați), grupuri de interese (societatea civilă), grupuri de cercetători (experți în domenii de interes) și mass media.

Ciclul unei politici publice cuprinde etapele procesului de înfăptuire a politicii respective. În lucrarea *Evaluarea Politicilor publice*, autoarea prezintă etapele unei politici publice după cum urmează: (Rădoi, 2004,17)

- **Stabilirea agendei** – procesul prin care problemele ajung în atenția publicului și a instituțiilor guvernamentale;
- **Formularea politicilor**- procesul prin care sunt definite, evaluate, acceptate sau respinse politici alternative de soluționare a unei probleme aflate pe agendă;
- **Luarea deciziilor** – procesul prin care instituțiile guvernamentale adoptă o anumită alternativă pentru soluționarea problemei;
- **Implementarea** – procesul prin care instituțiile guvernamentale aplică politica, fac trecerea de la decizie la practică;
- **Evaluarea** – procesul prin care rezultatele politicilor sunt monitorizate și evaluate, putând conduce la reconceptualizarea problemei și a soluțiilor propuse;

În România, conceptul de politici publice a fost instituționalizat odată cu apariția HG 755/2005 pentru aprobarea regulamentului privind procedurile de elaborare, monitorizare și evaluare a politicilor publice la nivel central, prin care se stabilesc o serie de reguli care reglementează procesul de luare a deciziei la nivelul ministerelor și a altor structuri specializate la nivelul administrației centrale.

La nivel instituțional, autoritățile responsabile de procesul de formulare a politicilor publice sunt: Parlamentul (forumul legislativ), Consiliul legislativ (o structură specifică a Parlamentului responsabil de actualizarea legislației), cabinetul Primului Ministru, Secretariatul General al Guvernului (SGG are autoritate în ceea ce privește observarea procedurilor legate de documentele înaintate Guvernului), unitățile de politici publice de la nivelul ministrelor (structuri fără personalitate juridică ce inițiază proiecte de acte normative prin ordin al conducătorului instituției) și comisiile interministeriale permanente (asigură coerența fundamentării și implementării politicilor guvernamentale din domeniul respectiv).

Prin adoptarea H.G. nr. 775/2005, Guvernul a urmărit o mai bună reglementare a aspectelor ce țin de activitățile de elaborare, monitorizare și evaluare a politicilor publice în cadrul ministerelor și al altor organe de specialitate ale administrației publice centrale care inițiază proiecte de acte normative, cadrul coerent și unitar de elaborare a politicilor publice care să se

regăsească la nivelul fiecărui minister și organ de specialitate al administrației central, fundamentarea tehnică adecvată a actelor normative în scopul evitării contestărilor ulterioare și a situațiilor în care actele normative sunt dificil sau imposibil de aplicat, stabilirea unor instrumente care să contribuie la creșterea capacității de coordonare de la nivelul Guvernului, în ceea ce privește procedurile de elaborare a politicilor publice de către ministere și celelalte organe de specialitate ale administrației central, stabilirea unor formulare unice care să fie completate la nivelul tuturor ministerelor în care să fie prezentate etapele și rezultatele activităților de cercetare care fundamentează un anumit proiect de act normative și crearea la nivelul ministerelor a unor organisme speciale de politici publice care să coordoneze activitățile premergătoare elaborării proiectelor de acte normative și care să funcționeze în colaborare cu departamentele de specialitate de la nivelul Guvernului;

Un proces corect de elaboarea a politicilor publice trebuie să respecte următorii parametrii: (Profiroiu și Iorga, 2009, 120)

- *Orientarea spre viitor și viziunea pe termen lung - să proiecteze o imagine pe termen lung, bazată pe tendințele statistice și previziunile privind impactul probabil al politicii;*
- *Orientarea către experiența altor țări – să ia în considerare experiențele de la nivel european și internațional, care pot avea o influență benefică asupra situației de la nivel național;*
- *Inovarea și flexibilitatea – să pună în discuție căile clasice de abordare a diverselor probleme și să încurajeze ideile noi; este deschisă la comentariile și sugestiile altora;*
- *Identificarea informațiilor pertinente și utilizarea optimă a acestora – să se folosească cele mai bune informații și analize disponibile dintr-o gamă largă de surse și să se implice principalii deținători de interese încă dintr-un stadiu timpuriu;*
- *Sfera de cuprindere – să țină cont de impactul asupra necesităților tuturor celor care sunt în mod direct sau indirect afectați de politica publică elaborată;*
- *Cooperarea instituțională – să privească dincolo de granițele instituționale și de obiectivele strategice ale ministerului respectiv; stabilește baza etică și legală a politicii publice elaborate;*
- *Evaluarea – să reunească evaluările sistematice ale rezultatelor timpurii în procesul de elaborare a politicii publice;*
- *Revizuirea – să supună politica publică implementată la o serie de revizuri, pentru a fi siguri că aceasta continuă să abordeze problemele pentru care a fost elaborată, ținând*

cont de efectele asociate în alte zone;

- *Valorificarea experiențelor anterioare – să se învețe din experiența trecută ceea ce funcționează și ce nu funcționează.*

Educația, sănătatea, planificarea urbană, situația socio-economică a populației, construcțiile de infrastructură au devenit cu toate obiect al reglementărilor și interferării statului. Neo-liberalismul susține că forțele pieței nu pot produce convergența dintre interesele private și cele publice, cele din urmă fiind asigurate prin intervenția statului. Sectorul public a devenit o prezență activă în viața indivizilor. Asistența medicală, educația, securitatea națională și ordinea publică, sunt exemple clasice în care statul a fost nevoit să intervină. (Rădoi, 2004,14)

În România, domeniul politicilor publice tratează teme care se referă la o realitate cunoscută, respectiv sărăcie, asistență socială, pensii, șomaj și grupuri sociale excluse. Domeniul politicilor publice este unul în care deciziile, deși sunt esențiale pentru societate, au efecte relativ lente, indirecte și gravitatea lor este percepută ca mai puțină importantă decât a unor decizii din domenii care pot avea consecințe imediate și directe asupra vieții sau libertății individului. (Preda, 2007, 9)

Literatura de specialitate menționează implicarea statului în dezvoltarea și implementarea de politici sociale adresate populației. Având în vedere complexitatea domeniului politicilor publice, trebuie să facem distincția între politici publice și politici sociale.

Politicile sociale desemnează o intervenție guvernamentală destinată rezolvării unei probleme sociale, pe când politicile publice pot fi și proactive în sensul dezvoltării durabile. În țările profund liberale (ex. SUA) politicile sociale sunt o categorie a politicilor publice, iar în țările în care statul este hipertrofiat (ex. Franța) politicile publice sunt considerate ca fiind politici sociale. (Rădoi, 2004,9) Însă, având în vedere faptul că marea majoritate a politicilor publice adresate populației devaforizate se adresează rezolvării problemelor sociale ale unor categorii de populație, în continuare, voi folosi în egală măsură ambii termeni.

2.3 Teorii cu privire la conceptul de capacitate care incadrează problematica romilor

Abordarea teoretică a capacității este un cadru conceptual de fundamentare a paradigmei dezvoltării umane și o formă de evaluare a bunăstării ce poate fi aplicată la nivelul structurii sociale și la nivel individual.

Caracteristica fundamentală a acestei abordări constă în schimbarea paradigmei de evaluare a bunăstării umane, prin mutarea accentului de pe mijloacele de trai ale unei comunități pe

oportunitățile de trai disponibile unei comunități sau unei persoane, ținând cont de caracteristicile unui anumit context social. Abordarea prin prisma capabilității consideră important ceea ce oamenii pot să facă și să fie și să facă, operând o delimitare între condițiile intrinseci (starea fizică și psihică a unei persoane) și cele extrinseci (grupul din care face parte, statutul pe care îl are în cadrul grupului și al familiei, condițiile de trai, condițiile de mediu, statusul identitar de gen, etnic, de clasă socială etc.) specifice mediului social în care trăiesc.

În cadrul paradigmei dezvoltării umane, bunăstarea unei persoane, din perspectiva abordării capabiliste, reprezintă capacitatea respectivei persoane de a realiza stări *de a fi* și *de a face*, investite ca fiind valoroase în economia propriei existențe. Această capacitate *de a fi* și *de a face* este direct proporțională cu gradul de libertate și oportunitățile reale de care un individ poate dispune pentru a atinge propria bunăstare. În acest sens, bunăstarea este multidimensională ca formă de manifestare, motiv pentru care abordarea capabilității este tratată interdisciplinar (este folosită pentru evaluări în studii ale economiei bunăstării, în studii despre dezvoltare umană, în elaborarea politicilor sociale și în filosofia politică) (Robeyns, 2003).

Capabilitatea poate fi definită drept capacitatea unei persoane de a funcționa, având următoarele coordonate: mediul din care face parte și funcționalitățile de a trăi. Sen (1992) situează abordarea în tradiția școlii filosofice a lui Aristotel, folosind noțiunea de funcție.

În viziunea lui Sen asupra bunăstării, bunurile externe sunt denumite produse¹ a căror utilizare împlineste realizarea unei valori personale și care au drept scop îndeplinirea bunăstării. Capabilitatea constă în identificarea acelor funcționalități care reprezintă realizările unei persoane, respectiv ceea ce o persoană are capacitatea să fie și să facă (Sen, 1985).

Amartya Sen, laureat al premiului Nobel în economie, a contribuit la cunoaștere în sfera economiei dezvoltării, a economiei bunăstării, a studiilor despre sărăcie și deprivare de drepturi fundamentale umane, deschizând drumul către o nouă abordare a unor fenomene complexe: bunăstarea și dezvoltarea umană prin intermediul capabilității.

Melanie Walker (2005,103) încercând să redea sensul cel mai cuprinzător al paradigmei afirma că „abordarea din perspectiva capabilității este despre libertate și dezvoltare într-un mediu sustenabil pentru înflorirea umană”. Ea reprezintă o platformă normativă pentru evaluarea bunăstării individuale, a libertății și a opțiunilor pe care o persoană le are pentru atingerea propriei

¹ Termenul folosit de Sen pentru bunuri este cel de “commodities” în loc de cel de „goods” al lui Rawls, pentru că cuprinde pe lângă caracteristicile unui bun și felul în care caracteristicile bunului respectiv pot fi transformate în funcționalități (adică acțiuni și stări).

bunăstări, dar și a societății în care trăiește. Populația de etnie roma din România, în condițiile în care ar beneficia de egalitate de șanse în educație, are capacitatea de a-și crea propria bunăstare și totodată să aducă bunăstare și societății în care trăiește. De exemplu, la ultimul recensământ al populației, s-a constatat că populația de etnie roma este mult mai tânără în comparație cu populația majoritară. Dacă statul ar investi în copii romi, ar contribui pe de o parte la bunăstarea indivizilor aparținând populației de etnie roma cât și societății în general. Tinerii romi de astăzi, dacă se investesc în educația lor, pot deveni, în viitorul apropiat, susținătorii prestațiilor sociale și ale pensilor pe care statul trebuie să le ofere populației.

Așa cum subliniau Kuklys și Robeyns (2005), nu e o teorie care explică sărăcia, inegalitatea socială sau bunăstarea, ci oferă un cadru conceptual, un mod de a gândi și de a analiza societatea și structurile ei.

Principalii promotori ai fundamentării acestei paradigme sunt Amartya Sen și Martha Nussbaum. Amartya Sen a propus o reinterpretare a conceptului de egalitate din domeniul filosofiei politice liberale, introducând premisa egalizării capacităților de bază în locul bunurilor primare (Sen, 1980). Prin *capabilitate*, Sen propune un nou concept, rezultat din analiza critică a termenului de *utilitate* pe care se bazează utilitarismul și politica statului bunăstării. Utilitarismul a reprezentat, așa cum subliniază Sen (2004), teoria etică dominantă și cea mai influentă a dreptății sociale. Principiile economice clasice legate de bunăstare și de politica publică a bunăstării au fost dominată de această abordare inițiată de Jeremy Bentham și continuată de John Stuart Mill, William Stanley Jevons, Alfred Marshall și A.C. Pigou. În perspectivă utilitaristă, nedreptatea socială constă în pierderea utilității în comparație cu ceea ce s-ar fi putut realiza. Deci, o societate nedreaptă este o societate în care oamenii, considerați împreună, sunt semnificativ mai nefericiți decât ar trebui să fie.

Abordarea lui Sen aduce în discuție, ca element nou, capacitatea oamenilor de a transforma tipurile de bunuri în capabilități (capacități de a face și de a fi), fiind preocupat de evaluarea gradului de libertate și de oportunitățile reale pe care oamenii le au în anumite contexte sociale. În timp ce Sen folosește abordarea pentru evaluarea bunăstării prin estimarea calității vieții aplicând principii din economie, Nussbaum leagă această abordare de fundamentarea unei premise filosofice pentru argumentarea unei parțiale teorii a dreptății sociale, care să devină “principiul constituțional de bază respectat și implementat de guvernele tuturor națiunilor” (Nussbaum, 2000, 5).

Structurile sociale își fundamentează teoriile cu rol normativ construind un anumit tip de argumentație în jurul conceptului de egalitate. Pentru ca o teorie socială să-și probeze construcția argumentativă asupra a ceea ce poate fi egalizat, ea trebuie să ofere, în termeni lui Ball și Dagger (2000), o cheie de interpretare ideologică.

Una dintre cele mai importante dintre teoriile contemporane ale dreptății sociale aparține lui John Rawls. El susține principiul egalității libertății și al egalității în distribuția bunurilor primare. Ronald Dworkin argumentează, pe de altă parte, tratamentul egal și egalitatea distribuirii resurselor, în timp ce Thomas Nagel susține egalitatea economică. Robert Nozick, spre exemplu, argumentează egalitatea proprietății asupra bunurilor primare consolidând concepția libertariană a egalității drepturilor, conforme principiului toți oamenii sunt egali în dreptul la libertate. James Buchanan, în perspectiva sa asupra unei societăți drepte, vede realizabil acest deziderat prin tratamentul egal din punct de vedere legal și politic (Sen, 1992). Analizând situația romilor din România, constatăm ca acest deziderat un este valabil. Ca teorie etică cu rol normativ al cărui scop ultim este dreptatea socială, egalitarianismul lui Sen s-a născut ca o critică împotriva fundamentelor ideii de egalitate substanțială exprimate de către utilitarianism. În opinia lui Sen (1992,13), algoritmul utilitarian necesită “maximizarea sumei totale a utilităților tuturor indivizilor luați împreună” nu este una egalizatoare, deoarece egalitatea utilitariană poate fi descrisă sub forma tratamentului egal al tuturor indivizilor în spațiul diminuării sau dobândirii utilităților. Se poate astfel constata o existență a asimetriei cu ale surse de avantaj individual, cum sunt veniturile, care ar fi evaluate în general pe baza măsurii în care contribuie la respectivele avantaje personale (Sen, 2004). Nu în ultimul rând, în cadrul teoriei contemporane a alegerii, în folosirea modernă a termenului de utilitate, identificarea acestuia cu plăcerea sau îndeplinirea dorințelor a fost abandonată. În prezent, utilitatea este utilizată ca reprezentare numerică a alegerii exprimate de o persoană.

Preocupat de mecanismele reducerii inegalităților sociale și de impactul teoriilor etice privind egalitatea în planul concret al realității, Sen consideră importantă înțelegerea inegalităților precare lipsa egalității le produce la nivelul sistemelor sociale. Prin urmare, dincolo de corectitudinea argumentării necesității existenței egalității ca principiu al echității (pe care Rawls construiește teoria dreptății sociale) sau al imparțialității ori universabilității aplicabilității acestui principiu, Sen susține prin abordarea capabilității în spațiul evaluării egalității sociale interesul pentru modalitățile prin care poate fi redusă inegalitatea socială.

Din punctul său de vedere, spectrul diversității umane, adică diferitele atribute pe care oameni le au și diferitele circumstanțe în care trăiesc se caracterizează prin diferențe ale mediului social, ale mediului natural, al condițiilor externe de trai și cele personale și care împreună constituie premisa evaluării inegalităților.

Aspectul conceptului de egalitate în abordarea lui Sen este strâns legat de conceptul de libertate. Egalizarea setului de capabilități și evaluarea capacității de manifestare a libertății de a alege reprezintă fundamentele acestei abordări. De fapt relația dintre resurse sau bunuri primare (după cum le numește Rawls) și capabilități (capacități de a fi și de a face) este direct influențată de factorii de conversie, așa cum relația dintre libertate și formarea setului de valori personale reprezintă consecința adaptării preferințelor la contextul de trai, în sens larg. De fapt preferințele, în sensul optării pentru anumite tipuri de circumstanțe și prioritizarea acestora în funcție de capacitatea de a opta pentru anumite circumstanțe definesc și caracterizează natura adaptabilității acestora.

Relevanța intrinsecă, rolul protecționist și importanța constructivă a drepturilor și libertăților fundamentale într-o democrație, după cum afirma Sen (2004, 201), prezintă pericolul de supralicitare a eficienței lor. De fapt, eficiența libertăților politice și a drepturilor civile într-un stat de drept democratic depind de modul în care sunt exercitate. *De pildă, succesul politicilor de protecție socială în eliminarea fenomenului sărăciei populației rome, precum măsurile din domeniul educației privind reducerea analfabetismului, sau diminuarea blocajelor de acces din domeniul asistenței medicale, pot fi privite ca oportunități facilitate cetățenilor într-un proces de democratizare societală.* Cu toate că existența acestor procese de creare a oportunităților de exercitare a drepturilor civile, din care fac parte și dreptul la îngrijire medicală și la servicii de sănătate, sunt cruciale pentru formarea valorilor democratice și instrumentarea acestora, capacitatea de utilizare a oportunităților necesită diferite tipuri de analize care au de-a face cu practica democrației. Altfel spus, oportunitatea pe care o creează democrația are nevoie de a fi valorificată în scopul obținerii efectului dorit.

Privațiunea de libertate poate avea, de asemenea, diferite forme de manifestare. O pondere semnificativă a populației rome are un acces redus la servicii de asistență medicală, confruntându-se cu numeroase problematice care decurg din această privare: frecvența cazurilor de mortalitate infantilă, diminuarea speranței de viață și a longevității duratei de viață, predominanța afecțiunilor cronice. Lipsa accesului la oportunități de bază cu privire la asistența medicală reprezintă, în

limbajul paradigmei capabilității a lui Sen, o privare a capacității de menținere și o periclitare a dreptului la viață.

Prioritățile oficiale europene indică faptul că există anagajamente de furnizare a unei asistențe medicale de bază pentru toți cetățenii, prin asigurarea unor servicii medicale de bază disponibile tuturor, indiferent de mijloacele de trai. Defavorizații social sau grupurile vulnerabile dintr-o societate însă, care nu beneficiază de asigurări de sănătate duc lipsă de fapt de capacitatea de a avea asigurări de sănătate din cauza circumstanțelor economice în care se află.

2.4 Teorii cu privire la statul bunăstării privind situația romilor din România

Scopul declarat al politicilor publice este bunăstarea indivizilor cu rezerva că se impune o distincție netă între politica socială și încercările de a o eticheta cu atributele bunăstării. Politicile bunăstării constituie o necesitate nu atât din preocuparea umanitară de a răspunde nevoilor populației, ci mai ales ca urmare a modificărilor sociale actuale.

Conceptul de bunăstare se fundamentează pe conceptul de standard de viață normal, decent, la nivelul unei colectivități. Conform teoriei capabilităților, conceptul de *standard de viață* al unei colectivități se referă la o stare a aspirațiilor respectivei colectivități, modelate în mod special de disponibilitățile interne, dar și de cele externe, de sistemul de valori al acestuia. *Conceptul de bunăstare colectivă* implică un anumit tip de egalitate: *toți membrii colectivității trebuie să dispună de un volum minim de bunuri și servicii, considerat a fi decent, normal, minimal.*

Prin intermediul politicilor publice, statul intervine în distribuția bunăstării într-o societate, asigurându-se astfel ca viața și libertățile individului nu sunt afectate. În ceea ce privește bunăstarea, Pierson distinge trei tipuri de bunăstare respectiv: bunăstare socială (se referă la furnizarea sau primirea colectivă a bunăstării), bunăstare economică (descrie acele forme ale bunăstării asigurate prin intermediul mecanismelor pieței sau al economiei oficiale), bunăstarea de stat (care se referă la asigurarea bunăstării prin intermediul statului). (Preda, 2007,17)

Hayek, unul dintre criticii statului bunăstării afirmă că expresia “statul bunăstării” este uneori folosită pentru a descrie un stat care nu se limitează la apărarea legii și a ordinii, ci are și o serie de alte preocupări, măsurile coercitive ale statului sunt singurele care trebuiesc înfrânate. (Hayek, 1998, 271)

În lucrarea sa *Politica socială românească-între sărăcie și globalizare*, Marian Preda descrie modele de stat al bunăstării, menționând faptul că acestea pot fi abstractizări ale unor

realități sociale diverse, dar și construcții intelectuale complexe pe baza cărora au fost modelate sisteme de protecție socială ale unor state.

Richard Titmuss consideră că se poate vorbi despre trei modele ale statului bunăstării: (Preda, 2007, 44)

1. *Modelul politicilor sociale reziduale*, care pornește de la ideea că statul trebuie să intervină pentru asigurarea protecției sociale ale cetățenilor doar în situațiile în care cele două modalități naturale de satisfacere a nevoilor indivizilor, piața și familia, sunt neputincioase, iar intervenția trebuie să fie temporară.
2. *Modelul realizare-performața industrială*. – care consideră că nevoile sociale trebuie satisfăcute în funcție de merit, performanțele în muncă și productivitate. Instituțiile bunăstării sociale sunt privite ca având un rol complementar economiei.
3. *Modelul redistributiv instituțional*, în care bunăstarea socială este privită ca o instituție integrantă în societate ce are drept scop asigurarea unor servicii sociale, pornind de la principiile universaliste și în funcție de nevoi.

Esping-Andersen clasifica bunăstarea după următoarele criterii, respectiv - gradul de decomodificare (măsura în care indivizii pot obține un standard de viață independent de participarea la procesul pieței) a asigurării serviciilor sociale (impactul distribuției serviciilor și ajutoarelor) si mixtura stat/piață(în asigurarea pensiilor). (apud. Preda, 2007, 45-46)

Esping-Andersen clasifică, deci,statul bunăstării după cum urmează:

- **Statul bunăstării liberale**. Acest tip este puternic axat pe mecanismele de piață. Gradul de decomodificare este redus, ajutoarele sunt modeste. Statul încurajează asigurarea unor servicii sociale prin sistemul particular, de piață (asigurări particulare de pensie, sănătate, s.a).
- **Statul bunăstării conservativ-corporatist**. Preocuparea liberală privind eficiența pieței și comodificarea nu este importantă în aceste regimuri și ca urmare, nici modalitățile de obținere a drepturilor sociale nu sunt contestate. Efectul redistributiv este neglijabil în comparație cu diferențele de clasă.
- **Statul bunăstării social-democrat**. Principala caracteristică a acestui tip este universalismul serviciilor sociale. Rolul statului în cadrul pieței este foarte mare și nivelul de taxare este foarte ridicat. Beneficiile de pe urma programelor de securitate socială sunt determinate și de venituri, dar aceasta doar ca o măsură de a stimula participarea la sistemul universal de asigurări și susținerea lui de către populație. Decomodificarea este

foarte mare, iar statul este principalul furnizor de bunăstare socială și este preocupat de menținerea ocupării forței de muncă pentru a limita dependența de serviciile sociale.

O altă clasificare menționată în studiul *Politica socială românească între sărăcie și globalizare* este cea a lui Ramesh Mishra, respectiv: (Mishra apud Preda, 2007, 47)

- **Regimul neoconservator.** Caracteristic pentru guvernările politice de dreapta. A abandonat preocuparea pentru “șomaj 0”, caracteristică statului bunăstării keynesian, cât și cea pentru prevenirea sărăciei sau pentru realizarea unui nivel minim național de trai. Acest regim a favorizat dualizarea societății, divizarea ei în săraci și bogați.
- **Regimul social-corporatist** a păstrat preocuparea pentru trei elemente de bază ale statului bunăstării: ocuparea totală a forței de muncă, servicii sociale universaliste și menținerea unui nivel minim de trai. Acest regim a susținut că nu există dovezi care să ateste că eficiența și creșterea economică ar fi afectate ca urmare a menținerii unui șomaj foarte scăzut și a unor cheltuieli sociale ridicate.

În producerea bunăstării, economia de piață acționează prin următoarele mecanisme, respectiv, alocarea optimă a resurselor și orientarea producției către cerere, stabilirea unui câștig individual suficient de ridicat ca motivație pentru performanță, productivitate și creșterea calității muncii, distribuirea veniturilor și redistribuirea ulterioară a veniturilor, orientarea și mobilizarea forței de muncă în căutarea unui loc de muncă cât mai performant.

Goran Therbon, în studiul său asupra statului bunăstării, consideră că există diferențe importante în cadrul statelor bunăstării moderne. El organizează clasificarea statelor bunăstării având în vedere 2 dimensiuni, respectiv nivelul garantării drepturilor sociale și orientarea către piața forței de muncă și ocuparea deplină. De aici rezultă 4 categorii de state:

- ***State ale bunăstării puternic intervenționiste*** - politică socială extinsă, angajament puternic de ocupare deplină; exemple de astfel de state sunt: Suedia, Norvegia, Austria, Finlanda;
- ***State ale unei slabe bunăstări de tip compensatoriu*** - drepturi sociale generoase, angajamente reduse privind ocuparea deplină; exemple de astfel de state sunt: Belgia, Danemarca, Olanda, Franța, Germania, Irlanda, Italia;
- ***State ale bunăstării reduse***, orientate însă către ocuparea deplină - drepturi sociale limitate, dar un angajament instituțional către ocuparea deplină; exemple de astfel de state sunt: Elveția, Japonia;

- ***State ale bunăstării reduse***, orientate către piață - drepturi sociale limitate, angajament scăzut către ocuparea deplină; exemple de astfel de state sunt: Austria, Canada, S.U.A., Marea Britanie, Noua Zeelandă.

Literatura științifică ce analizează statul bunăstării, scoate în evidență două forme majore ale statului bunăstării, respectiv statul capitalist (statul bunăstării bazat pe economia de piață) și statul socialist. Cele două tipuri de state ale bunăstării au funcționat, s-au confruntat și s-au stimulat reciproc. Ele prezintă atât trăsături distincte, cât și comune. Aceste diferențe și asemănări provin din diferențele și asemănările tipurilor de economie. Există opinia că între cele două modele ale bunăstării nu există multe diferențe de structură. Multe dintre elementele fundamentale enumerate în cazul statului bunăstării bazat pe economia de piață pot fi găsite și în cazul statului socialist al bunăstării, cu unele modificări însă. Această similitudine provine din faptul că, cele două economii au unele caracteristici apropiate, mai puțin din punct de vedere al organizării producției și mai mult din cel al veniturilor și consumului.

Statul bunăstării bazat pe economia de piață

Caracterizarea sa pornește de la următoarele elemente:

- veniturile primare (salariale, din profit și proprietate) reprezintă baza bunăstării individuale. Aceste venituri sunt produse în mod liber în economia de piață;
- din veniturile primare statul extrage, prin sistemul fiscal (politica fiscală) veniturile sale pe care le va folosi pentru finanțarea activităților sale de susținere directă sau indirectă a bunăstării colective;
- statul realizează o redistribuție a veniturilor prin diferitele sale sisteme: asigurări sociale (pensii, asigurări de boală, de accident, etc.), sprijin social universal (educație, sănătate), asistență socială –sprijin social focalizat în raport cu testarea mijloacelor.

Statul bunăstării arată ca o rețea complexă de protecție socială, cu funcția de a asigura un nivel de dezvoltare acceptabil. În principal se pot distinge mai multe niveluri ale protecției sociale și anume, bunuri și servicii oferite gratuit colectivității: educație, sănătate etc. (acest nivel produce o echilibrare a bunăstării în anumite privințe, asigurându-se astfel o anumită egalitate a șanselor), sistemul de asigurări sociale oferă un nivel de trai satisfăcător celor care, din diverse motive, și-au pierdut sau diminuat capacitatea de muncă și deci de obținere a veniturilor, sprijinul universal acordat unor categorii de oameni cu nevoi speciale: familii cu copii, persoane cu handicap și asistență socială fundamentată pe testarea mijloacelor. Populația saracă aparținând minorității

romilor, trebuie sa primeasca sprijin din partea statului pentru a avea un trai satisfacator. Insa, chiar daca acestia au dreptul de a fi asistati sociali, pentru statul roman reprezinta o povara.

Există diferențe între configurația statului bunăstării din diferite țări bazate pe economia de piață. Dar aceste diferențe provin mai degrabă din ponderea diferitelor elemente ale sistemului, din gradul de generozitate al diferitelor forme de protecție socială și mai puțin sunt diferențiate structural.

Statul bunăstării bazat pe economie socialistă

Elementele caracteristice ale statului bunăstării din fostele țări socialiste sunt:

- generalizarea sursei salariale;
- politica salarială era orientată puternic spre promovarea egalității;
- generalizarea sistemului de asigurări sociale;
- politica folosirii complete a forței de muncă care a exclus total nevoia ajutorului de șomaj;
- beneficiile familiale ample care decurgeau din nivelul scăzut al salariilor;
- sistemul fiscal similar cu cel al țărilor cu economie de piață;
- impozitele pe venituri erau utilizate adesea, însă în forme simplificate;
- educația și asistența medicală gratuite pentru toți, la care se adăugau și alte gratuități și forme de sprijin: burse pentru elevi, tabere, manuale gratuite etc.

Redistribuirea bunăstării se realizează în mai multe forme:

A) Finanțarea de către stat (dar și de către colectivitate în formele sale specifice) a bunurilor publice sau de interes public: cheltuielile urbanistice, de protecție a naturii (depoluare), infrastructura vieții urbane și economice (șosele, sisteme de comunicații), știință, cultură, sănătate, educație. De bunurile publice beneficiază în mod colectiv toți membrii colectivității. De educație, cultură, sănătate beneficiază indivizii, dar acest consum este considerat de către societate a fi deosebit de important, fapt care generează sprijinul său social și susținerea materială.

Consumul individual de bunuri de interes social este sprijinit pe diferite căi de către colectivitate, respectiv gratuitate (bunuri de care indivizii în nevoie pot beneficia gratuit – educație, sănătate, mese pentru școlari, tabere etc), subvenția (statul sau alte instanțe acoperă o parte din costul respectivelor bunuri. Consumatorul va trebui să plătească o parte din preț, fapt care duce la creșterea și încurajarea consumului) și alte forme de susținere a consumului: reducerea de taxe/impozite pentru consumul respectivului bun (cazul construirii de locuințe sau cumpărarea de asigurări private de bătrânețe).

B. Transferuri financiare de la cei cu resurse mai multe și mai mari la cei cu resurse mai puține (aflați în nevoie).

Există două tipuri de transferuri și anume, **transferuri bănești** – când indivizii primesc o sumă de bani pe care o pot utiliza așa cum doresc (pensii, ajutor de șomaj, ajutor de boală, alocații familiale, asistență socială) și **transferul în natură** – bunuri și servicii care se primesc gratuit: educație, îngrijire medicală, alimente, tabere. În această categorie intră sfera largă a asistenței sociale: serviciile sociale oferite gratuit (sau în mare măsură gratuit) persoanelor în situații de dificultate.

Există 3 mecanisme distincte de transfer financiar:

- asigurările sociale: transfer financiar contributiv;
- transferuri universale (categoriale) non-contributiv;
- asistența socială financiară: transfer financiar non-contributiv bazat pe testarea mijloacelor financiare.

Între aceste trei forme există diferențe atât ca mod de obținere a resurselor financiare, cât și ca forme de ajutor.

Asigurările sociale sunt forme de sprijin contributiv. Cea mai importantă formă de asigurare socială o constituie pensiile. Acestea, de regulă, se acordă doar persoanelor care au adus o anumită contribuție minimă la formarea respectivului fond, iar mărimea acestui sprijin se face în funcție de mărimea contribuției (numărul de ani în care a contribuit și mărimea anuală a acelei contribuții).

Transferurile universale (categoriale) non-contributiv cuprind acele transferuri care sunt determinate doar de detectarea simplei nevoi, fără condiția vreunei contribuții oarecare și nu pe măsura unei contribuții prestabilite. Cele mai importante transferuri sunt: alocații familiale – alocații pentru copii, pentru mame cu mai mulți copii, pentru mame care rămân să îngrijească copiii – alocații pentru persoane handicapate, pentru invalizi de război etc. În această categorie poate intra și educația gratuită, bursele pentru elevi și studenți, îngrijirea medicală.

Asistența socială financiară se asigură celor aflați în nevoie (pornind de la dimensiunile nevoii existente) și pe baza testării resurselor financiare ale familiei care indică faptul că respectiva persoană nu-și poate asigura prin efort propriu (muncă) resursele necesare.

C. Asistența socială

Ea este acordată pe baza dimensionării resurselor individuale în prealabil și utilizează în mod special bugetul de stat. În asistența socială sunt incluse trei mari tipuri de activități:

- *ajutor în bani sau în natură* – se acordă familiilor sărace aflate sub un anumit nivel de viață: burse pentru copiii familiilor cu venituri scăzute, îngrijire sanitară gratuită pentru persoanele cu venituri scăzute, alocații pentru copii, mese gratuite pentru copiii săraci etc.;
- *finanțarea unor instituții care se ocupă de persoane ce necesită îngrijire specială permanentă*: orfelinate pentru copii, instituții pentru copii/maturi handicapați, instituții pentru bătrâni etc.;
- *furnizarea de servicii specializate celor care le solicită*: suport social și psihologic, sprijin terapeutic, plasamentul familial sau adopția pentru copii, sprijinirea tinerelor mame singure în situații dificile, furnizarea de locuințe pentru familiile sărace lipsite de adăpost, diferite tipuri de consultații (educaționale, maritale etc.).

Statul sau diferite fonduri de stat, angrenate în politica bunăstării, își colectează fondurile prin următoarele mecanisme: taxe/impozite, contribuții la diferite forme de asigurare, împrumuturi externe sau interne, emisiunea monetară.

Taxele/impozitele formează bugetul de stat. Contribuțiile la asigurările sociale formează de regulă separat bugetul asigurărilor sociale.

În ceea ce privește rolul statului, Hayek e de părere că serviciile pe care statul trebuie să le asigure sunt aplicarea legii, apărarea față de adversarii externi, dar și anumite servicii pe care piața din diverse motive nu le poate furniza. Prin furnizarea către cetățeni a anumitor servicii, statul contribuie la realizarea anumitor scopuri ce nu ar putea fi atinse prin alte modalități. Serviciile pe care le oferă statul sunt finanțate prin intermediul impozitelor. Statul în calitate de prestator de servicii poate ajuta la realizarea anumitor scopuri, însă trebuie să aibă grijă să nu provoace nimănui lezări ale drepturilor. Hayek precizează că aceste servicii pe care le furnizează statul sunt de fapt exerciții ale puterii coercitive ale guvernului, întemeindu-se pe pretenția sa de a deține drepturi exclusive în anumite domenii, ceea ce reprezintă cu adevărat o amenințare la adresa libertății. În condițiile în care guvernul este singurul prestator al anumitor produse, el poate impune absolut orice restricții, cum ar fi de exemplu taxele pe care le impune statul în cazul rețelelor de comunicații. Prin faptul că serviciile pe care le oferă statul, nu pot fi furnizate de către alt agent al pieței libere, acestea ajunge să dețină monopol în domeniile respective, ceea ce poate reprezenta un adevărat pericol pentru libertatea indivizilor. (Hayek, 1998, 274)

Pentru a-și atinge scopurile statul bunăstării se folosește de metode incompatibile cu libertatea, uneori chiar opuse libertății. În momentul în care un scop al guvernului este considerat ca fiind legitim, acesta se folosește de orice mijloc pentru a-și desăvârși scopurile asumate, acest lucru

reprezentând o adevărată amenințare la adresa libertății. De regulă, soluția cea mai rapidă și mai de succes în rezolvarea diverselor probleme este utilizarea tuturor resurselor de care dispune guvernul, în momentul respectiv, în vederea rezolvării unor probleme presante. Hayek consideră că reformatorul va fi satisfăcut abia în momentul în care prin modalitățile cele mai rapide se va elimina complet un rău, „*va rezolva o problemă doar dacă ar trebui eliberate imediat de orice griji toate persoanele afectate de șomaj, boală sau insuficiența pensiei de bătrânețe, ar fi absolut necesară o schemă atotcuprinzătoare și obligatorie. Însă dacă nerăbdarea noastră de a rezolva imediat asemenea probleme, am oferi guvernului puteri exclusive și monopoliste, riscăm să descoperim că am dat dovadă de miopie.*” (Hayek, 1998, 273-274)

Pentru a înțelege mai bine statul bunăstării din România am pornit de la analiza a două teorii principale care explică apariția conceptului statului bunăstării. Una dintre teorii consideră că statul bunăstării a apărut ca urmare a *procesului de industrializare și a schimbărilor sociale produse de societatea industrială*. Pe de altă parte, teoria modernizării afirmă că, *pe fondul procesului de industrializare și a eforturilor de atingere a cetățeniei depline, dinamica democrației a permis accesul maselor la puterea politică prin intermediul partidelor social-democrate*, ceea ce a permis formarea statelor bunăstării. Atât industrialismul, cât și modernismul par a vedea evoluția spre statul bunăstării ca ireversibilă. Diferențele dintre statele bunăstării sunt explicate prin nivelul de dezvoltare economică al diferitelor state. (Lazăr, 2000, 28)

În România, procesul de industrializare, mai ales ce din perioada comunistă a avut un efect covârșitor asupra populației române pentru că aceștia au capatat servicii în mediul urban și au reușit cu veniturile obținute să ducă la îmbunătățirea vieții propriilor familii. După 1989, accesul maselor la puterea politică a făcut ca și românii să aibă reprezentanți legali în parlament, care ar fi trebuit să lupte pentru drepturile lor și pentru aducerea bunăstării în comunitățile române.

Pornind de la clasificările realizate de Esping-Andersen, respectiv modelul statului liberal, modelul statului conservator și modelul statului social-democrat, Leibfried adaugă un al patrulea model și anume modelul sudic/latin al statului bunăstării, situat între cel liberal și cel conservator, având caracteristici specifice (rudimentar, puternic impregnat de clientelism, cu probleme de implementare a măsurilor care să asigure bunăstarea). (Lazăr, 2000, 29)

În România, înainte de 1989, există un stat socialist al bunăstării bazat pe economia socialistă și nu pe cea de piață. Modelul statului bunăstării din România din perioada de dinainte de '89 avea unele caracteristici ale statului instituțional redistributiv al bunăstării.

În prezent, modelul de stat al bunăstării din România se aseamănă, pe de o parte, cu modelul sudic/latin, prin prezența clientelismului, a problemelor de implementare, prin implicarea statului pentru intrarea forțată pe piața muncii și, de pe altă, parte cu modelul conservator și cu cel rezidual, în termeni de posibile tendințe.

Sărăcia, creșterea inegalităților și a polarizării sociale, criza morală care este prezentă în societatea românească, pun sub semnul întrebării existența statului bunăstării în România. După Lazăr, în România există un stat al bunăstării în termeni de structură și mai puțin în termeni de rezultate. Problema pare a se afla la nivelul punerii în practică a principiilor, concordanță între atitudinii, valori și acțiuni. (Lazăr, 2000, 36).

În ceea ce privește statutul bunăstării, Pasti (1997) afirmă că în România se constituie “o societate de supraviețuire”. Zamfir (1999) afirmă că putem opta între o politică a bunăstării și o politică socială de supraviețuire, centrată pe reducerea sărăciei. Marginean (1994) pleda pentru constituirea unui stat al bunăstării moderat.

România ca țară fostă comunistă aspirantă la un destin capitalist, resimte acut problemele sociale majore rezultate, datorate lipsei construcției unui model de stat al bunăstării bazat pe nevoile reale ale societății. În condițiile actuale se simte nevoia dezvoltării unui sistem modern al statului bunăstării ca răspuns la criza socială generate pe fondul costurilor mari ale tranziției. Astfel, România are șanse să treacă pe termen mediu și lung de la situația actuală, caracterizată de cultura guvernamentală a sărăciei, la un model al bunăstării sociale, bunăstare bazată pe muncă și pe participare socială din partea tuturor. (Preda, 2007, 199).

2.5 Teorii cu privire la modele de cetățenie

În procesul de aplicare a politicilor publice, cetățenia reprezintă un principiu de legitimitate. Echitatea, justiția socială, egalitatea sunt argumente morale în favoarea politicilor sociale și modalități de stabilire a protecției cetățenilor prin intermediul statului, prin redistribuire.

Noțiunea modernă de cetățean a fost utilizată pentru prima dată în „Declarația franceză privind drepturile omului și cetățeanului” din 1789. Declarația a introdus noțiunea contemporană legând-o de participarea activă a persoanei la viață politică, înzestrarea cetățenilor cu un set de drepturi și obligațiuni, iar statul - un set de obligațiuni față de cetățeni. Cetățenia este o legătură juridică, care se întemeiază pe un fapt social, pe o legătură, o solidaritate, efectivă de existență, interese, sentimente, alături de o reciprocitate de drepturi și obligații; este aceea calitate a persoanei fizice care exprimă relațiile permanente social-economice, politice și juridice dintre

persoana fizică și stat demonstrând apartenența sa la statul respectiv și atribuirea persoanei fizice de drepturi și obligații prevăzute în Constituție.

În conținutul conceptului de cetățenie, stau clarificări precum: natura juridică a cetățeniei, drepturile și obligațiile cetățenilor; reglementarea legală a cetățeniei statului; dobândirea și pierderea cetățeniei; dovada cetățeniei. (Popescu, 2008, 182)

Literatura de specialitate oferă o gamă largă de definiții ale conceptului de cetățenie. Cezar Bârzea, în lucrarea *Cetățenie Europeană*, oferă spre exemplificare o colecție de definiții semnate de autor celebri care au analizat domeniul cetățeniei. (Bârzea, 2005, 26)

Marshall (1973): *Cetățenia este statutul acordat tuturor celor care sunt membrii efectivi ai comunității. Cei care beneficiază de acest statut sunt egali în ce privește respectarea drepturilor și obligațiilor consecutive. Cetățenia presupune un sens direct al apartenenței la comunitate bazat pe loialitatea față de civilizația pe care o împărtășesc în comun. Este loialitatea unor persoane libere dotate cu drepturi și potejate de o legislație comună.*

Kymlicka și Norman (1995): *Cetățenia nu este doar un statut definit de un set de drepturi și responsabilități. Ea este de asemenea o identitate, expresia apartenenței la o comunitate politică.*

Barbalet (1988): *Cetățenia constă în participarea la viața publică a celor dotați cu drepturi cetățenești.*

Ichilov (1998): *Cetățenia este un concept complex și multidimensional. Ea constă în elemente juridice, culturale, sociale și politice care conferă cetățenilor anumite drepturi și obligații, un sens al identității și interacțiunii sociale.*

Janowitz (1983): *Cetățenia se referă la relațiile dintre indivizi și stat.*

Habermas (1994): *Cetățenia este lupta pașnică de tip dialogic pe arena publică.*

Turner (1993): *Cetățenia se referă la drepturi legale și expresia lor politică în viața publică.*

Dahrendoft (1994): *Cetățenia este un concept non-economic care presupune practica atât a drepturilor civice sau fundamentale, cât și a drepturilor generice (drepturi politice și sociale).*

Hayek (1967): *Cetățenia este practica unui cod moral-un cod care este orientat spre interesele celorlalți-fondat mai degrabă pe dezvoltarea personală și cooperarea voluntară decât pe puterea represivă și intervenția Statului.*

Van Gunsteren dezvoltă o teorie „neo-republicană” a cetățeniei bazată pe trei elemente:

- cetățenia este o instituție a vieții publice la care are acces fiecare cetățean, în mod egal și ne-discriminatoriu;
- cetățenia este un pluralism organizat, o comunitate politică ce recunoaște și încurajează diversitatea;
- cetățenia este o acțiune socială care constă în practica efectivă a drepturilor și responsabilităților într-un context dat.

În această viziune, cea mai importantă condiție a cetățeniei este utilizarea sa în situațiile cotidiene ale vieții publice. Cetățenia, concluzionează van Gunsteren, este „o acțiune civică” sau ceea ce fac cetățenii în mod real: prin participare activă (la instituțiile politice, la vot, viața asociativă, serviciu militar), prin contestație civică (cetățenia critică), schimbare socială și guvernare democratică. *Cetățenia nu este un o esenta eterna ci un artefact cultural. Este ceea ce oamenii reușesc să obțină de la ea. Ca și limbajul, ea depinde și se manifestă în funcție de utilizare: schimbările de regim politic sau de pe agenda publică implică de obicei schimbări în valorificarea și semnificația cetățeniei.* (Bârzea, 2005,29)

În opinia unor autori, „cetățenia este atât o legătură politică și juridică dintre un individ și statul de care aparține, cât și o integrare angajantă a persoanei în interiorul colectivității natale. Prin urmare, cetățenia este o calitate a persoanei ce exprimă relații permanente social-economice, politice și juridice dintre persoana fizică și statul respectiv, dovedind apartenența sa la acel stat și posibilitatea de a se exprima ca titular al drepturilor acordate și garantate de legislația națională. (Popescu,2008,186)

În ceea ce privește formele cetățeniei, în lucrarea *Cetățenia Europeană*, Cezar Bârzea analizează acest subiect prin prisma a trei criterii: dicotomia statut-identitate, cetățenia ca proces social și cetățenia ca instituție politică.

Cetățenia statutară și cetățenia identitară

Cetățenia constă în ansamblul drepturilor și responsabilităților conferite de un de stat cetățenilor săi. Este statutul legal al cetățenilor ca subiect al dreptului care definește regulile și limitele apartenenței la o comunitate politică, de exemplu, cetățenia recunoscută de statul național. Acest statut se bazează pe reciprocitate sub forma unui contract civic inclus în drepturile constituționale: pe de o parte, statul acordă, recunoaște și garantează drepturile și responsabilitățile care decurg din statutul de cetățean; pe de altă parte, în schimbul acestora, cetățenii trebuie să fie loiali ordinii civice pe care trebuie să o apere și să o promoveze. Forma cea mai concretă a acestei relații este naționalitatea, care se definește ca apartenența unui cetățean la statul național, este

recunoscută sub forma diverselor documente publice: certificate de naștere și de deces, pașapoarte, cărți de identitate.

În cazul cetățeniei U.E., acest statut se limitează la 4 drepturi supranaționale introduse de Tratatul de la Maastricht, iar acesta se aplică doar cetățenilor unui stat membru al U.E. și care completează cetățenia recunoscută de constituțiile naționale ale statelor membre ale UE. Această dimensiune a cetățeniei europene, formale, este însă limitativă. Între altele, ea conditionează accesul la drepturile omului de statutul de cetățean european. Cetățenia europeană este una de dimensiune individuală. Cetățenia se poate raporta la o localitate, la o regiune, la un amplu, spațiu cultural și istoric, fără a presupune o constrângere juridică politică sau economică. Poate exista astfel un cetățean al regiunii, al națiunii, dar și un cetățean european și chiar un cetățean al lumii.

Cetățenia normativă și cetățenia efectivă

Prima se referă la idealul de cetățean, sustinator activ al virtuților civice și este mai degrabă un sens moral care conferă cetățeniei valoarea unui cod al conduitei zilnice, după unii susținători ai cetățeniei europene, aceasta reprezintă „religia civilă“, capabilă să susțină și să regleze ansamblul relațiilor sociale.

Cealaltă ipostază pune accentul pe cetățenie ca proces, nu ca simplu input al vieții publice. Cetățenia se definește ca un set de practici politice, economice, juridice și culturale, care caracterizează persoana ca membru competent al societății. Aceste practici pun în evidență capacitatea individului de a fi cetățean efectiv și dimensiunea interactivă a cetățeniei.

În acest sens, nu există cetățeni în sine, ci doar co-cetățeni. Cetățenia se definește astfel nu în raport cu titlurile abstracte recunoscute membrilor de drept ai comunitatii juridice, ci prin modalitățile concrete în care aceste drepturi sunt folosite pentru a regla relațiile dintre cetățeni și autoritățile publice.

Cetățenia se poate dobândi pe două căi principale: dobândirea de drept sau în baza unui act juridic individual de acordare a cetățeniei emis de organul competent la sesizarea celui interesat. Constituția României prevede că: „Cetățenia română de dobândește, se păstrează sau se pierde în condițiile prezentate de legea organică. Cetățenia română nu poate fi retrasă aceluia care a dobândit-o prin naștere”. (Popescu, 2008,283)

Indiferent de regimul politic, cetățenia se poate dobândi prin *naștere* și prin *naturalizare*. Cetățenia prin naștere se dobândește în mod automat în urma consecințelor juridice ale nașterii. Noului născut trebuie să i se stabilească cetățenia el neputând rămâne în afara acestei instituții. În funcție de unele interese, tradiții etc. cetățenia prin naștere este fie *jus sanguinis* (copilul primește

cetățenia părinților indiferent de locul nașterii), fie *jus soli* (copilul capătă cetățenia locului nașterii). Un alt mod de dobândire a cetățeniei este prin naturalizare, prin care, sunt necesare acte ale autorităților statului solicitat și condiții anume prevăzute în legislația internă a statului respectiv. În această situație, dobândirea cetățeniei se poate face prin: căsătorie, înfiere (adopecție), redobândire sau reintegrare, ca efect al șederii (rezidenței) prelungite, opțiune, la cerere. Cetățenia se poate și pierde, de aceea, pierderea cetățeniei este reglementată ca și dobândirea ei, de legislația internă a fiecărui stat. Aceasta se poate pierde în următoarele două situații: prin renunțare și prin retragere. (Popescu, 2008, 168)

În ceea ce privește teoriile privind modelele de cetățenie, literatura de specialitate menționează trei modele importante, respectiv: modelul evoluționist ale lui Marshall, modelul politic dat de Dahrendorf și Donati și modelul de cetățenie colectiv propus de Leca.

Modelul evoluționist al lui Marshall

G. Marshall a relansat practic interesul academic pentru cetățenie. Marshall s-a ocupat îndeosebi de problema stratificării sociale și de impactul cetățeniei egale pentru toate clasele sociale. Marshall s-a străduit să concilieze convingerea sa liberală despre ideea cetățeniei egale pentru toți. Pentru el, cetățenia este un statut conferit în mod egal tuturor membrilor comunității politice ceea ce are drept consecință acordarea de drepturi și libertati egale. În acest fel, abordarea lui Marshall este esențială pentru că ea atacă direct relația dintre democrație și capitalism: cum poate fi armonizat cadrul politic al democrației cu efectele sociale ale capitalismului ca sistem. Cunoscut ca „a treia cale“, modelul lui Marshall este interesant, pe de o parte, pentru ca analizează componentele cetățeniei în funcție de drepturile acordate, pe de alta, pentru că ia în considerație ansamblul celor trei dimensiuni, respectiv aspectele civile, politice și sociale. Democrația, ca sistem social, nu este eficientă decât în măsura în care încorporează toate cele trei aspecte ale procesului istoric de evoluție în timp.

- Componenta civilă a fost prima, fiind localizată de Marshall în secolul XVIII. Este vorba de drepturile civile (libertatea de expresie și gândire, libertatea cuvântului și a credinței), dreptul la proprietate și egalitatea în fața legii, piloni pe care se bazează întreg edificiul democrației. Instituțiile direct implicate în implementarea acestor drepturi sunt justiția și statul de drept.
- Componenta politică se referă la drepturile politice garantate începând cu secolul XIX: dreptul de vot (recunoscut femeilor abia în secolul XX), dreptul de a participa la exercitarea

puterii politice și dreptul de asociere. Aceste drepturi au fost instituționalizate prin sistemul parlamentar și pluralismul politic.

- Componenta socială a apărut abia în sec. XX și este încă în curs de consolidare, în pofida performanțelor obținute de statul bunăstării. Drepturile sociale respective se referă la standarde minimale de viață, securitate socială, asistență și protecție socială, acces la serviciile publice etc.

Marshall lasă deschisă întrebarea dacă există o singură formă de cetățenie sau, din contră, cetățenia este contextuală și multiformă, în funcție de circumstanțe, context cultural sau priorități. (Bârzea, 2005, 34-36)

Modelul „lib-lab“ al lui Dahrendorf

În literatura politică britanică, „lib-lab“ desemnează combinația ideologică dintre liberalism și laburism („liberal-labour“). Viziunea lib-lab asupra cetățeniei, promovată de Dahrendorf, pune accentul pe echilibrul care trebuie să existe între oportunitățile oferite de economia de piață și drepturile garantate de stat. Cetățenia ar fi o formă de egalitate redistributivă, modalitatea practică de a echilibra oportunitățile (provisions) cu drepturile (entitlements). Dahrendorf considera că cetățenii nu dispun niciodată de un statut identic.

Acordarea de drepturi civile nu anulează inegalitățile economice structurale. Mai mult, criza statutului bunăstării din anii '90 a făcut ca principiile cetățeniei să fie practic inaplicabile pentru numeroase categorii de cetățeni „second class citizens“, imigranții, tinerii, copii, etc, propune ca politicile publice să redistribuie beneficiile și prosperitatea astfel încât să atenueze inegalitățile produse de economia de piață. Accesul la servicii sociale, garantat de statutul bunăstării, este corolarul obligatoriu al pieței. În acest fel, cetățenia este liantul dintre piață și stat, o formă de repartizare a bunăstării pe bază de echitate și justiție socială.

În cazul Uniunii Europene, cetățenia este incompletă și ineficăce, tocmai pentru că Uniunea ramâne o piață globală (capabilă să ofere oportunități și bunăstare), dar care nu asigură încă drepturi supranaționale corespunzătoare. (Bârzea, 2005, 37)

Modelul co-cetățeniei al lui Donati

Donati, are rezerve față de cetățenia lib-lab pe care o consideră utopică și inoperantă. Cetățenia nu poate fi realizată prin simpla extensie a sistemului de securitate socială, iar statutul bunăstării și-a pierdut de mult capacitatea de a contracara inegalitățile structurale. Cetățenia modernă este din ce în ce mai mult privită ca o sumă de drepturi și obligații decât ca apartenență. Comunitatea politică nu se reduce la regulile stricte ale descendenței sau teritorialității, ci se

raportează la o serie de cercuri concentrice ale apartenenței: de la local la general, de la național la supranațional. Cetățenia este de fapt o co-cetățenie, nu un simplu mediator între stat și piață. Rezultă un contract implicit între cetățeni exprimat prin negocierea continuă a rolurilor și atribuțiilor, prin interferențe, coalitii și jocuri de putere. Drepturile nu se acordă de către autoritate, ci se decodifică, se înmulțesc și se aplică în viață.

După, Donati, cetățenia nu este unică și identifică pentru toți așa cum pretindea Marshall, ci este contextuală și este diferențiată în funcție de interacțiunile reale care se produc. Aceste interacțiuni diferă după gradul de autonomie și afiliere a indivizilor. (Bârzea, 2005,38)

Modelul individualist a lui Leca

Problema esențială a științelor politice este tranziția de la individ la cetățean. Mai exact, se pune întrebarea în ce măsură este posibilă o ordine civică care depinde de gradul său de acceptare și susținere de către indivizi. Individualismul înseamnă de fapt valorificarea în plan colectiv a individualității. Între individ și cetățenie, conștiința valorii individului și dorința de emancipare a acestuia, devin motorul cetățeniei. În acest sens, individualismul nu înseamnă auto-izolare, egoism și fragmentare, ci autonomie, afirmare de sine și dorința de a decide asupra propriului destin.

După Leca, sentimentul de apartenență la o cetățenie variază pe trei axe:

- axul particular-general, care permite individului să se exprime în raport cu o entitate globală (comunitatea politică amplasată pe un teritoriu);
- axul comunitate-societate, care se referă atât la grupurile primare de apartenență colectivă (familia, grupul etnic, vecinătatea), cât și la grupurile secundare, precum organizațiile profesionale;
- axul centru-periferie sau central-local, definește apartenența la entitățile naționale sau la comunitățile locale.

Identificarea personală față de aceste coordonate, spune Leca, nu se traduce doar prin afiliere, ci și prin sentimentul angajării publice, esențial pentru cetățenie. Deși individul este titularul drepturilor și al libertăților, cetățenia se manifestă doar în plan colectiv, prin angajare publică. Fără o formă oarecare de viață comunitară, nu există cetățenie, căci comunitatea politică este suma indivizilor ce o compune. (Bârzea,2005,39)

Cetățenia rezultă dintr-o relație simbolică între indivizi și o formă de organizare socială și politică. Această relație se constituie pe două căi:

- printr-un contract social, direct, între stat și cetățenii și prin care statul conferă drepturi și pretinde în schimb loialitate și participare civică, iar în această situație cetățenia are un sens juridic și unul politic, date prin lege și recunoscute oficial de stat.
- prin asumarea de către individ a culturii organizaționale, a normelor și comportamentelor specifice entității politice de referință și în acest caz cetățeanul se identifică cu spațiul public sau cu anumite componente, precum teritoriul (localitatea, regiunea, patria, statul național), cultura acelui spațiu și asumare a unor particularități culturale sau politice, iar în această situație avem de a face cu identitatea colectivă a cetățeanului cu acel spațiu.

Aceste două aspecte ale cetățeniei nu sunt contradictorii, ci din contră, ele sunt complementare, pentru că: fiecare individ are de fapt mai multe identități, astfel încât apartenența formală a naționalității (statutul oficial) poate coexista cu diverse identificări informale, proprii fiecărei persoane; statutul de cetățean este întărit prin identificarea cu organizația politică (de exemplu, statul național este referința identitară a naționalității); cetățenia nu devine efectivă decât în momentul în care apartenența formală recunoscută prin acte de identitate este asumată de cetățeni ca parte componentă a personalității lor; în această formă ideală, participarea la activitatea publică preconizată de statul național este deliberată mai explicită, pentru că se bazează pe convingere, pe asumarea conștientă a rolului de cetățean.

În lucrarea *Politica socială românească între sărăcie și globalizare*, autorul menționează faptul că este necesară o reconsiderare a îndatoririlor cetățenești ca o condiție *sine qua non* pentru a beneficia de drepturile sociale implicate de statutul de cetățean. Pentru România problema îndatoririlor ce derivă din statutul de cetățean este cel puțin la fel de importantă ca cea a drepturilor cetățenești. Statutul de egalitate necondiționată a tuturor cetățenilor din anii comunismului nu putea decât să diminueze constrângerile privind îndeplinirea îndatoririlor ca o condiție pentru obținerea drepturilor de cetățeni. Revoluția, în sine, a fost privită ca o modalitate de abolire a constrângerilor, a stilului autoritar de interacțiune a puterii cu cetățenii, de unde respingerea oricărei încercări de impunere a îndatoririlor, cu justificarea neîngrădirii libertăților lor. Declinul economic și scăderea resurselor pentru protecție socială ale statului au condus la declinul statutului de cetățeni egali, aceasta diminuând cointeresarea cetățenilor de a răspunde protecției statului prin îndeplinirea îndatoririlor lor de cetățeni. (Preda, 2007, 61)

2.6 Concepte teoretice în înțelegerea științifică a problematicii romilor

În studierea problematicii romilor, sociologia încearcă să găsească o serie de modele care să explice realitatea socială. Situațiile indezirabile sau nesatisfăcătoare pentru un segment important din populație sunt calificate drept probleme sociale. Complexul de probleme cu care se confruntă o parte însemnată din minoritatea romilor este analizată de specialiști din perspectiva problemelor sociale.

După Merton și Nisbet (1971) "*problema socială reprezintă o discrepanță semnificativă între normele sociale și realitatea socială de fapt*". Apariția unei probleme sociale este indisolubil legată de manifestarea unei neconcordanțe între ceea ce ar trebui să fie oamenii și ceea ce sunt în realitate. Problema socială poate fi, în multe cazuri, consecința neanticipată, nedorită și indirectă a modelelor instituționalizate ale comportamentului social. Diferite structuri sociale au probleme distincte în funcție de caracteristicile, valorile și scopurilor lor distincte. În funcție de particularitățile structurilor sociale soluțiile date acestor probleme sunt diferite, soluțiile având ca scop și rezultat schimbarea socială. (Dan, 2007,14). Dacă ne raportăm la comunitățile de romi, putem observa că structura lor organizațională, valorile grupului din care fac parte, caracteristicile diferite și scopurile distincte de cele ale populației majoritare, fac din ei un segment de populație deosebit, cu probleme sociale mai mult sau mai puțin distincte, dar cu siguranță mai acute și mai vizibile, drept pentru care problemele lor **evidente** au determinat autoritățile centrale să găsească soluții la problemele lor sociale pentru ca schimbarea lor socială, mai precis integrarea lor socială, să fie posibilă.

Problema socială, în general, reprezintă o situație indezirabilă, care este considerată de un segment important al societății ca fiind suficient de serioasă pentru a necesita acțiune colectivă în vederea obținerii unei ameliorări semnificative și a unei dezirabilități crescute. (Pascaru, 2010, 9).

James E. Farley (1992) definește problema socială ca o situație caracterizată de următoarele trei elemente și anume: 1) este în mare măsură privită ca fiind inderizabilă sau ca o sursă de dificultăți; 2) este cauzată de acțiunea sau inacțiunea oamenilor sau a societății; 3) afectează sau se presupune că va afecta un număr mare de persoane.

Cătălin Zamfir, în lucrările sale, definește problema socială din perspectiva funcționării sistemelor sociale unde un aspect esențial este deținut de activitatea de înfruntare a diferitelor dificultăți care intervin pe parcursul funcționării lor, respectiv activitatea de soluționare a problemelor sociale. În cazul acestei definiții, sociologul pleacă de la premisa că o problemă socială poate fi de natura tehnică, economică sau juridică. Această definiție include două elemente

și anume: o dificultate și constientizarea dificultății. Procesul de rezolvare a problemei este unul care trebuie să parcurgă mai multe etape și să îndeplinească mai multe condiții, una dintre cele mai importante fiind angajarea sistemului în a lua decizia de a desfășura o activitate de soluționare a respectivei probleme. (Pascaru, 2010, 10).

Analizând explicațiile științifice și coreland aspectele prezentate cu studiile și cercetările care analizează minoritatea romilor, constatăm că problemele cu care se confruntă un procent semnificativ din membrii comunităților cu romi se încadrează în tiparele definițiilor prezentate de specialiști cu privire la problema socială. Sărăcia și excluziunea, ca problemă socială, afectează un număr mare de etnici romi, față de care statul român, constient sau “fortat” de recomandările instituțiilor europene, a dezvoltat politici publice în vederea soluționării sau ameliorării acestor probleme.

În ceea ce privește conceptele științifice care analizează situația romilor, sociologii fac referire la următoarele perspective: patologia socială, dezorganizarea socială, conflictul de valori, comportament deviant, etichetare socială și perspectiva critică.

În **perspectiva patologiei sociale** “*condițiile sociale dezirabile și ordinea socială sunt privite ca fiind sănătoase, în timp ce persoanele care se deosebesc/deviază de la așteptările morale (statuate de un sistem dominant și larg așteptat) sunt privite ca fiind bolnave, deci sunt rele și nedorite*”. Pentru patologia socială o problemă socială este o violare a așteptărilor morale. (Dan, 2007, 21)

. Cauza problemelor sociale este insuccesul socializării. Societatea are responsabilitatea de a transmite tuturor indivizilor normele morale larg acceptate, însă de multe ori aceste eforturi sunt ineficiente. Drept urmare, cei care erau definiți din această perspectivă ca fiind devianți sunt numiți defectivi, respectiv persoane care nu pot fi educate. Tot această perspectivă menționează faptul că problemele sociale sunt rezultatul valorilor gresit însușite. Primii patologişti au tins să se focalizeze pe caracteristicile imorale ale indivizilor în timp ce următoarea generație de patologişti au tins să se focalizeze pe proprietățile imorale ale societăților și au văzut apariția și dezvoltarea problemelor ca rezultat al unor forțe sociale precum dezvoltarea tehnologică și creșterea densității populației. Drept consecință, asemenea perturbări sociale conduc la creșterea costului menținerii ordinii sociale de drept, care la un moment dat se poate prăbuși, ducând la dezumanizarea întregii populații. În variantele mai vechi ale patologiei sociale, adepții acestui concept considerau că eugenia socială este cea mai bună soluție pentru eliminarea indivizilor “defectivi genetic”. Mai târziu, noii adepți ai acestei abordări considerau că soluția la problemele sociale generate de acești

indivizi constă în educarea lor și îmbunătățirea nivelului “moralității” claselor de jos și de mijloc. În viziunea lui Rousseau asupra naturii umane, indivizii sunt buni de la natura însă instituțiile sunt “rele” și ca urmare soluția este remedierea instituțiilor bolnave prin schimbarea sistemului de valori și al orientărilor de valoare ale oamenilor. Conform perspectivei patologiei sociale, singura soluție la problemele sociale este educația morală. (Pascaru, 2010, 11-12). Raportandu-ne la populația de etnie romă, care, în prezent este văzută ca o povară pentru statul român, ideea soluției ”cele mai bune” propusă de teoria patologiei sociale, respectiv eliminarea indivizilor nedezirabili, nu ar putea fi privită la fel de acest segment de populație care face eforturi de a se integra și care își dorește o conviețuire pașnică cu populațiile de contact. Continuând să ne referim la populația romă, observăm că mass-media gratulează această populație, din ce în ce mai des, cu epitete precum ”oameni care nu respectă nici o normă, persoane conflictuale și distructive”. Dacă analizăm lucrurile din această perspectivă, observăm că toate aceste etichete se regăsesc în teoria dezorganizării sociale, care avertizează că nerezolvarea problemelor unui segment de populație, aflat în creștere demografică, poate duce clătinarea echilibrului prezent al societății românești. Însă, pentru aceasta, doar populația romă este de vină?. Dezorganizarea socială este percepută ca un esec al manifestării rolurilor și este împartită în trei tipuri: lipsa normelor, conflictul cultural și prăbusirea normelor. Principala cauză a dezorganizării sociale este considerată a fi schimbarea socială care determină ieseirea din sistem a unor părți componente, deoarece nu mai sunt în armonie cu alte părți ale sistemului social. Condițiile care generează o asemenea stare se regăsesc în schimbările tehnice, demografice sau culturale generate de schimbarea socială. Consecințele stării de dezorganizare se manifestă atât la nivelul sistemului cât și la nivelul actorilor sociali. Pentru actorii sociali, dezorganizarea socială determină dezorganizarea personală. Pentru sistem dezorganizarea socială determină trei tipuri de consecințe și anume: pot apărea schimbări în sistem; sistemul poate continua să funcționeze într-o stare de stabilitate crescută; sistemul se poate prăbuși deoarece dezorganizarea este foarte puternică și extrem de distructivă. Soluțiile la aceste probleme se referă la acele acțiuni de aducere a caracteristicilor sistemului social înapoi la starea de echilibru. (Pascaru, 2010, 12).

Principala idee de la care pleacă **conflictul de valori** este că problemele sociale sunt condiții sociale ce sunt incompatibile cu valorile unui anumit grup ai cărui membrii reusesc să facă publică o chemare la acțiune. Problemele sociale se alimentează cu rezultatele obținute din conflictele de valori și de interese. Condițiile care favorizează apariția, durata și rezultatul problemelor sociale sunt competiția și contactul dintre grupuri. Când mai multe grupuri se află în

competiție și în modalități particulare de contact cu un alt grup, un conflict nu poate fi evitat. (Pascaru, 2010, 12).

Soluțiile pentru rezolvarea acestor tipuri de conflicte sunt consensul, negocierea și puterea brută. Dacă părțile pot rezolva conflictul în numele unui set de valori semnificativ împărtășite de ambele părți, atunci consensul este cel care a rezolvat problema. Dacă părțile pot negocia, atunci are loc un schimb de valori, toate în spiritul procesului democratic. Dacă nici consensul și nici negocierea nu au loc, atunci grupul care deține mai multă putere preia controlul. (Dan, 2007,26)

Din **perspectiva comportamentului deviant**, problemele sociale reprezintă violări ale așteptărilor și comportamentelor normative. Comportamentul sau situațiile care se depărtează de la normele larg acceptate de către societate sunt privite ca fiind deviante. În cazul populației rome, cauzele comportamentului deviant sunt legate de o socializare inadecvată sau normele lor de comportament, pur și simplu nu sunt înțelese de ceilalți? Se știe că predispoziția spre comportamente deviante este rezultatul eșecului socializării primare, iar condițiile favorizante pentru apariția și manifestarea unui comportament deviant sunt lipsa și blocarea oportunităților pozitive, accesul la forme deviante de satisfacție și modele de rol deviante. Asadar, conștienți fiind că există comunități rome izolate care nu au avut acces la oportunități pozitive și au trăit la limita supraviețuirii și copierii unor modele de viață marginale, societatea civilă și statul ar trebui să găsească pentru această populație soluții de evitare a comportamentului deviant, poate prin resocializare, prin creșterea gradului de socializare în grupurile primare (școala) sau redistribuirea accesului către oportunități.

Conform **teoriei etichetării**, o problemă socială este definită de reacțiile sociale la o pretinsă violare a regulilor sau așteptărilor sociale. Cauza unei probleme sociale își are originea îndeosebi în atenția pe care publicul i-o acordă, sau mai degrabă atenția din partea celor care exercită controlul social, deci reacții sociale la o presupusă cunoaștere a violării unor norme sociale. Condițiile în care o persoană sau situație este etichetată ca fiind problematică sau deviantă, se referă în special la relațiile de putere și influență dar și la potențialul castig de a fi etichetat, în special prin autoetichetare. Consecințele unei astfel de etichetări se reflectă atât în așteptările celorlalți cât și în diminuarea șanselor celor etichetați de a se reintegra, dar mai ales la elaborarea și adoptarea unor comportamente deviante ca urmare a reacțiilor celorlalți. Soluțiile oferite de această perspectivă pentru rezolvarea problemelor sociale se referă la revizuirea definirii unei situații/persoane ca fiind deviantă, precum și eliminarea potențialelor castiguri rezultate din procesul etichetării și cel al autoetichetării. (Pascaru, 2010, 13).

Conform **perspectivei critice**, o problemă socială este o situație rezultată din exploatarea de către cei care dețin puterea, a celor care nu dețin suficientă putere (clasa muncitoare, minoritati etc). Cauza principală a manifestărilor celor mai multe probleme sociale o constituie forma de organizare socială produsă de societatea capitalistă. Dezvoltarea capitalismului aduce cu sine și amplificarea problemelor sociale. Soluțiile avute în vedere pentru rezolvarea problemelor sociale sunt **activismul, reforma sau revoluția**, cei care nu dețin puterea trebuie să câștige lupta de clasă și să producă o societate egalitară fără clase sociale. (Dan, 2007,30)

Analizând aceste explicații științifice și raportându-ne la situația romilor, constatăm că patologia socială ne ajută parțial să analizăm în profunzime tema de cercetare. Având în vedere istoria acestei minorități și în special procesul de asimilare prin care a trecut minoritatea romilor, nu putem defini concret ce este defectiv și ce nu este defectiv. Romii, de-a lungul istoriei, au socializat și s-au adaptat sistemelor asimilaționiste. În perioada regimului comunist, pornind de la teoria marxist-leninista, s-a sters din memoria lor colectivă valorile minorității române și s-au transmis noile norme morale ale indivizilor dezirabili, cu scopul creerii unei națiuni omogene din punct de vedere etnic. Dacă pentru un procent semnificativ, această soluție a dat roade, pentru unele neamuri de romi, conservatoare, tradiționale, această acțiune nu a avut rezultatele așteptate. Însă, având în vedere situația actuală cu care se confruntă minoritatea romilor din România și, întorcându-ne la viziunea lui Rousseau, tindem să concluzionăm ca soluția este remedierea instituțiilor prin schimbarea sistemului de valori, promovarea egalității de șanse și a multiculturalității.

În ceea ce privește dezorganizarea socială, raportată la minoritatea romilor, constatăm că apare mai ales în cazul migrației romilor în alte state din Europa. După căderea regimului comunist, Europa s-a confruntat cu un urias val de migrație a romilor, în special în țările occidentale. Proveniți dintr-o țară ex-comunistă, îndoctrinați cu ideologii diferite de cetățenii țărilor occidentale, pentru mulți romi, schimbarea culturală a condus inclusiv la dezorganizare personală. Conflictul de valori, cultura diferită, a produs o stare de fapt care a condus la eșec specific dezorganizării sociale. Un alt exemplu îl constituie valul de migrație al romilor de la sat la oraș și organizarea cartierelor urbane caracterizate de specialiști ca un eșec al manifestării rolurilor.

Conflictul de valori este menționat des de către specialiști atunci când analizează problematica romilor și în special conflictele interetnice. Cazul Hădăreni-Mureș și cazul Bolentin Vale - Giurgiu, sunt cele mai elocvente exemple care demonstrează parțial că valorile grupurilor sunt în competiție și atunci când intră în contact, un conflict nu poate fi evitat. În cele două cazuri,

consensul și negocierea nu au avut loc, iar grupul majoritar a preluat controlul, incendiind casele romilor. Și în prezent, la nivelul celor doua localități, valorile celor două grupuri sunt în competiție și fără intervenția unui mediator/mijlocitor cu putere de decizie, există riscul repetării evenimentelor.

Comportamentul deviant al romilor nu poate fi definit ca o violare a așteptărilor și comportamentelor normative. Dacă analizăm per ansamblu și ținând cont de istoricul asimilaționist al populației majoritare din România, este normal ca normele și valorile promovate de comunitățile cu romi, în special cele tradiționale, să fie considerate deviante. De exemplu, căsătoriile timpurii din rândul romilor sunt considerate în societatea modernă un comportament deviant. Pentru grupul de romi care respectă acest obicei este un comportament normal, promovat de cultura grupului respectiv. Rezistența la schimbare și adaptarea la societatea modernă a unor neamuri de romi se depărtează de la normele larg acceptate de către societate și sunt privite ca fiind comportamente deviante.

Etichetarea socială afectează negativ toată populația de etnie romă din România și nu numai. Societatea și în special cei care exercită controlul, alimentată cu unele comportamente deviante care întăresc prejudecățile și stereotipurile, tinde să eticheteze tot grupul fără să țină cont de consecințe și de faptul că cei etichetați au șanse mici de a se reintegra. Un exemplu în acest sens îl constituie cazurile de violență manifestată de către unii indivizi de etnie romă la adresa personalului medical din unitățile spitalicești. Comportamentul deviant al unui individ a afectat întreaga minoritate romă din România și nu numai. În opinia publică și mai ales în opinia medicilor, toți romii sunt etichetați ca fiind posibili agresori. Datorită acestei etichete, între personalul medical, pacienții romi și aparținătorii acestora, apar de multe ori relații tensionate, bazate pe stereotipurile și prejudecățile promovate de opinia publică.

Însă, raportând aceste perspective la problematica romilor, Florin Moisă (2012) menționează că *“niciuna dintre perspectivele teoretice nu oferă un cadrul consistent de înțelegere și de aprofundare a problematicii romilor ca problema socială”*. Fiecare dintre aceste perspective teoretice are o anumită relevanță dar limitată și specifică pentru anumite aspecte ale problematicii romilor. În înțelegerea științifică a problematicii romilor este nevoie de o altă paradigmă, pragmatică, bazată pe mecanismele de incluziune socială și realizare de politici publice în rezolvarea problemelor diferitelor grupuri vulnerabile.

Capitolul 3 – Romii și sistemul de sănătate publică din România.

3.1 Aspecte teoretice ale conceptului de sănătate publică

Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), sănătatea publică este știința care studiază problemele de sănătate ale unei populații, starea de sănătate a colectivității, serviciile de igienă a mediului, serviciile generale sanitare și administrarea serviciilor de îngrijiri. Este strâns legată de conceptele medicinei preventive, medicinei sociale, abordând în egală măsură sănătatea comunitară și sănătatea publică veterinară.

Sănătatea publică, știința care se găsește într-o continuă evoluție în jurul valorilor ei determinate, încadrate în viziunea ecologică, sociologică, culturală și economică, desemnează eforturile organizate și conjugate ale societății, susținute prin legi, programe de prevenire și combatere, instituții și servicii sanitare, sociale, educative, în vederea reducerii discomfortului, bolii, incapacității, invalidității și a deceselor premature.

Sănătatea publică reprezintă ansamblul cunoștințelor, deprinderilor și atitudinilor populației orientate spre menținerea și îmbunătățirea sănătății. Totodată, ramura sănătății publice exprimă responsabilitatea colectivă a medicinei față de comunitate pentru problemele comunitare susceptibile de a afecta starea de sănătate. (Enachescu and Mihai, 1998, 12).

Colegiul American de Medicină Preventivă definește sănătatea publică, ca fiind *“un domeniu specializat al practicii medicale, aclătit din discipline distincte, care își concentrează disponibilitățile asupra unei anumite comunități în scopul promovării și menținerii sănătății, a bunăstării precum și prevenirii bolilor, incapacității și decesului prematur.* (Zanoschi, 2003,6)

O altă definiție detaliată a sănătății publice este prezentată de Winslow care menționează că *“sănătatea publică este știința și arta de a preveni maladia, de prelungire a vieții și de promovare a sănătății fizice și mentale și a eficienței prin eforturile organizate ale comunității pentru asanarea mediului, lupta contra maladiilor transmisibile, educația individului în igiena personală, organizarea serviciilor de îngrijiri medicale și comunitare pentru diagnosticul precoce și tratamentul oportun al maladiilor și dezvoltarea unui mecanism social care să asigure fiecărui individ al comunității un standard de viață adecvat menținerii sănătății sale”.*

Din punct de vedere istoric, conceptul sănătății publice a apărut odată cu apariția statului bunăstării care a reprezentat o inovație socială cu implicații profunde în oferirea de servicii sociale cetățenilor europeni, incluzând și serviciile de sănătate publică. Implicarea statului, masiv, ca principal furnizor de servicii de sănătate în țările europene a însemnat adoptarea unei noi filosofii

asupra bunăstării sociale și a stării de sănătate a cetățeanului. Accesul la serviciile de educație și de sănătate a început să fie considerat un drept fundamental al individului. (Tomescu, 2009, 101)

În lucrarea “*Sănătate publică și management sanitar*”, prof. Enăchescu menționează principalele paradigme sociologice care fac referire la conceptul de sănătate publică, după cum urmează:

- **paradigma structuralist-funcționalistă**- formulează ideea că boala reprezintă o formă de devianță legitimă, acceptată de societate iar rolul de bolnav este un rol social instituționalizat; faptul că sănătatea individului are de suferit, în accepțiunea lui Talcott Parsons, este numai vina individului care este conștient de repercursiuni;
- **paradigma conflictului social**- se așează pe ideea inegalității accesului la serviciile medicale și pe contradicția dintre orientarea spre profit a medicilor și scopurile umaniste ale profesiei lor;
- **paradigma interacționalismului simbolic**- care subliniază ideea că sănătatea și boala sunt constructe sociale, care se conturează în funcție de semnificațiile acordate de indivizi sănătății și bolii, respectiv că normalul și patologicul sunt relative, respectiv că boala apare/este reprezentată și ca un produs al mecanismelor de etichetare;
- **paradigma dezvoltării comunitare**- care accentuează pe rolul suportului social, privit în contextul grupului de apartenență;
- **paradigma ecologică** (sistemic-ecologică) ce privește sănătatea și boala la nivel individual, dar și la nivel de grup, de comunitate, de societate, de mediu fizic/natural, de univers.

De-a lungul timpului, această disciplină a avut diverse denumiri, respectiv: Igiena Socială (jumătatea sec. XIX și începutul sec. XX); Organizare Sanitară (în țările socialiste); Medicina Socială (în țările Europei Occidentale). În România, denumirea de medicină socială, adoptată în 1969 a fost schimbată în cea de sănătate publică și management în anul 1994. (Zanoschi, 2003,10)

Conceptul de sănătate publică a evoluat, în timp, de la o preocupare inițială, de control strict al bolilor la o abordare mai largă, care include și prevenția și luarea în considerare a stilului de viață, având la bază o nouă viziune asupra stării de sănătate a populației.

Ca reactive la incapacitatea medicinei științifice de a elimina epidemia bolilor netransmisibile, cronice, de genul bolilor cardio-vasculare și cancerului, în anul 1974 cercetătorul Lalonde a arătat că o serie întreagă de factori influențează starea de sănătate a populației, iar responsabilitatea nu aparține în totalitate serviciilor de sănătate. Astfel, Lalonde (1974)

argumentează faptul că dezvoltarea economică a societății, (standardul de viață al individului) are cea mai mare influență, de peste 50%, asupra sănătății acestuia; urmează materialul genetic moștenit, stilul de viață adoptat și factorii de mediu (obiceiuri de alimentație, exercițiu fizic, stres, condiții de muncă, comportament de prevenire și tratare a problemelor de sănătate, consumul de tutun, alcool, droguri etc.), nivelul de educație al individului și, în cele din urmă, serviciile medicale intervin doar cu o pondere de 15–20%. Această viziune asupra sănătății a fost adoptată de țările europene și a stat la baza politicilor ulterioare. Teoria dezvoltată de Lalonde demonstrează necesitatea de a analiza stadiul actual și de a face previziuni pe termen lung de politică socială, pentru a ști în ce punct trebuie acționat pentru a se obține rezultatele dorite în domeniul sanitar. (Tomescu, 2009, 102)

Prof. Enăchescu menționa în studiul său că sănătatea grupurilor reprezintă o sinteză a sănătății individuale apreciate într-o viziune sintetică, globală, ecosistemică. Dreptul la sănătate al individului și a colectivității umane reprezintă o componentă a eticii întregii societăți, determinând acesteia cadrul funcționării sub principiul echității.

În ceea ce privește impactul sănătății unei comunități asupra sănătății globale, în epoca modernă, sănătatea unei comunități, a devenit mult mai vulnerabilă și dependent de sănătatea altor comunități datorită deschiderii granițelor și posibilităților de transport rapide către oricare colț al lumii. Transportul oamenilor și mărfurilor, cât și migrarea intensificată reprezintă un risc care poate fi doar parțial controlat de către autoritățile sanitare, în ciuda eficienței politicilor naționale adoptate în domeniu. Problemele de dezvoltare și sănătate ale unor societăți mai puțin dezvoltate pot afecta, indirect, și societățile dezvoltate. (Tomescu, 2009, 102)

Continuând ideea cu privire la sănătatea globală a populației, în suportul de curs pentru disciplina “Psihologia Sănătății” autoarea, Prof. Dr. Adriana Baban, scoate în evidență faptul că, starea de sănătate a unei populații depinde de următorii indicatori relevanți, respectiv: Speranță de viață; Mortalitatea generală și specifică; Mortalitatea infantilă; Mortalitatea maternă; Fertilitate; Morbiditate; Prevalență; Incidență; Vulnerabilitate (condițiile de risc, grupuri de risc, comportament de risc și factori de risc).

În procesul de construcție a unei politici publice în domeniul sănătății, realizatorii de politici publice trebuie să demareze procesul având la baza analize cu privire la indicatorii menționați mai sus și să proiecteze măsuri care să fie în acord cu obiectivele sănătății publice, respectiv promovarea sănătății, ocrotirea sănătății prin menținerea sănătății și prevenirea bolilor, controlul morbidității prin combaterea bolilor și a consecințelor acestora și redobândirea sănătății.

3.2 Descrierea sistemului de sănătate publică din România

Pentru a descrie *sistemul de sănătate din România*, punctul de plecare trebuie să fie definirea *sistemului de sănătate*, în general. Conform WHO, sistemul de sănătate reprezintă „*Totalitatea organizațiilor, instituțiilor, activităților și resurselor consacrate ameliorării sănătății*”. (2000).

În noțiunea de sistem de *sănătate* sunt incluse, astfel, oferirea de servicii de sănătate, indiferent că sunt de tip preventiv sau de tip curativ, intervențiile din domeniul sănătății publice, dar și activitățile de promovare a sănătății. Modul în care este structurat și modul în care funcționează un sistem de sănătate are impact asupra stării de sănătate a populației existente în perimetrul în care funcționează respectivul sistem.

În ceea ce privește obiectivele fundamentale urmărite de sistemele de sănătate, în literatura de specialitate sunt definite trei obiective: îmbunătățirea sănătății populației deservite, răspunderea la nevoile și/ sau așteptările populației și asigurarea protecției financiare împotriva bolii. (Murray and Frenk, 2000) De asemenea, în literatura de specialitate mai sunt descrise și alte obiective pe care le urmărește un sistem de sănătate performant. Asigurarea accesului universal la o gamă cât mai largă de servicii de sănătate, asigurarea acoperirii generale cu servicii de bază a populației și îmbunătățirea indicatorilor stării de sănătate se numără printre cele mai importante obiective pe care o țară le poate stabili pentru că sistemul său de sănătate să tindă să le îndeplinească. De asemenea, asigurarea echității, urmărirea îndeplinirii unui grad înalt de satisfacție atât pentru pacienți, cât și pentru satisfacția personalului, furnizarea de servicii la standarde de calitate cât mai înalte, asigurarea unui sistem informațional bine dezvoltat, implicarea statului și a comunității în protecția sănătății publice, finanțarea adecvată și utilizarea eficientă a resurselor sunt citate în diferite surse. (Murray and Frenk, 2000)

Modul în care funcționează sistemele de sănătate și obiectivele stabilite pentru sistemele de sănătate a constituit o preocupare și la nivel european. Din perspectiva Comisiei Europene sunt trei dimensiuni la care trebuie să se raporteze un sistem de sănătate dintr-o țară europeană:

- *Accesibilitatea* – aceasta se referă la distribuția serviciilor pentru a asigura acces echitabil la îngrijiri adecvate și include asigurarea accesului la servicii din punct de vedere geografic, al timpului, al specializarilor disponibile și al structurii tehnologice pentru populația considerată populație țintă);
- *Calitatea* – această dimensiune se referă la acordarea de îngrijiri de sănătate adecvate, bazate pe dovezi care au în vedere nevoile pacienților sau prioritățile populației relevante,

se referă, de asemenea la existența de proceduri de acreditare și inspecție, la existența standardelor de calitate pentru aspecte particulare ale tratamentelor, oferirea de informații care să asigure consimțământul informat al pacienților, evaluarea nevoilor populației și luarea de decizii în funcție de nevoi, pregătirea profesioniștilor în sănătate în ceea ce privește calitatea îngrijirilor de sănătate;

- *Sustenabilitatea* – concept care cuprinde noțiuni precum maximizarea rezultatelor în îmbunătățirea stării de sănătate care pot fi obținute cu resursele disponibile, fără a priva nici un individ de îngrijiri rezonabile și adecvate, asigurarea de intervenții bazate pe dovezi și evaluarea noilor tehnologii și tehnici medicale.

Un sistem de sănătate are diferite “pârghii de reglare”, cum ar fi modalitatea prin care statul exercită constrângeri asupra comportamentului organizațiilor din sănătate (se refera la modul de reglementare a sistemului), finanțarea și plata (modalitatea de aducere a resurselor în sistem și modalitățile prin care furnizorii de servicii sunt plătiți) și organizarea (se referă la macro și microstructura sistemului). (Minca și Marcu, 2005)

Pentru a îndeplini obiectivele stabilite pentru un sistem de sănătate, acesta trebuie să funcționeze. Din punct de vedere al modului în care funcționează, sistemele de sănătate au două funcții principale: “furnizarea serviciilor de sănătate” și “finanțarea serviciilor de sănătate”. (Minca și Marcu, 2005). Finanțarea serviciilor de sănătate, “mecanismul de procurare a resurselor” în sistem se referă la colectarea fondurilor, comasarea fondurilor și utilizarea fondurilor/cumpărarea de servicii. Serviciile de sănătate, calitatea acestor servicii, modul în care este organizat sistemul de sănătate, precum și modul de finanțare a sistemului de sănătate sunt în strânsă legătură și determină accesul populației la servicii de sănătate.

Faptul că resursele finanțării sistemelor de sănătate nu sunt distribuite în mod egal și faptul că acestea nu se alocă proporțional cu nevoile sau cu problemele de sănătate ale populației, face ca populația să se confrunte cu probleme de sănătate care derivă din imposibilitatea sistemelor de a-și îndeplini în totalitate obiectivele stabilite. Astfel, țările sărace și în curs de dezvoltare, beneficiază de 18% din veniturile mondiale și 11% din cheltuielile mondiale globale pentru sănătate. 84% din populația lumii trăiește în aceste țări și poartă 93% din povara bolii la nivel mondial. Cu siguranță aceste țări se confruntă cu provocări în ceea ce privește îndeplinirea nevoilor de sănătate ale populației, în ceea ce privește mobilizarea de resurse suficiente pentru finanțarea echitabilă și permisivă, precum și cu asigurarea valorii pentru resursele rare.” (Murray și Frenk, 2000)

Modalitățile principale prin care un sistem de sănătate atrage finanțare sunt: finanțarea prin taxe și impozite, finanțarea prin asigurări sociale, finanțarea prin asigurări private/voluntare, finanțarea prin plăți directe (în totalitate, co-plată), împrumuturi, donații, granturi, finanțarea comunitară. (Minca și Marcu, 2005)

În funcție de modalitatea principală de a atrage resurse financiare pentru funcționarea sistemului, s-au descris în literatura de specialitate modele de sisteme de sănătate, care, chiar dacă nu funcționează identic, pot fi recunoscute că se încadrează într-un anumit tipar, fiecare dintre acestea venind cu avantaje și dezavantaje, fiecare țară adaptându-și sistemul de sănătate astfel încât să reușească să îndeplinească o parte importantă din obiectivele pe care și le stabilește. Modelele descrise și existente în literatura de specialitate sunt: (Minca și Marcu, 2005)

- Sistemul centralizat de stat (Semasko),
- Sistemul național de sănătate (Beveridge),
- Sistemul de asigurări sociale de sănătate (Bismarck),
- Sistemul de piața liberă.

Fiecare țară, fiecare guvern, trebuie să ia în considerare mai multe criterii atunci când alege tipul de sistem care să caracterizeze sistemul de sănătate dintr-o țară. Printre criteriile de care se ține seamă se numără: ”capacitatea de a genera veniturile necesare, echitatea, comasarea riscurilor (risk pooling), eficiența, calitatea serviciilor, sustenabilitatea”. (Minca și Marcu, 2005)

Sistemul centralizat de stat, de tip Semasko este sistemul caracterizat de colectare de fonduri la bugetul de stat, sursele fondurilor fiind impozitele, taxe generale plătite de populație, agenți economici sau alte venituri la bugetul de stat. Acoperirea populației cu servicii în acest tip de sistem este generală, nu există contribuții financiare ale persoanelor în funcție de risc. (Barliba și Sinitchi, 2008)

Sistemul național de sănătate, tip Beveridge, este sistemul finanțat de la bugetul de stat având ca sursă impozitele, taxele generale, în care plătitorul serviciilor de sănătate este guvernul, are ca avantaj faptul că asigură acoperirea universală a populației și faptul că se asigură accesul grupurilor cu risc, iar ca dezavantaj faptul că există liste de așteptare, iar timpii de așteptare sunt lungi, dar și faptul că personalul medical nu are stimulente. (Minca și Macu, 2005)

Sistemul de asigurări sociale de sănătate (Bismarck) este sistemul în care este obligatorie plata contribuției la sistemul de asigurări sociale de sănătate atât pentru angajați cât și pentru angajatori. Printre avantajele acestui tip de sistem se numără posibilitatea asigurării transparenței în utilizarea fondurilor față de contribuabili, contribuțiile se plătesc separat de fondurile

guvernamentale ceea ce “ poate conduce teoretic, la imposibilitatea deturnării acestor fonduri, ele neputând lua o altă destinație decât cea pentru care au fost colectate”. (Minca si Marcu, 2005)

Performanța sistemelor de sănătate a constituit întotdeauna o provocare în încercarea de a identifica forma optimă de finanțare, de organizare și funcționare a unui sistem de sănătate.

În ultima cercetare asupra performanței sistemelor de sănătate realizată în 2012 de Arne Björnberg din partea Health Consumer Powerhouse AB, ultima dintr-o serie de 6 ediții ale acestui tip de studiu, se discută despre creșterea influenței “consumatorilor de servicii de sănătate”, despre scăderea diferenței de putere dintre profesioniștii din sistem și pacienți (de exemplu: cererea unei a doua opinii și stabilirea unei decizii în urma analizării dosarelor medicale de mai mulți specialiști, practică tot mai des întâlnită, existența de informații corecte despre furnizorii de servicii și posibilitatea alegerii furnizorului de servicii) și despre faptul că îngrijirile de sănătate europene sunt “departe de a fi egale” cu țări în care sistemele de sănătate sunt pregătite să facă provocărilor viitoare – de exemplu în ceea ce privește îmbătrânirea populației, și țării în care sistemele de sănătate sunt supuse presiunii de a deveni mai performante. Raportul respectiv a ținut cont de Euro Health Consumer Index (EHCI), un indicator în care sunt cuprinse diferite dimensiuni: drepturile și informarea pacientului, informatizare, accesibilitate (timpul de așteptare pentru tratament), rezultate (măsurate în indicatori precum decesele infantile, anii de viață potențial pierduți), prevenția /varietatea și gama serviciilor oferite (echitatea sistemului de sănătate, vaccinările, plățile informale, prevenirea fumatului, îngrijiri pe termen lung pentru varstnici) precum și accesul la medicamente (acces la medicamente noi, îngrijorarea față de rezistența la antibiotice, utilizarea antibioterapiei pentru tratamentul virozelor, sănătatea mintală, etc).

În cadrul acestui raport, România se situează pe un loc îngrijorător în ceea ce privește sistemul asigurărilor sociale de sănătate cu un scor de 489 de puncte din 1000 de puncte posibile, fiind urmată la scurtă distanță de Bulgaria cu un scor de 456 de puncte și Serbia cu un scor de 451 de puncte. Pe primul loc se situează Olanda cu 872 de puncte, urmată de Danemarca cu 822 de puncte și de Islanda. Se pare că în această clasificare, sistemele de sănătate orientate spre asigurări sociale de sănătate tind să ocupe primele poziții și această să fie o regulă. Raportul identifică măsurile care par să aducă câștig sistemelor de asigurări sociale de sănătate de tip Bismark: existența unor posibilități multiple de asigurare cu instituții de asigurare diferite, care sunt independente de furnizorii de servicii. (Björnberg, 2012)

Istoricul organizării sistemului de sănătate din România

Conform raportului realizat în anul 2000 de Observatorul European pentru sistemul de sănătate publică, România a avut între primul și al doilea război mondial un sistem de sănătate bazat pe asigurări sociale de tip Bismark, dar acest sistem acoperea doar aproximativ 5% din toată populația. În 1949, prin Hotărârea Consiliului de Miniștri nr 1379/14 iunie 1967 privind organizarea asistenței medicale în unitățile medico-sanitare speciale și dispensarele medicale regionale, (abrogate prin Hotărârea de Guvern nr 474 din 1999) a fost începută trecerea graduală către sistemul de sănătate centralizat de tip Semasko. Perioada comunistă a fost caracterizată de un sistem de sănătate centralizat, bazat pe colectarea fondurilor prin impozite. Conform raportului Observatorului European din anul 2000, sistemul era standardizat și reglementat de către Ministerul Sănătății, fiind caracterizat de “alocarea centralizată și inechitabilă a resurselor, lipsă de răspuns la nevoile locale, inechități mari între regiuni și grupuri sociale, capacitate managerială slabă, lipsa unei forțe de muncă având abilități și competente în dezvoltarea de politici și management”.

Între anii 1990 și 1995 o serie de schimbări au intervenit în sistemul de sănătate din țara noastră, una dintre principalele schimbări fiind înființarea, prin Legea 74/1995 a Colegiului Medicilor din România, organizație profesională, neguvernamentală, cu personalitate juridică, apolitică (...) care reprezintă interesele profesiei de medic.

În anul 1997 a fost adoptată Legea Asigurărilor Sociale de Sănătate, acesta fiind momentul schimbării tipului de sistem de sănătate și a modalității principale de finanțare a sistemului, trecându-se de la finanțarea prin bugetul de stat către finanțarea sistemului prin asigurări sociale de sănătate. Această lege specifică faptul că “asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii, funcționează descentralizat, pe baza principiului solidarității și subsidiarității în colectarea și utilizarea fondurilor”, iar constituirea fondurilor de asigurări sociale de sănătate se face din “contribuția asiguraților, din contribuția persoanelor fizice și juridice care angajează personal salariat, din subvenții de la bugetul de stat, precum și din alte surse.” În legea 145/1977, este prevăzut, în mod specific, principiul nondiscriminării: “*asigurații și membrii lor de familie au dreptul la servicii medicale, în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii*”.

În anul 1998 a fost adoptată Legea nr. 100 din 26 mai 1998 privind asistența de sănătate publică, publicată în Monitorul Oficial nr. 204 din 1 iunie 1998, prin care era definită asistența de sănătate publică prin prisma “*activităților care se adresează comunității și individului în vederea protecției comunitare, cu scopul păstrării și promovării stării de sănătate a populației*”, lege prin care se stabilea că asistența de sănătate publică “*este garantată de stat și este finanțată din bugetul*

de stat, bugetele locale, bugetele asigurărilor sociale de sănătate precum și din contribuțiile directe ale beneficiarilor”. De asemenea, se stabileau și atribuțiile autorităților din domeniul asistenței de sănătate publică: Ministerul Sănătății, Direcțiile de Sănătate Publică județene, Institutele de Sănătate Publică, Institutul de Management al Serviciilor de Sănătate și Centrul de Calcul și Statistică Sanitară.

Începând cu 1998, rolul Ministerului Sănătății s-a schimbat, responsabilitățile mutându-se de la asigurarea finanțării sistemului către “dezvoltarea politicilor de sănătate, asigurarea de reglementări pentru funcționarea sistemului de sănătate, stabilirea standardelor organizaționale și funcționale și îmbunătățirea sănătății publice”. (Vlădescu et al, 2008,22-27)

Legea 145/1997 este abrogată în anul 2002 prin Ordonanța de Urgență nr 150 din 31 octombrie 2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, publicată în Monitorul Oficial nr 838 din 20 noiembrie 2002, care definește asigurații și categoriile de asigurați, stabilește drepturi și obligații pentru asigurați, stabilește categoriile de servicii medicale suportate din fondul național unic al asigurărilor sociale de sănătate și categoriile de servicii care nu sunt suportate de către fond. De asemenea, se reglementează relațiile dintre casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale.

În ceea ce privește finanțarea sistemului de sănătate, chiar dacă datele sugerează o creștere a cheltuielilor din produsul intern brut pentru sănătate de la 4,1 în anul 2000 la 4,4, în anul 2005, cheltuielile pentru sănătate continuau să rămână printre cele mai reduse dintre țările membre ale Uniunii Europene. (Vlădescu et al, 2002,22-27)

În anul 2006, intră în vigoare (abrogând Ordonanța de Urgență nr 150/2002) Legea nr. 95 privind reforma în domeniul sănătății.

“Modificările aduse sistemului de asigurări sociale de sănătate prin această lege au avut drept obiective: creșterea eficienței în administrarea fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, întărirea disciplinei financiar-contractuale în cadrul contractelor încheiate de casele de asigurări sociale de sănătate cu furnizorii de servicii, creșterea fondurilor colectate și îmbunătățirea accesului asiguraților la serviciile de îngrijiri de sănătate.” (Farcașanu, 2006). În această lege este definită asistența de sănătate publică drept “*efortul organizat al societății în vederea protejării și promovării sănătății populației*” iar responsabilitatea pentru asigurarea sănătății publice revine Ministerului Sănătății (în 2006 având denumirea de Ministerul Sănătății Publice). De asemenea, asistența de sănătate publică este “garantată de stat și finanțată de la bugetul de stat, de la bugetele locale, de la bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate”. În această lege sunt

stabilite obligațiile persoanelor fizice și juridice în ceea ce privește asigurarea stării de sănătate și sunt definite programele naționale de sănătate drept “ansamblu de acțiuni multianuale, organizate în scopul evaluării, prevenirii, tratamentului și controlului bolilor cu impact major asupra stării de sănătate a populației.”

Legea 95/2006 reglementează, de asemenea, domeniul asistenței medicale primare, stabilind responsabilitățile și caracteristicile asistenței medicale oferite de medicul de familie, serviciile furnizate în cadrul asistenței medicale primare și modalitățile de finanțare a medicinei de familie, modul în care funcționează sistemul de servicii medicale de urgență și organizarea sistemului de îngrijiri secundare de sănătate. O altă prevedere importantă a acestei legi se referă la asistența medicală comunitară, fiind stabilit modul de organizare și funcționare a asistenței medicale comunitare.

Doi ani mai târziu, prin Ordonanța de Urgență 162 / 2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competente exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale, titlul referitor la asistența medicală comunitară este abrogat, asistența medicală comunitară trecând în responsabilitatea autorităților locale, chiar dacă Ministerul Sănătății va continua să finanțeze posturile de asistent medical comunitar și de mediator sanitar (personalul implicat în asistența medicală comunitară la nivel local).

Sistemul actual de sănătate în România

Conform legii 95/2006, asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației, sistem care asigură accesul la un pachet de servicii de bază pentru asigurați. Sistemul sanitar este finanțat prin asigurarea obligatorie de sănătate, respectiv prin prime de asigurare din salariu, precum și din diverse programe naționale speciale, finanțate din bugetul Ministerului Sănătății.

Contribuțiile pentru asigurările sociale de sănătate suportate de “asigurați, de persoanele fizice și juridice care angajează personal salariat, subvențiile de la bugetul de stat, precum și din alte surse - donații, sponsorizări, dobânzi, exploatarea patrimoniului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al caselor de asigurări de sănătate potrivit legii” pentru sistemul de asigurări de sănătate, constituie “fondul național unic de asigurări de sănătate”.

În sistem este permisă și funcționarea altor forme de asigurare, acestea nefiind însă obligatorii, iar posesia unei asigurări voluntare de sănătate nu scutește asiguratul de plata contribuției obligatorii pentru asigurarea socială de sănătate.

Conform Legii 95/2006, sistemul de asigurări de sănătate din România are ca obiective să protejeze asigurații de costurile pe care ar trebui să le suporte aceștia în situații care le periclitizează sănătatea sau viața și să ofere protecție echitabilă și nediscriminatorie pentru cei asigurați. Asigurații sunt „cetățenii români cu domiciliul în țară, dar și cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și obținut prelungirea dreptului de ședere temporară sau au domiciliul în România care fac dovada contribuției la fondul național unic al asigurărilor de sănătate”. Asigurații au dreptul la pachetul de bază de servicii medicale, cu începere de la momentul plății contribuției, iar calitatea de asigurat încetează pentru persoanele care pierd dreptul de domiciliu sau de ședere în țară. Există categorii de persoane care beneficiază de asigurare medicală, fără a fi nevoite să suporte plata contribuției:

- copiii cu vârsta de până la 18 ani,
- elevii, ucenicii, studenții cu vârsta între 18-26 ani, dacă nu realizează venituri,
- tinerii din sistemul de protecție a copilului care nu realizează venituri cu vârsta până la 26 de ani,
- beneficiarii ai unor legi speciale (precum Decretul –lege 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatură,
- beneficiari ai Legii nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerențe politice,
- beneficiari ai Ordonanței Guvernului nr. 105/1999 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 din motive etnice,
- beneficiari ai Legii nr. 44/1994 privind veteranii de război,
- persoanele deportate în străinătate în perioada 1945-1989),
- persoanele cu handicap care nu realizează venituri din muncă sau pensie,
- bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri,
- femeile însărcinate și lăuzele, dacă nu au nici un venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară.

De asemenea, de asigurare medicală beneficiază anumite categorii de persoane pentru care contribuția se plătește din alte surse decât sursele proprii, astfel: „persoanele care se află în concediu pentru incapacitate temporară de muncă, acordat în urma unui accident de muncă sau a unei boli profesionale, persoanele care se află în concediu și indemnizație

pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani și în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani sau se află în concediu și indemnizație pentru creșterea copilului cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani, persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001, pensionarii cu venituri din pensii mai mici de 740 lei”.

Toate persoanele care nu se află în situația scutirii de la plata contribuției pentru asigurarea socială de sănătate sau pentru care plata contribuției se face din alte surse sunt obligate să se asigure, plătind contribuția. „Obligația virării contribuției pentru asigurarea socială de sănătate revine atât persoanelor fizice, cât și persoanelor fizice și juridice care au calitatea de angajator.” Contribuția lunară a persoanei asigurate se stabilește sub forma unei cote de 6,5%, care se aplică asupra veniturilor din salarii sau asimilate salariilor, precum și orice alte venituri realizate din desfășurarea unei activități dependente, veniturilor impozabile, veniturilor din agricultură supuse impozitului pe venit și veniturilor din silvicultură.

Pentru anul 2013, cotele de contribuții pentru asigurările de sănătate prevăzute de “Legea nr. 95/2006”, au fost stabilite astfel: “5,2% pentru cota datorată de angajatori (persoanele juridice sau fizice care au calitatea de angajator), 10,7% pentru cota datorată de persoanele prevăzute la art. 259 alin. (6) din Legea nr. 95/2006 (beneficiarii indemnizației de șomaj), și 5,5% pentru celelalte categorii de persoane care au obligația plății contribuției direct sau cu plata din alte surse.”

Relațiile dintre asigurați și casele de asigurări sunt guvernate, potrivit legii, de alegerea liberă a asiguraților privind casa de asigurări de sănătate, „de solidaritatea și subsidiaritatea în constituirea și utilizarea fondurilor, acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu”.

Conform Hotărârii 117/2013, pentru aprobarea Contractului Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014, asigurații au drepturi care se stabilesc pe baza unui contract cadru multianual elaborat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin consultare cu „Colegiul Medicilor din România, Colegiului Farmaciștilor, Ordinul Asistenților Medicali și Moașelor din România, Ordinul Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor, și a organizațiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical”.

Persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemoepidemic.

Din punct de vedere a plății furnizorilor de servicii, serviciile medicale sunt finanțate prin contracte anuale cu fiecare furnizor de servicii medicale, cum ar fi spitalele, ambulatoriile și furnizori de servicii medicale primare.

Responsabilitățile principalelor instituții din sistemul de sănătate

Instituțiile principale din sistemul de sănătate românesc sunt:

- la nivel național: Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurari de Sănătate, Colegiul Medicilor din România, Institutul National de Sanatate Publica.
- la nivel județean: Direcțiile Județene de Sănătate Publică, Casele Județene de Asigurări de Sănătate, Colegiile Județene ale Medicilor. De asemenea, structurilor autorităților locale ,Consiliile Județene) le revin anumite sarcini legate de asigurarea infrastructurii necesare asigurării serviciilor de sănătate la nivel județean.
- din punct de vedere al furnizorilor direcți de servicii și îngrijiri medicale: spitale, ambulatorii de specialitate, cabinete medicale individuale.

Conform HG 144/2010, **Ministerul Sănătății** este organ de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică, în subordinea Guvernului. Dintre cele mai importante atribuții îndeplinite de către Ministerul Sănătății cităm: *“elaborează politici, strategii și programe de acțiune în domeniul sănătății populației, coordonează și controlează implementarea politicilor, strategiilor și programelor din domeniul sănătății populației, la nivel național, regional și local, evaluează și monitorizează starea de sănătate a populației, ia măsuri pentru îmbunătățirea acesteia și informează Guvernul referitor la indicatorii de sănătate, tendințele de evoluție și despre măsurile necesare pentru îmbunătățirea acestora; reglementează modul de organizare și funcționare a sistemului de sănătate; monitorizează, controlează și evaluează activitatea instituțiilor sanitare și ia măsuri pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale acordate populației, asigură, în colaborare cu instituțiile administrației publice centrale și locale, resursele umane, materiale și financiare necesare funcționării instituțiilor din sistemul public de sănătate”*. Ministerul Sănătății nu mai are un control direct asupra finanțării unei părți importante a rețelei sale de furnizori de servicii, devenind, legal vorbind, în principal o entitate care se ocupă cu politicile, planificarea și coordonarea, având responsabilități în ceea ce privește coordonarea și reglementarea sistemului și mai puțin în implementare.

Conform statutului, **Colegiul Medicilor din România** este o organizație profesională națională a medicilor, instituție de interes public, neguvernamentală, apolitică și fără scop

patrimonial, cu personalitate juridică, autonomă în raport cu orice autoritate publică. Colegiul Medicilor din România “are ca principal obiect de activitate controlul și supravegherea exercitării profesiei de medic, aplicarea legilor și regulamentelor care organizează și reglementează exercițiul profesiei, reprezentarea intereselor profesiei de medic și păstrarea prestigiului acestei profesii în cadrul vieții sociale”. La nivelul județelor se organizează colegii teritoriale pentru medicii din județul respectiv.

Institutul Național de Sănătate Publică este “instituție publică cu personalitate juridică, în subordinea Ministerului Sănătății”. Institutul Național de Sănătate Publică are rol în “*prevenirea, supravegherea și controlul bolilor transmisibile și netransmisibile, monitorizarea stării de sănătate, promovarea sănătății și educația pentru sănătate, evaluarea sănătății ocupaționale, elaborarea reglementărilor în domeniul sănătății publice, asigurarea managementului sănătății publice precum și dezvoltarea serviciilor de sănătate publică specifice*”. Activitatea Institutului la nivel teritorial se realizează prin 4 centre naționale (“Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile”, “Centrul Național de Monitorizare a Riscurilor din Mediul Comunitar”, “Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate”, “Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică” și 6 centre regionale de sănătate publică, organizate în structura acestuia, fără personalitate juridică.

Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București sunt servicii publice deconcentrate, cu personalitate juridică, subordonate Ministerului Sănătății Publice, “care pun în aplicare politică și programele naționale de sănătate publică pe plan local, identifică problemele locale prioritare de sănătate publică, elaborează și implementează acțiuni locale de sănătate publică”. Din atribuțiile Direcțiilor de Sănătate Publică se înscriu “*controlul și evaluarea modului de asigurare a asistenței medicale curative și profilactice, controlul modului de aplicare a normelor de funcționare a unităților medicale și farmaceutice, urmărirea aplicării criteriilor de control al calității serviciilor medicale, organizarea de acțiuni de prevenire a îmbolnăvirilor și de promovare a sănătății, colectarea și înregistrarea de date privind sănătatea populației, în vederea identificării problemelor de sănătate, identificarea de posibilele probleme de sănătate publică sau amenințări la adresa sănătății unei comunități, intervenție în rezolvarea problemelor de sănătate publică apărute în rândul persoanelor aparținând grupurilor defavorizate*”. Conform Legii 95/2006, Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București colaborează cu autoritățile administrației publice locale pentru asigurarea asistenței medicale.

Conform Hotărârii 972/2006, *Casa Națională de Asigurări de Sănătate* „este instituție publică autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, care administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vederea aplicării politicilor și programelor Guvernului în domeniul sanitar”.

Principalul obiect de activitate al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate ”este asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România și are în subordine casele de asigurări de sănătate județene și Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București”. Obligațiile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, conform statutului acestei instituții, (statut aprobat prin “Hotărârea nr.972 din 26 iulie 2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate publicată în Monitorul Oficial nr 680 din 8 august 2006”, modificată prin “Hotărârea nr.1.586 din 19 decembrie 2007 pentru modificarea și completarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006 publicat în Monitorul Oficial nr 18 din 10 ianuarie 2008”) sunt: *gestionarea fondului național unic al asigurărilor de sănătate, propunerea de acte normative pentru asigurarea funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate, elaborează și actualizează registrul de evidență a asiguraților, elaborează strategia sistemului de asigurări sociale de sănătate, elaborează proiectul contractului cadru care va fi prezentat Ministerului Sănătății și va fi aprobat de către Guvern, elaborează caracteristicile tehnice ale cardului european de asigurări sociale de sănătate, acordă gratuit informații, consultanță și asistență în domeniul asigurărilor sociale de sănătate persoanelor”*.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate are în subordine casele județene de asigurări de sănătate, care sunt instituții publice cu personalitate juridică, cu bugete proprii.

Furnizorii de servicii medicale

Asistența medicală profilactică și curativă se asigură prin cabinete medicale ambulatorii ale medicilor de familie și de alte specialități, centre de diagnostic și tratament, centre medicale, centre de sănătate, laboratoare, precum și prin alte unități sanitare publice și private, cu sau fără paturi.

Medicul de familie este furnizorul de îngrijiri de sănătate care coordonează și integrează serviciile medicale furnizate pacienților de către el însuși sau de către alți furnizori de servicii de sănătate, asigură accesul în sistemul sanitar pentru pacienții săi și acordă îngrijiri persoanelor și, familiilor din cadrul comunităților deservite, fără discriminare. Conform Legii 95/2006, asistența acordată de medicul de familie “constituie punctul de prim-contact în cadrul sistemului de

sănătate, oferind acces nediscriminatoriu pacienților și ocupându-se de toate problemele de sănătate ale acestora”.

Printre caracteristicile asistenței medicale oferite la nivelul medicinei de familie, așa cum reiese din legislația națională, se numără utilizarea eficientă a resurselor sistemului, acordarea de asistență medicală în mod coordonat, orientarea către pacient, familia acestuia și comunitatea din care face parte, asigurarea continuității îngrijirilor, determinarea unei relații de încredere între medic și pacient. De asemenea, asistența medicală oferită la nivelul medicinei de familie trebuie să urmărească rezolvarea problemelor de sănătate ale comunității.

Din punct de vedere al veniturilor care pot fi realizate la nivelul cabinetului de medicină de familie, acestea pot fi constituite din *contracte încheiate cu casele de asigurări de sănătate din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, din contracte încheiate cu autoritățile teritoriale de sănătate publică, din servicii de planificare familială și din implementarea programelor naționale de sănătate publică, din servicii speciale de consiliere, din servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în fază terminală și postspitalicești, din contracte încheiate cu societățile de asigurări private de sănătate, prin plata directă de la consumatori, din serviciile necontractate cu terți plătitori, din coplata aferentă unor activități medicale, din contracte de cercetare, din contracte pentru activitatea didactică în educația universitară și postuniversitară, din donații, sau sponsorizări.*

Spitalul este “unitatea sanitară cu paturi, instituție de utilitate publică, cu personalitate juridică, care furnizează servicii medicale și care “participă la asigurarea stării de sănătate a populației”. Spitalele pot fi publice sau private, iar spitalele de urgență sunt numai spitale publice, iar serviciile acordate în cadrul spitalului acoperă segmentul de prevenție, pe cel curativ, pe cel de recuperare, sau paleativ, “asigurând condiții de investigații medicale, tratament, cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor nozocomiale”.

Spitalul poate furniza servicii medicale numai dacă funcționează în condițiile autorizației de funcționare. “Spitalul răspunde, în condițiile legii, pentru calitatea actului medical, pentru respectarea condițiilor de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor nozocomiale, precum și pentru acoperirea prejudiciilor cauzate pacienților.” Luând în considerare nevoile și necesitatea asigurării accesului echitabil la servicii de sănătate, Ministerul Sănătății propune, o dată la 3 ani, *Planul național de paturi*, care se aprobă prin hotărâre de Guvern.

Din punct de vedere al modului în care sunt finanțate, spitalele publice sunt instituții publice finanțate integral din venituri proprii, care funcționează pe principiul autonomiei

financiare. Veniturile proprii ale spitalelor publice provin din sumele încasate pentru serviciile medicale și din alte prestații efectuate pe bază de contract, precum și din alte surse, conform legii. Se consideră că spitalele au autonomie financiară deoarece organizarea activității spitalului se face pe “baza bugetului de venituri și cheltuieli proprii, aprobat de conducerea unității și cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior”.

Conform Legii 95/2006, Contractul de furnizare de servicii medicale al spitalului public cu Casa de Asigurări de Sănătate se negociază de către manager cu conducerea Casei de Asigurări de Sănătate, în condițiile stabilite în contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. Spitalele publice pot încheia contracte pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative cu casele de asigurări de sănătate, precum și cu direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București sau, după caz, cu instituții publice din subordinea Ministerului Sănătății pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică, în conformitate cu structura organizatorică a acestora.

În ceea ce privește implementarea Strategiei Naționale de Sănătate Publică, alături de furnizorii serviciilor medicale, un rol important îl au și Consiliile Județene. Conform Legii Administrației Publice Locale 215/2001, modificată prin Legea 286/2006, Consiliul Județean are atribuții în ceea ce privește gestionarea serviciilor publice aflate în subordine. În exercitarea atribuțiilor prevăzute, Consiliul Județean asigură, potrivit competențelor sale și în condițiile legii, cadrul necesar pentru furnizarea serviciilor publice de interes județean, privind: *educația, serviciile sociale pentru protecția copilului, a persoanelor cu handicap, a persoanelor vârstnice, a familiei și a altor persoane sau grupuri aflate în nevoie socială; sănătatea, cultura, tineretul, sportul, ordinea publică, situațiile de urgență, protecția și refacerea mediului, conservarea, restaurarea și punerea în valoare a monumentelor istorice și de arhitectură, a parcurilor, grădinilor publice și rezervațiilor naturale; evidența persoanelor; podurile și drumurile publice; serviciile comunitare de utilitate publică de interes județean, precum și alimentarea cu gaz metan; sprijină, în condițiile legii, activitatea cultelor religioase; emite avizele, acordurile și autorizațiile date în competența sa prin lege; acordă consultanță în domenii specifice, în condițiile legii, unităților administrativ-teritoriale din județ, la cererea acestora.*

Strategia Națională de Sănătate Publică se fundamentează pe strategiile județene de sănătate publică elaborate sub directa coordonare a președintelui consiliului județean în parteneriat cu reprezentanții consiliilor locale municipale, subdiviziunilor teritoriale ale

municipiilor, orășenești, comunale, reprezentanți ai unităților sanitare, ai direcțiilor județene de sănătate publică precum și a altor structuri ce pot contribui la dezvoltarea acesteia.

3.3 Factorii care influențează starea de sănătate a populației- determinanți ai stării de sănătate

Pentru a analiza factorii care influențează starea de sănătate a populației trebuie să ne întoarcem la definiția sănătății. Una dintre definițiile cu accepțiuni mai largi oferite de cercetătorii în domeniu, menționează că *sănătatea poate fi definită și ca o posibilitate de adaptare armonioasă la mediul ambient complex*; boala apare ca o imposibilitate de adaptare la multitudinea de condiții ambientale. Sănătatea este expresia stării de bine din punct de vedere social. Omul trebuie privit în consecință ca o ființă socială, o entitate biologică, economică, culturală și socială, dreptul la sănătate făcând parte indestructibil din justiția socială. (Enăchescu and Mihai, 1998, 15).

Dr. Dana Galieta Minca, profesor la Catedra de Sănătate Publică și Management-UMF Carol Davila, prezintă într-un material realizat în domeniul sănătății publice, două modele de definire științifică a sănătății, respectiv “**modelul negativ**” și “**modelul pozitiv**”.

Modelul științific de definire a sănătății, **modelul negativ**, are următoarele caracteristici:

- este un model biomedical, sănătatea fiind privită ca proprietatea ființei biologice și nu a persoanei;
- Modelul negativ este reduționist, afectarea sănătății nu ia în considerare contextual (bolnavul), ci boala;
- Modelul mecanicist negativ de sănătate privește omul ca o mașinărie ce se poate defecta;
- Caracterul alopatic din cadrul modelului negativ de sănătate presupune că fiecare boală poate beneficia de un anumit tratament medicamentos;
- **Modelul pozitiv** al sănătății are următoarele caracteristici:
- Sănătatea este o stare de bine din punct de vedere fizic, mintal și social, ea nu înseamnă numai absența bolii sau a infirmității;
- Sănătatea este o stare de bine din punct de vedere fizic și presupune că individul muncește, se hrănește și își desfășoară activitatea în condiții bune;
- Sănătatea mintal-emoțională, din punct de vedere emoțional, înseamnă faptul că omul nu trăiește într-un climat de violență, nu este confruntat permanent cu stări de frică, deprimare, neliniște, anxietate și are o bună capacitate de a face față stresului zilnic;

- Starea de bine din punct de vedere socio-profesional relevă abilitatea de a realiza și de a menține relațiile interumane în societate, ajutându-l astfel pe individ să se integreze mai bine în colectivitate/societate.

Personal, consider că sănătatea este văzută ca și capacitate individuală necesară pentru a juca rolurile sociale curente în viața socio-profesională. Pe lângă roluri, sunt avute în vedere și capacitatea de a întreține relațiile sociale funcționale, de a promova aspirații în raport cu viața socială, de a evita sau a face față stigmatizării care poate afecta și starea de sănătate; Sănătatea este și starea de bine din punct de vedere spiritual, concept care se referă nu numai la credința religioasă dar și la obiceiuri și principii personale care conduc către un mediu favorabil sănătății;

În prezentarea factorilor determinanți ai stării de sănătate am pornit de la definiția OMS a stării de sănătate-“*O bunăstare completă, fizică, mentală și socială, care nu constă numai în absența bolii sau a infirmității*” – definiție care, subliniază caracterul multifuncțional al stării de sănătate și presupune implicarea comunității în realizarea ei.

Starea de bine a individului sau a unui grup populațional, reprezintă un aspect foarte important care ține de calitatea vieții.

Sănătatea este rezultatul interacțiunii dintre zestrea biologică, genetică a individului și condițiile mediului său de viață și de activitate, natural și social. Starea populației reprezintă un fenomen complex, biologic, psihologic, social, cultural, care exprimă sintetic nivelul și caracteristicile sănătății membrilor comunității, privită în ansamblul ei.

În lucrarea “Sănătate publică și management sanitar”, autoarea descrie factorii determinanți ai stării de sănătate a populației, după cum urmează: (Zanoschi, 2003,16-18)

- **Factori endogeni** (sexul, rasa, vârsta, caracteristici biologice, receptivitatea la infecții, ereditatea, constelația hormonală, caracteristicile demografice ale populației).
- **Factorii de mediu (factorii mediului fizic-** temperatura, umiditatea, radiații, zgomot; **factori geoclimatici** –altitudine, zona geografică, locul de muncă, locuința, mediul înconjurător; **factori chimici** – substanțe organice și anorganice din apa, aer, sol și alimente; **factori biologici** - bacterii, fungi, paraziți, virusuri; **factorii mediului social** – sărăcia, mediul de reședință, stilul de viață și alimentație, condițiile de muncă și de locuit, nivelul de instruire, cultură, tradițiile).
- **Factorii comportamentali, atitudinile, obiceiurile** (experiența individuală, presiunea anturajului, mijloace financiare disponibile, politica economică și socială, obiceiuri

alimentare și consum de alcool și tutun, stresul, violența socială, sedentarismul, odihna, comportament sexual, riscuri profesionale și în timpul liber)

- **Servicii de sănătate** (preventive, curative și recuperatorii).

Factorii de natură socio-economică sunt într-o relație strânsă cu starea de sănătate a indivizilor. Psihologia socială sugerează că între cauzele primare, determinanții socio-economici și efect, există o relație de cauzalitate.

Factorii intra-personali (individul nu are o persoană care să-l consilieze pentru a-l ajuta să-și schimbe comportamentul față de sănătate) **și factorii inter-personali** (apare consilierul care sprijină procesul de schimbare de comportament) contribuie foarte mult la schimbarea comportamentului în domeniul sănătății.

Din punctul de vedere al specialiștilor, factorii cei mai importanți care influențează starea de sănătate rămân: **sărăcia, stilul de viață, șomajul, locuințele necorespunzătoare, nivelul de educație al populației și alți factori ce țin de mediu** (poluare, s. a).

Stilul de viață este un factor determinant al stării de sănătate a unei populații deoarece acesta poartă amprenta modului de viață al comunității în care acesta s-a dezvoltat. Dintre cei patru factori determinanți ai sănătății, stilul de viață are ponderea cea mai mare (51%), factorul biologic are ponderea de 20%, mediul ambiant are 19% și sistemul de îngrijiri medicale de 10%.

Stilul de viață este influențat de factorii de mediu fizic, de dezvoltarea socio-economică a țării, nivelul de educație al populației în probleme de sănătate, obiceiuri dăunătoare sănătății determinate de tradiții, mijloacele financiare de care dispune individul sau grupul, și nu în ultimul rând, de politica economică și socială a țării ce încurajează producerea de bunuri cu influență negativă a stării de sănătate (tutun, alcool, s.a). (Zanoschi, 2003,23)

Cunoașterea factorilor care influențează starea de sănătate a populației este importantă pentru: identificarea problemelor de sănătate, identificarea comportamentului consumatorilor de servicii de sănătate, identificarea comportamentului furnizorilor de sănătate, planificarea și alocarea resurselor, dezvoltarea de politici publice în domeniul sănătății relevante populației.

3.4 Date generale despre starea de sănătate a populației din România.

O stare bună de sănătate este un element esențial al bunăstării umane reprezentând o valoare în sine. La nivel individual, o stare bună de sănătate reprezintă o componentă importantă a capitalului uman, permițând oamenilor să își desfășoare activitățile, să își îndeplinească țelurile, să aibă o viață completă și să fie membri activi ai societății. La nivel societal, o stare de sănătate

ridicată este un element-cheie al capitalului uman al fiecărei țări, contribuind la competitivitatea ei față de alte țări. (Pop, 2010, 274)

Întorcându-ne la indicatorii relevanți care măsoară starea de sănătate a unei populații, respectiv **speranță de viață, mortalitatea infantilă, mortalitatea generală, mortalitatea maternă, fertilitate, morbiditate, prevalență, incidență, vulnerabilitate** (condițiile de risc, grupuri de risc, comportament de risc și factori de risc) și analizând studiile de specialitate, în continuare voi prezenta pe scurt date care să ne ofere o imagine generală asupra sănătății populației din România comparativ cu statele membre UE.

Unul dintre indicatorii relevanți care ne oferă o imagine asupra stării de sănătate a populației și a nivelului de dezvoltare este **speranța de viață**. Speranța de viață la naștere reprezintă un indicator complex, de sinteză, care se bazează pe tabelele de mortalitate, reflectând „destul de fidel efectul îngrijirilor medicale acumulate de-a lungul mai multor generații, depinzând de un complex de factori legați de dezvoltarea economică, nivel de trai, tradițiile culturale în ce privește tratamentul medical”. (Pop, 2010, 284)

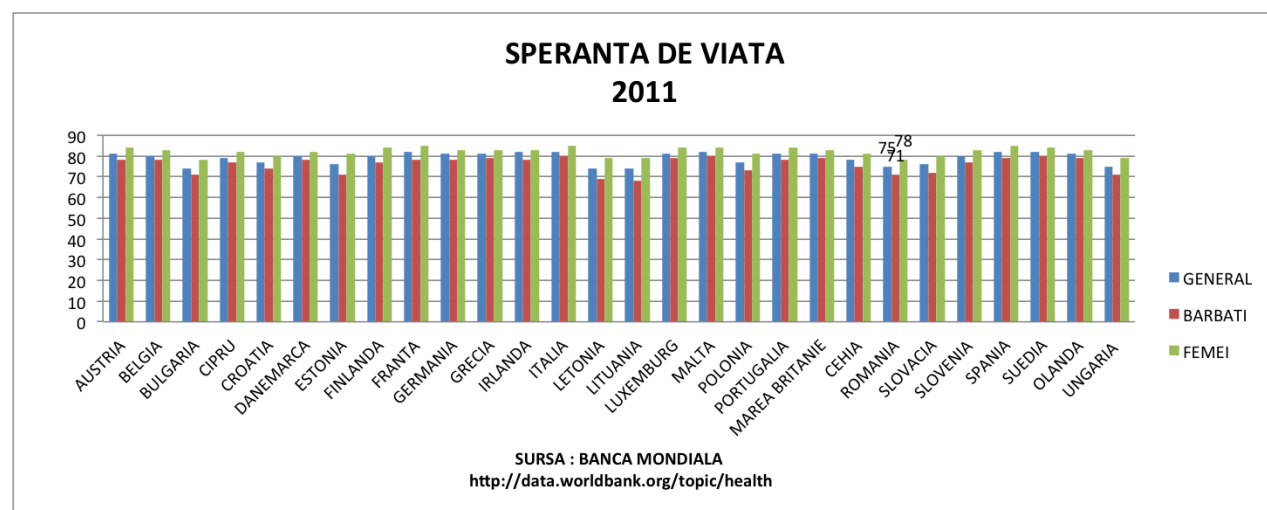


Fig.2 – Speranta de viata- Banca Mondiala 2011

Analizând aceste date oferite de Banca Mondială pentru anul 2011, constatăm că speranța de viață a românilor este cu cel puțin 6 ani mai mică decât media generală a țărilor membre UE însă, raportându-ne la valorile înregistrate în anii anteriori, constatăm o ușoară creștere. În perioada 1989–2008, speranța de viață la naștere a cunoscut o creștere de la 69,5 ani - în 1989, pentru întreaga populație la 73 ani - în 2008. Totuși, creșterea acestui indicator nu a fost constantă, cunoscând numeroase fluctuații. După o foarte mică creștere la începutul anilor '90 se înregistrează și un regres, mai accentuat în perioada 1996–1998, iar apoi o îmbunătățire constantă

începând cu 1999, ajung în anul 2011 la valoarea de 75 ani. (Pop, 2010, 284)

Analizând traiectoria valorilor înregistrate în perioada 1990-2011, constatăm că inegalitatea între femei și bărbați în ceea ce privește speranța de viață la naștere, se pastrează. Dacă în 1990, femeile trăiau în medie, cu aproximativ 4-5 ani mai mult decât bărbații, în 1998 diferența crește la 7,9 ani și, începând cu 2008 începe să scadă la 7,2 ani, ajungând în anul 2011 să fie de 6 ani.

Dacă analizăm din punct de vedere urban-rural, constatăm că în România, speranța de viață la naștere este mai ridicată în mediul urban față de mediul rural. Conform datelor furnizate de INS, în anul 2008, speranța de viață la naștere, în mediul urban, era de 73,8 ani, în timp ce în mediul rural aceasta era de 72,1 ani. (Pop, 2010, 285)

Rata mortalității infantile, constituie un alt indicator important luat în calcul în procesul de evaluare a stării de sănătate a unei populații. Rata mortalității infantile se calculează prin raportarea decedaților în vârstă de sub 1 an la 1000 de născuți vii.

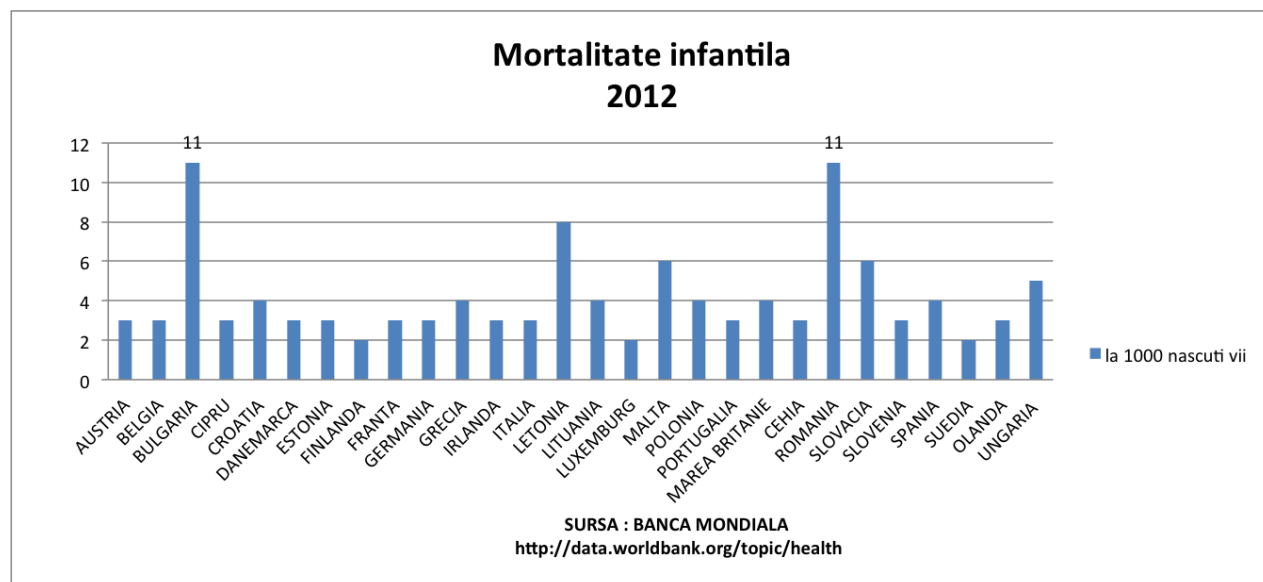


Fig. 3 – Mortalitate infantile-Banca Mondiala 2012

Analizând datele statistice, constatăm că, după 1990, rata mortalității infantile a scăzut în mod constant. Dacă în 1990, rata mortalității infantile în România era 26,9 nou-născuți decedați sub un an la 1 000 de născuți vii, valoarea ratei pentru 2012 era de 11‰. Pe parcursul întregii perioade 1990–2012, s-a menținut o inegalitate între mediul urban și rural în ceea ce privește rata mortalității infantile, în rural mortalitatea infantilă fiind mai ridicată (în 2012 în mediul rural valoarea este de 14‰). Față de media UE, în continuare, România și Bulgaria, înregistrează cea mai mare rată de mortalitate infantilă.

În ceea ce privește **mortalitatea generală**, după 1990, România nu a înregistrat scăderi în

ceea ce privește mortalitatea generală, ratele de mortalitate rămânând la un nivel ridicat, chiar mai mari decât valorile înregistrate în 1990.

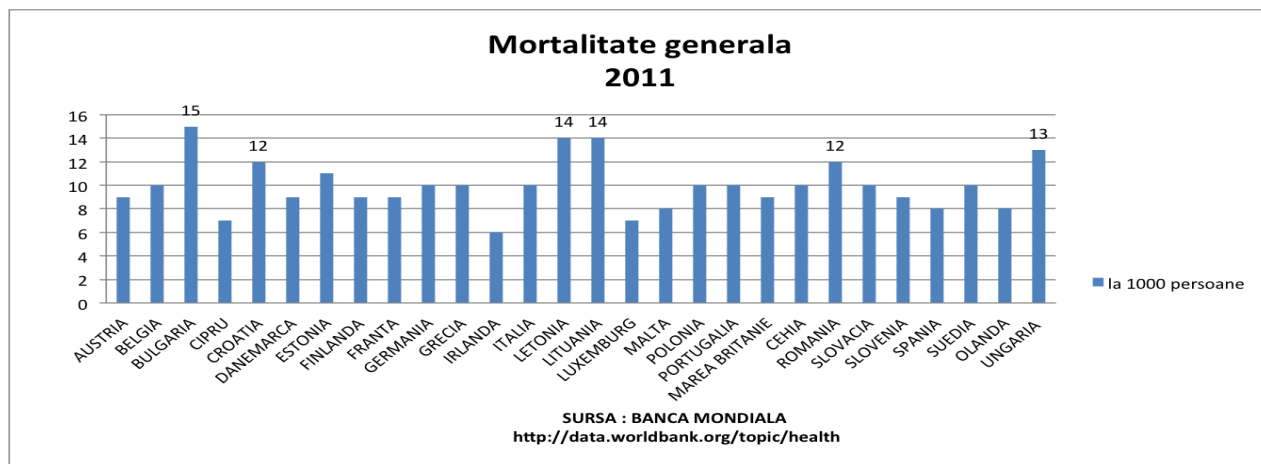


Fig. 3 Mortalitate generala, Banca Mondiala 2011

În perioada 1990–2012, ratele de mortalitate au crescut, având numeroase fluctuații și cunoscând două vârfuri (1995–1997 și 2002–2003). În 2008, valoarea ratei mortalității era de 11,8‰ la nivelul întregii populații, 12,9‰ pentru bărbați și 10,7‰ pentru femei, față de 1990, când pentru întreaga populație, rata mortalității era de 10,6‰, iar pentru bărbați 11,5‰ și pentru femei 9,8‰. (Pop, 2010, 289)

Analizând datele furnizate de Banca Mondială pentru anul 2011, constatăm că România înregistrează o creștere la valoarea de 12‰, față de anul 2009, când conform raportului ECRI realizat în 2009, valoarea înregistrată era de 9,5‰.

În ceea ce privește cauzele de deces, principala cauză este reprezentată de bolile aparatului circulator, de tumori, urmate la distanță de suferința de mare, de bolile aparatului digestiv, a celui respirator și de leziunile traumatice, otrăviri și alte cauze externe. (Pop, 2010, 289)

Mortalitatea maternă este un alt indicator relevant în evaluarea stării de sănătate a populației și România înregistrează valori foarte ridicate în comparație cu statele UE. Mortalitatea maternă este condiționată de factori multipli, dintre care amintim lipsa de educație, ignoranța, iresponsabilitatea și necooperarea gravidelor, precum și erorile din asistența medicală.

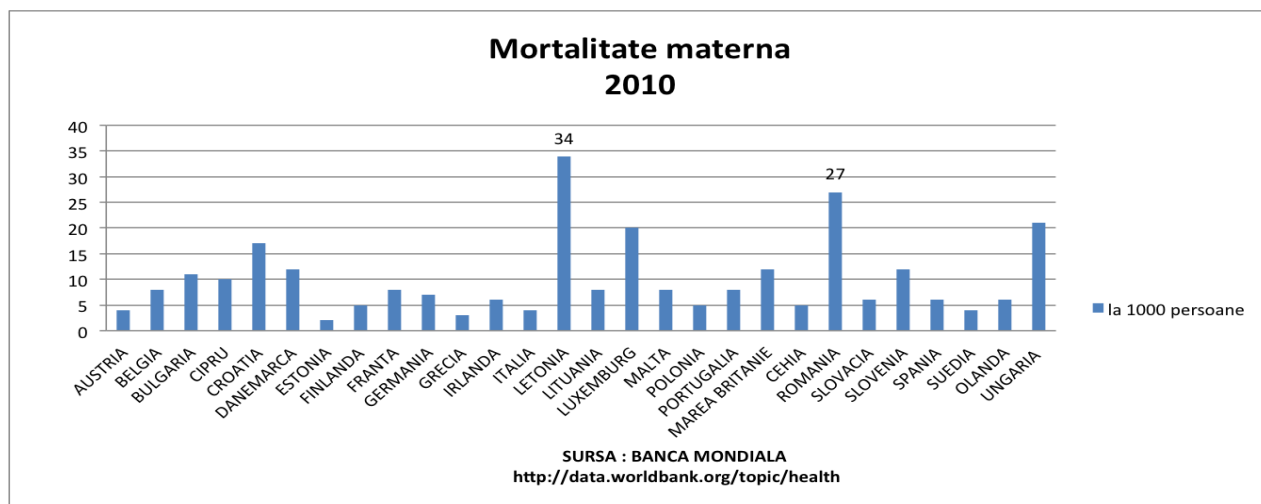


Fig. 4 Mortalitate maternal, Banca Mondiala 2010

Datele prezentate în tabele ne indică faptul că România, în anul 2010, a ocupat locul 2 în topul țărilor membre UE cu mortalitate maternă ridicată (27 ‰). Îmbunătățirea sănătății materne, și în special prevenirea deceselor provocate de sarcină și naștere, reprezintă unul dintre Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului (ODM) pe care România, alături de alte 188 de țări, s-a angajat să le îndeplinească până în 2015. Din păcate, datorită serviciilor precare în domeniul sănătății reproducerii și serviciilor de îngrijire obstetricală pre și post- natală, ținta propusă de a scădea semnificativ rata mortalității materne până în 2015, rămâne doar un deziderat.

Un alt indicator important în evaluarea stării de sănătate a populației îl reprezintă **rata fertilității**. Rata totală de fertilitate oferă o imagine asupra comportamentului reproductiv al populației, respectiv, ne referim la *reproducere lărgită* în viitor care înseamnă că rata totală de fertilitate va fi mai mare decât 2 (ceea ce presupune că o femeie va naște în medie mai mult de doi copii, deci mai mult de o fetiță) și *reproducerea îngustată* când rata fertilitatii este mai mică decât 2.

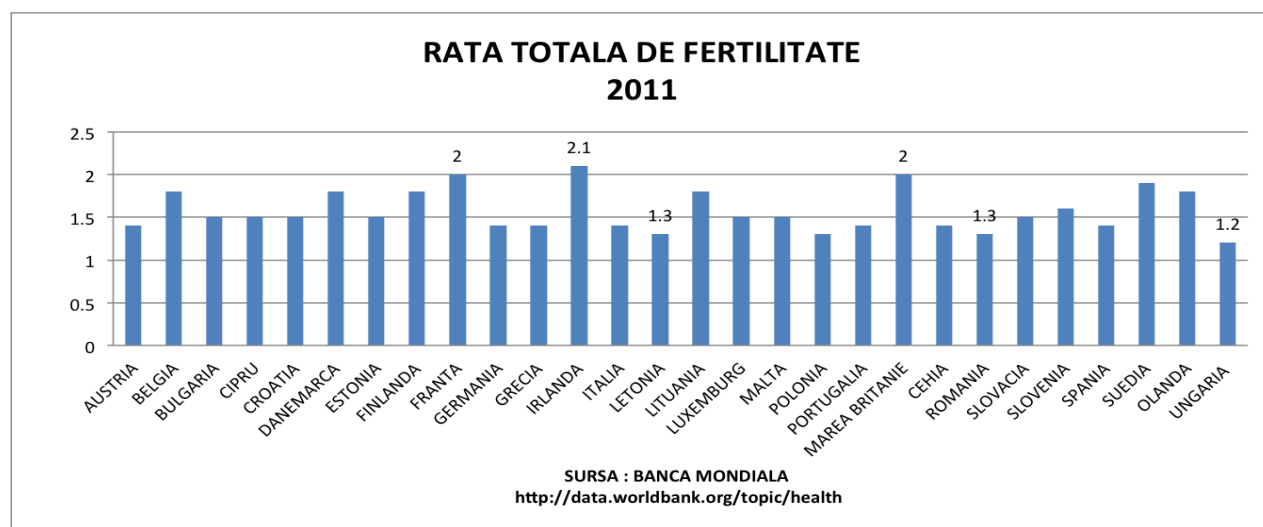


Fig.5 Rata de fertilitate, Banca Mondiala 2011

Analizând graficul de mai sus, constatăm că România înregistrează în anul 2011 o valoare inferioară față de media UE. Între țările cu cea mai mare valoare a ratei fertilității se găsesc în ordine: Irlanda, Franța, Marea Britanie. Cu toate acestea, numai Irlanda are valoarea 2,1 (superioară valorii – limită de 2), de aceea putem concluziona că întreaga Uniune Europeană suferă de fenomenul de îmbătrânire a populației, fiind amenințată de o *reproducere îngustată* în viitor.

Analizând cei 5 indicatori principali menționați de ECHI (Indicatorii de Sănătate în Comunitatea Europeană) ca fiind indicatori principali în procesul de descriere a stării de sănătate a unei populații, constatăm că populația din România se confruntă cu un grad ridicat de insecuritate din punct de vedere al stării de sănătate.

O stare bună de sănătate reprezintă un element esențial pentru calitatea vieții, atât la nivel individual cât și la nivel societal. A avea o stare bună de sănătate înseamnă a avea dimensiune importantă a bunăstării individuale, influențând capacitatea oamenilor de a-și desfășura activitatea și de a-și atinge țelurile și modalitatea în care aceștia își evaluează viața. Statutul socio-economic (nivelul educațional, statutul ocupațional, nivelul veniturilor), genul, vârsta și mediul rezidențial sunt factori care contribuie la evaluarea diferențiată a propriei stări de sănătate. (Pop, 2010, 293)

În România, în contextul creșterii ponderii populației vârstnice asociată cu factorii de risc biologici, de mediu, comportamentali și cu influența condițiilor socio-economice și a serviciilor de sănătate, **modelele de morbiditate și mortalitate** au suferit modificări importante în ultimele decenii, în sensul creșterii prevalenței bolilor cronice și a mortalității. Datele statistice menționează că se păstrează inegalități ridicate între ratele de mortalitate în funcție de gen, mediu de rezidență, regiuni de dezvoltare, județe și grupe de vârstă. Bărbații au rate de mortalitate mai ridicate decât

femeile, precum și mediul rural față de mediul urban. (Pop, 2010, 289)

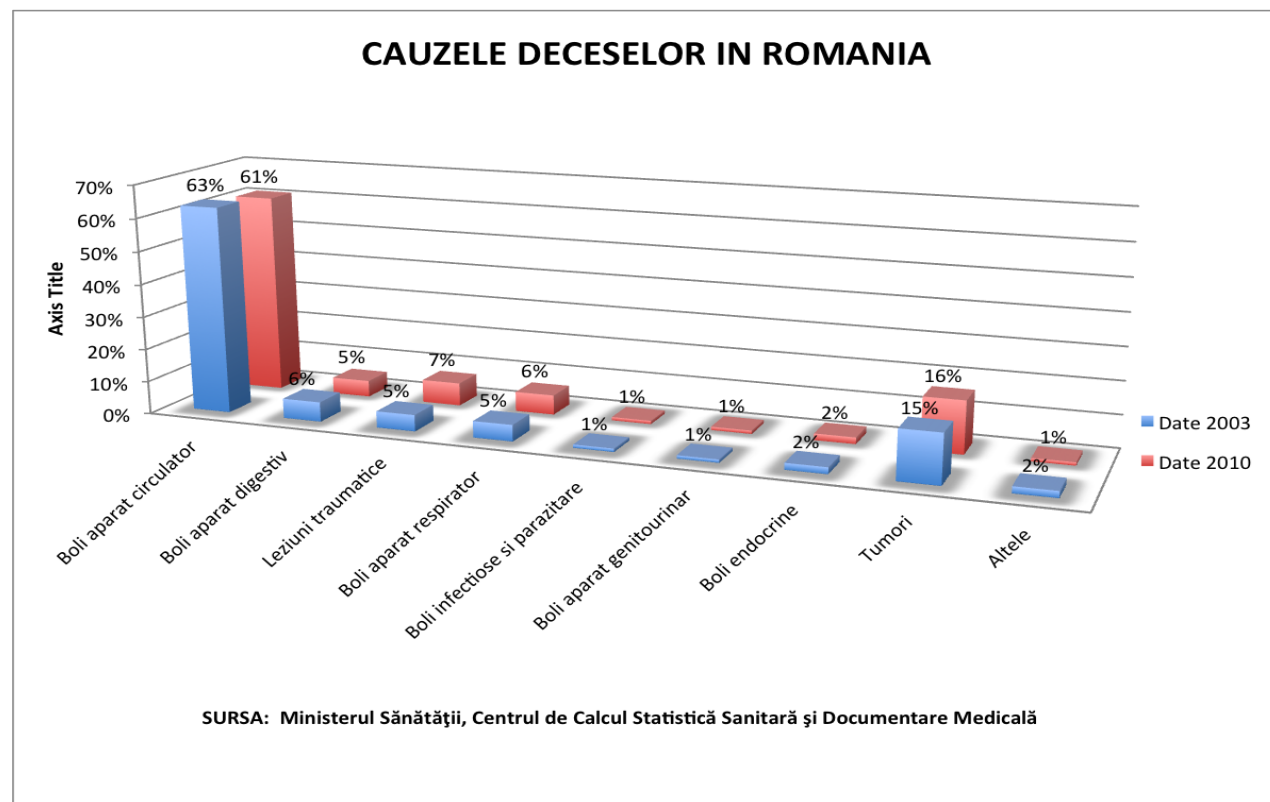


Fig.6 Cauzele deceselor în România, Ministerul Sanatatii, 2012

Bolile cardio și cerebrovasculare, în România, reprezintă principala cauză de mortalitate. Chiar dacă la nivelul anului 2010, se observă o ușoară scădere, în continuare rata standardizată de mortalitate prin aceste boli se situează cu mult deasupra mediei europene, fiind de peste trei ori mai mare decât media statelor membre UE. Din această categorie de boli, cele mai importante pentru România sunt hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică și bolile cerebrovasculare.

Importanța tumorilor (cancer) ca și cauză de deces este în creștere, iar incidența unor tipuri de cancer (bronhopulmonar, colon și rect, sân, prostată) crește paralel cu nivelul de dezvoltare economică. În general, cancerul se asociază cu satutul socio-economic, expunerea la principalii factori de risc fiind mai mare la populațiile cu nivel educativ scăzut. Tumoriile constituie a doua cauză de deces în România, iar principalele cauze sunt cancerul de sân, cancerul de col uterin, cancerul bronhopulmonar, cancerul de colon și rect.

Bolile aparatului respirator reprezintă o altă cauză importantă de deces în România. În structura bolilor aparatului respirator se constată scăderea ponderii deceselor prin boli respiratorii

acute și creșterea deceselor prin boli respiratorii cronice. Cele mai importante cauze de morbiditate și mortalitate prin boli respiratorii cronice sunt considerate BPOC și astmul bronșic, principalii factori de risc incriminați fiind fumatul pe termen lung, fumatul pasiv, poluarea atmosferică, expunerea profesională la diverși iritanți bronșici și istoricul de infecții respiratorii repetate în copilărie.

Conform INSP, mortalitatea prin boli digestive în România a avut o tendință accentuată de creștere până în anul 1997, după care a înregistrat o evoluție cvasiconstantă. Cele mai importante cauze de morbiditate și mortalitate prin boli digestive sunt hepatitele cronice și cirozele, principalii factori de risc fiind hepatitele de etiologie virală, etilismul cronic, unele boli metabolice, diverse substanțe toxice.

În ceea ce privește bolile de metabolism și nutriție, diabetul zaharat reprezintă o problemă de sănătate publică din ce în ce mai importantă, prin prevalența și complicațiile asociate, fiind o cauză majoră de mortalitate prematură, de accidente vasculare cerebrale, boli cardiace, suferințe vasculare periferice, malformații congenitale, de incapacitate pe termen lung și de scădere a calității vieții.

De asemenea, o problemă majoră de sănătate publică o reprezintă creșterea alarmantă atât a prevalenței cât și a incidenței obezității.

În Raportul Comisiei Prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România, realizat în anul 2008, autorii menționează că un copil care s-a născut în România are de 6 ori mai mari șanse de a deceda înaintea primei sale aniversări, în comparație cu un copil născut în aceeași perioadă în Suedia și de aproape 3 ori mai mare decât unul născut în Ungaria.

România are cea mai mare incidență a tuberculozei din UE, iar femeile din România au cea mai mare rată a decesului prin cancerul de col uterin, riscul de deces prin această afecțiune fiind de peste 10 ori mai mare în România decât în țări precum Franța sau Finlanda și de 3-4 ori mai mari decât în Slovacia sau Cehia.

În ceea ce privește evaluarea stării de sănătate, românii sunt printre cetățeni europeni care își evaluează destul de slab starea de sănătate, 53,6% dintre aceștia apreciindu-și starea de sănătate ca fiind „bună și foarte bună”, față de 69,9% dintre cetățenii UE. (Pop, 2010, 294)

Datele prezentate în tabelele de mai sus, scot în evidență situația îngrijorătoare cu care se confruntă populația României din punct de vedere al stării de sănătate. În contextul în care România este în plin proces de implementare a reformei în domeniul sănătății, raportat la

indicatorii ECHI, starea de sănătate a populației s-a degradat ajungând la valori mult peste media europeană. Cauzele care au contribuit la degradarea stării de sănătate sunt multiple și incluse într-un cerc vicios, însă cu siguranță cea mai importantă cauză o reprezintă scăderea standardului de viață al populației.

Studiul “Cartografierea socială a Bucureștiului”, realizat în 2012 de către SNSPA, scoate în evidență faptul că cetățenii români sunt îngrijorați de starea lor de sănătate însă, în același timp, sunt conștienți că nu se îngrijesc de sănătatea lor atât cât ar trebui. În plus, unul din doi români, apelează foarte des la tratamente tradiționale în detrimentul medicine moderne. Lipsa încrederii în personalul medical și sistemul sanitar este o altă problemă menționată în raport.

Starea de sănătate a populației este afectată negativ și de lipsa de acces sau acces redus la serviciile de îngrijire a sănătății, la medicație și programele de educație/prevenție sanitară, dar și de lipsa de acces sau acces redus la condițiile de trai, toate acestea necesare fiind menținerii unei stări de sănătate adecvate. Una dintre problemele majore cu care se confruntă populația este deficitul/lipsa de educație sanitară și planificare familială, incluzând lipsa conștientizării rolului prevenției și al obișnuinței de consult medical. În plus, lipsa asigurărilor medicale, lipsa personalului medical și a cabinetelor medicale, serviciile deficitare, plata informală către medic, neîncrederea pacienților în personalul medical, toți reprezintă factori care afectează starea de sănătate a populației și care completează imaginea problematicei sistemului sanitar din România.

3.5 Date generale despre starea de sănătate a populației de etnie rome.

În ceea ce privește starea de sănătate a populației rome, încă din 1992, sociologii Cătălin Zamfir și Elena Zamfir, în studiul „*Țigani, între ignorare și îngrijorare*”, atrăgeau atenția asupra stării de sănătate precare care cu care se confruntă membrii comunităților de romi supuse riscului de excluziune socială și necesitatea intervenției pentru îmbunătățirea situației acestora.

Pentru a descrie starea de sănătate a populației de etnie romă, trebuie să facem din nou referință la indicatorii generali ECHI care măsoară starea de sănătate a populației (speranță de viață, mortalitatea infantilă, mortalitatea generală, mortalitatea maternă, fertilitate, morbiditate.)

Studiile și cercetările în domeniul sănătății romilor ofera date insuficiente raportate la indicatorii ECHI pentru această categorie de populație și conduc la concluzia generală că starea de sănătate a romilor este apreciată ca fiind “mai rea” decât cea a populației generale.

În raportul „*La periferia societății: Romii și Serviciile publice în România*”, Ina Zoon menționa faptul că starea de sănătate a romilor depinde, ca și în cazul populației majoritare, de

condițiile de locuit, de stilul de viață, de situația socio-economică și de nivelul de educație. La scara națională, demografii sunt de acord că speranța de viață în rândul romilor este mult mai mică decât cea a populației majoritare și că mortalitatea infantilă este mai mare decât rata înregistrată în rândul populației majoritare. Copiii și adulții romi au serioase probleme de sănătate, în rândul copiilor înregistrându-se o rată mai mare de lipsă de vitamine, malnutriție, anemie, disrofie și rahitism decât la cei neromi. (Zoon, 2001,87).

În studiul *“Accesul populației române la serviciile de sănătate”*, realizat în 2004, autorii menționează că majoritatea problemelor de sănătate ale romilor derivă din condițiile precare în care trăiesc un număr semnificativ de etnici romi. Igiena precară a spațiului de locuit precum și supra- aglomerarea locuințelor romilor săraci sunt condiții prielnice pentru dezvoltarea unor maladii. Tuberculoza, în comunitățile marginale în care trăiesc românii, este o boală care afectează un număr mare de persoane și familii. Nu există o statistică cu privire la această situație însă medicii specialiști, afirmă că una din sursele îmbolnăvirii cu TB o constituie însuși bolnavul tuberculos care, după perioada de spitalizare, se întoarce în familie și comunitate și renunță la tratamentul obligatoriu. Astfel, boala recidivează și pune în pericol alți membrii ai comunității.

Problemele cu care se confruntă populația romă din punct de vedere al sănătății sunt în stransă legătură cu stilul de viață și modelele comportamentale considerate de societate deviate. Indiferența față de propria sănătate, lipsa educației sanitare, excluderea formală și non-formală, sunt cauze care determina o stare de sănătate precară în rândul membrilor comunităților cu romi. Problemele de sănătate ale populației de etnie romă nu sunt diferite de cele ale populației majoritare însă, având în vedere factorii ce țin de locuire și igienă precară, apariția unor boli (TBC, Boli ale aparatului digestiv, s.a) au o frecvență mai mare în rândul etnicilor romi. (Căce și Vlădescu, 2004, 7-11)

Un alt material relevant pentru analiza noastră îl constituie raportul *“Evaluarea stării de sănătate și a accesului la asistența medicală în cadrul comunităților cu romi”*, realizat de Pim de Graff în anul 2007. Acest studiu constituie dovada clară că lipsa datelor cu privire la starea de sănătate a populației romă poate să conducă la dezvoltarea unor ipoteze de lucru greșite, bazate doar pe supoziții. Conform acestui studiu, autorii menționează că datele cantitative cu privire la starea de sănătate a populației sunt puține și principala cauză este faptul că în România este interzisă prin lege colectarea de date pe criterii etnice. Astfel, pe baza studiilor analizate, autorii prezintă o serie de boli care au o frecvență mai ridicată în comunitățile cu romi (boli ale aparatului respirator, cardio-vasculare, boli ale aparatului digestiv) dar ale căror valori nu diferă foarte mult

de valorile înregistrate la populația generală și sunt în legătură directă cu statutul socio-economic scăzut al membrilor comunităților cu romi vulnerabile. Ceea ce aduce nou acest studiu este conceptul de “**boli rare**” la care sunt predispuși unii membrii ai comunităților cu romi. Autorii menționează că studiile moleculare epidemiologice demonstrează că *bolile rare* reprezintă cauza comună a handicapurilor de care suferă unii dintre etnicii romi. Neuropatia ereditară motorie și senzitivă dar și sindromul de neuropatie cu cataractă congenitală și dismorfism facial, sunt exemple de boli rare care pot afecta comunitățile endogame de romi. Cercetarea nu oferă foarte multe argumente în acest sens, lasând loc de interpretare. Fără dovezi științifice solide și argumente care să determine o înțelegere a problematicii expuse, autorii menționează că aceste *boli rare* afectează în egală măsură și populația generală. (Pim de Gaff et al, 2007, 62-64) Fără date care să susțină această supoziție este periculos să lansezi o asemenea provocare în contextul în care, asocierea etniei cu boala, contribuie pe deplin la întărirea prejudecăților și stereotipurilor negative față de minoritatea romă.

Lipsa datelor care să ofere o imagine a stării de sănătate a populației de etnie romă a determinat cercetătorii să analizeze starea de sănătate bazată exclusiv pe autopercepția intervievaților. Astfel, două studii recente realizate de asociația Sastipen-Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate (2009) și Romani CRISS – Centrul Romilor pentru Intervenție Socială și Studii (2009) scot în evidență faptul că populația intervievată își apreciază starea de sănătate ca fiind **bună**. Conform Sastipen, 40% din eșantionul total își apreciază starea de sănătate ca fiind **bună și foarte bună**, iar trei persoane din zece o consideră ca fiind **medie** - nici bună nici proastă (30%), sau **prostă și foarte proastă** (31%).

După cum este menționat în cercetarea coordonată de Romani CRISS, **romii percep sănătatea ca pe absența bolii**. Doar simptomele grave sunt considerate cele care pun cu adevărat în pericol viața și desfășurarea cotidiană a activităților. În cadrul Barometrului Incluziunii Romilor (Fundația Soros România, 2007) la întrebarea “*Cât de mulțumit(ă) sunteți de sănătatea dvs.?*”, 55% dintre romi au afirmat că sunt mulțumiți de acest aspect.

În anul 2009, în cercetarea realizată de Romani CRISS, rezultatele indică faptul că opt din zece persoane din populația inclusă în cadrul acestui studiu (**80%**) și-au evaluat pozitiv (**bună și foarte bună**) starea de sănătate, doar **4,6%** declarând o stare de sănătate **prostă și foarte proastă**.

Din datele prezentate se poate trage concluzia că respondenții romi au o viziune mai degrabă optimistă, preferând o auto-evaluare pozitivă a stării lor generale de sănătate. Studii

similare realizate tot în România (UNDP 2002, Cace și Vlădescu 2004) confirmă și ele acest fenomen. Totuși, rezultatele altor cercetări calitative realizate și analiza unor indicatori obiectivi ai stării de sănătate (speranța de viață, mortalitatea infantilă - UNDP 2002) contrazic estimările furnizate de auto-percepție și identifică probleme care limitează accesul romilor la serviciile medicale de calitate (OSI, 2005). Putem constata astfel, că absența lor de la controalele medicale nu face decât să-i plaseze în rândul populației sănătoase, când, de fapt, e posibil ca acești oameni, bolnavi fiind, să nu-și poată permite un control medical tocmai din lipsa accesului la servicii medicale

În ceea ce privește bolile și diagnosticile care au fost confirmate de medici, studiul Sastipen scoate în evidență faptul că jumătate dintre respondenții romi **(48%) afirmă că nu suferă de nici o boală**. Cele mai frecvente afecțiuni acuzate de către respondenții romi sunt bolile și tulburările sistemului cardiovascular (14%), urmate de boli și tulburări ale sistemului respirator (8.7%) și boli și tulburări ale sistemului osos și articular (7.2%). Aproximativ 6% dintre respondenți afirmă că suferă de boli autoimune și reumatice, boli ale sistemului digestiv sau boli ale tractului urinar. (Sastipen, 2009, 34)

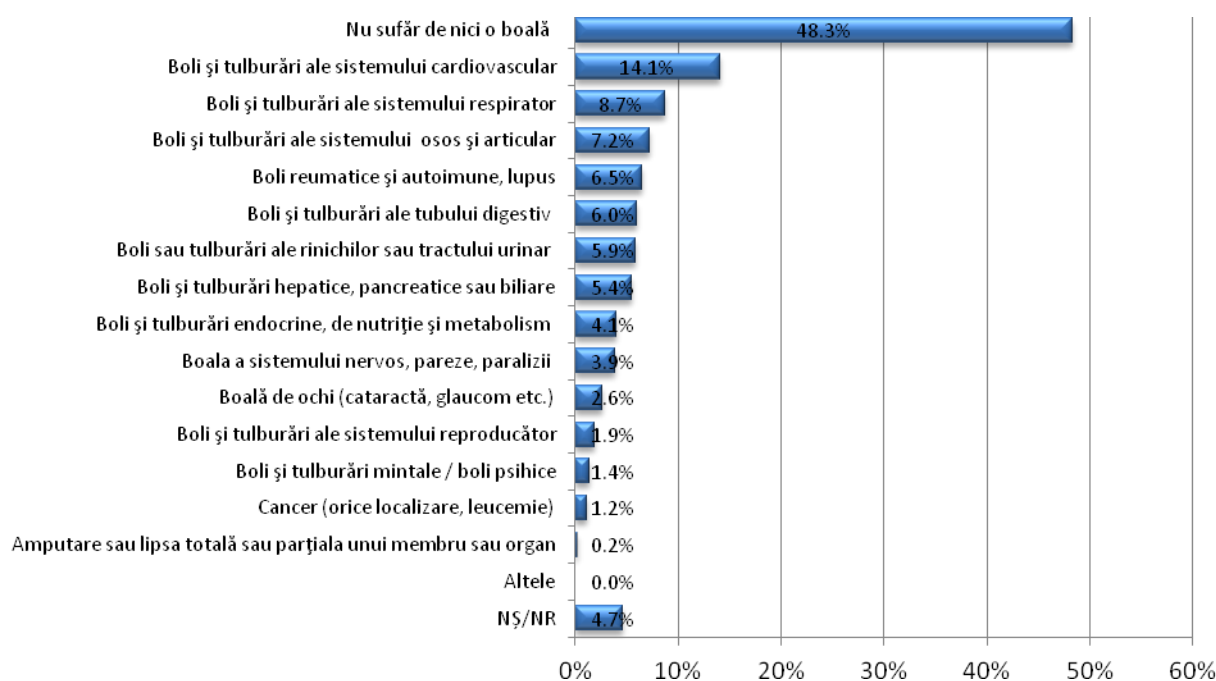


Fig.7 – Boli și diagnostice ale romilor, Sastipen 2009

În ceea ce privește indicatorii ECHI care măsoară starea de sănătate a unei populații, (analizând studiile de specialitate, am identificat valori raportate la situația romilor, bineînțeles cu

o marja de eroare conștientă, care ne oferă o imagine generală asupra sănătății populației de etnie romă, comparativ cu populația majoritară din România.

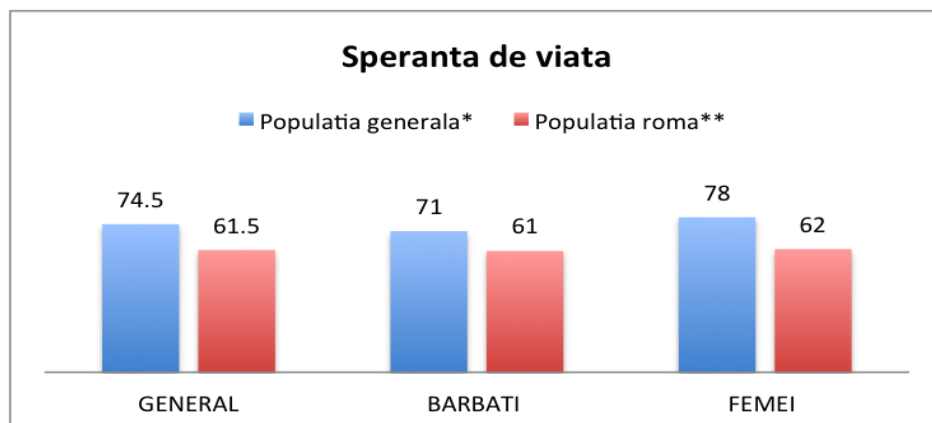


Fig.8 Speranta de viata, * Banca Mondială, 2013 si ** Sastipen, 2012

Studiile și cercetările care analizează populația de etnie romă menționează că speranța de viață în rândul romilor este cu 10 ani mai mică decât a majoritarilor. În anul 2006, Organizația Salvații Copiilor România menționează această valoare într-un raport privind diferite situații ale copiilor romi și mai târziu, în anul 2011, Romani CRISS menționează această valoare într-un material transmis Agenției Naționale pentru Romi.

În anul 2007, Asociația Amare Romentza, citând un studiu realizat de Banca Mondială în 2003, menționează că speranța de viață a romilor este cu 15-20 de ani mai mică decât cea a populației majoritare. Analizând datele menționate în tabelul de mai sus, constatăm că la nivel general, diferența între romi și neromi este de 13 ani (apropiindu-se de valoarea menționată în studiul Amare Romentza), păstrându-se valoarea de 10 ani în cazul bărbaților și înregistrând o valoare critică de 16 ani diferență între femeile rom și cele nerom.

În ceea ce privește situația indicatorilor rata mortalității infantile, rata natalității, rata mortalității generale și rata mortalității materne, menționez că populația romă înregistrează valori foarte ridicate comparativ cu populația generală. Trebuie să subliniem că aceste valori se raportează și la condițiile socio-economice precare cu care se confruntă o mare parte din populația de etnie romă.

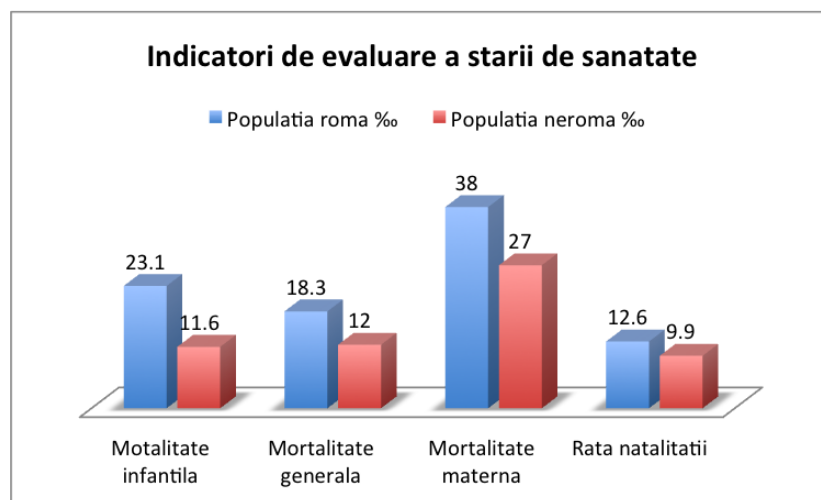


Fig.9 Indicatori de evaluare a stării de sănătate , * Banca Mondială, 2013 si ** Sastipen, 2012

Analizând datele prezentate în graficul de mai sus constatăm că, în ceea ce privește mortalitatea infantile, valoarea înregistrată de populația romă (23,1 ‰) este de două ori mai mare decât cea înregistrată de populația majoritară (11,6‰). Studiul Băncii Mondiale precizează că valorile înregistrate de România în domeniul mortalității infantile înregistrează cea mai mare rată în comparație cu media UE. Făcând o comparație între rata mortalității infantile în rândul romilor din România și media înregistrată la nivel UE, constatăm că datele înregistrate de romi, îngrijorătoare de altfel, depășesc cu mult media europeană, putând concluziona că din punct de vedere al acestui indicator, **copii romi sunt mult mai vulnerabili decât restul populației europene**. Această situație este explicată de specialiști ca un efect al condițiilor socio-economice cu care se confruntă o mare parte dintre membrii populației de etnie romă.

În ceea ce privește mortalitatea generală, datele prezentate în grafic arată o diferență de aproximativ 6,3 ‰ mai mare în rândul populației de etnie romă.

Dacă analizăm datele cu privire la bolile cu care se confruntă romii, constatăm că principalele cauze ale deceselor sunt reprezentate de boli ale aparatului cardiovascular, boli ale aparatului respirator, tumori și boli ale aparatului digestiv, boli care afectează în același timp și populația generală.

Rata mortalității materne este un alt indicator care demonstrează vulnerabilitatea femeilor și condițiile precare cu care multe dintre femeile rome se confruntă.

În graficul care prezintă indicatorii stării de sănătate, valorile înregistrate în rândul romilor sunt cu 8‰ mai mari decât cele înregistrate în rândul populației majoritare. Studiul Băncii Mondiale menționa faptul că România ocupă locul 2 în topul țărilor UE cu mortalitate maternă

ridicată. Analizând în paralel situația mortalității materne în rândul romilor din România, putem concluziona rata mortalității materne înregistrată în rândul populației rome poate concura pentru poziția 1 din topul clasamentului UE.

În ceea ce privește rata natalității, datele înregistrate menționează că populația de etnie romă înregistrează valori mai mari decât populația majoritară, respectiv o diferență de cca 3%. Dacă, din perspectiva natalității, țările UE suferă de fenomenul de îmbătrânire a populației, nu același lucru îl putem spune și despre populația de etnie romă din România care înregistrează o valoare de 12,6‰ în ceea ce privește natalitatea.

Lipsa educației sanitare precum și lipsa informațiilor privind planificare familială și în multe cazuri cultura și tradiția comunității, determină populația de etnie romă să aibă o percepție pozitivă asupra natalității (ideea de avea "un neam mare și sănătos" este o valoare puternic internalizată mai ales la neamurile tradiționale de romi). În plus, un alt factor care influențează natalitatea romilor este religia, studiile demonstrând că în ultimii 10 ani, un procent semnificativ din populația de romi vulnerabilă și-au schimbat opțiunea religioasă, aderând la culte religioase creștine neo-protestante care interzic folosirea metodelor de contracepție sau avorturile.

Analizând cei 5 indicatori principali menționați de ECHI (Indicatorii de Sănătate în Comunitatea Europeană) constatăm că un segment important al populației rome din România se confruntă cu un grad ridicat de vulnerabilitate din punct de vedere al stării de sănătate datorat factorilor socio-economici cu care se confruntă.

Dacă analizăm diferențele dintre romi și neromi, putem concluziona că ambele categorii de populație se confruntă cu un grad ridicat de insecuritate din punct de vedere al stării de sănătate și al accesării serviciilor de sănătate, dar și cu anumite diferențe, uneori îngrijorătoare, datorate stilului de viață și condițiilor socio-economice.

3.6 Factorii determinanți ai stării de sănătate a populației de etnie rome- Accesul romilor la serviciile de sănătate

În ceea ce privește factorii care influențează starea de sănătate a populației de etnie romă, trebuie să menționăm că sărăcia, stilul de viață, șomajul, locuințele necorespunzătoare, nivelul de educație sanitară al populației și factorii ce țin de mediu sunt cei mai importanți.

Sărăcia este unul dintre factorii principali care afectează starea de sănătate a individului. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) consideră că sărăcia este o sursă a marginalizării sociale,

privând individul de drepturile sale fundamentale de a-și satisface nevoile primare, respectiv alimentație și igienă, îngrijire medicală, obținerea de medicamente necesare.

Venitul reprezintă un factor universal în determinarea inegalităților în sănătate, atât la nivel individual, cât și la nivel societal. Între capitalul educațional, starea de sănătate și resursele economice este o stransă legătură. Astfel, *“prezența unei resurse umane bine educate și cu o formă fizică (sănătate) mai bună determină o productivitate ridicată a muncii, o mai bună organizare a activității economice, o producție mai ridicată, venituri superioare. Acestea, la rândul lor permit noi investiții în educație și în sănătate, determinând producerea unei resurse umane mai bine educate și mai sănătoase. Pe de altă parte, indivizii mai sănătoși vor avea posibilități mai mari de a se educa, în timp ce indivizii mai educați vor fi mai capabili și mai dispuși să prevină bolile și să își îngrijească sănătatea”* (Pop, 2010, 277).

Pornind de la această afirmație și analizând studiile de specialitate care fac referire la populația de etnie romă, constatăm că o mare parte din populația de etnie romă este supusă riscului excluziunii sociale și se confruntă cu o lipsă acută de resurse financiare care să le permită accesul la serviciile de sănătate publică, în vederea prevenirii și îngrijirii bolilor. La excluziunea socială a populației de etnie romă contribuie și nivelul de instruire educațională care conduce la excluderea de pe piața forței de muncă și implicit la excluderea din sistemul de sănătate publică bazat pe contribuția beneficiarului la fondul asigurărilor de sănătate.

Raportul privind sărăcia și incluziunea socială în România în anul 2009, realizat de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, relevă că sărăcia absolută afecta circa 8 milioane de cetățeni din populația României, iar 3 milioane de cetățeni se aflau în sărăcie severă. Ratele de sărăcie cele mai ridicate se înregistrează, însă, în rândul comunităților cu romi: în anul 2003 erau săraci circa trei sferturi dintre romi.

Sărăcia și excluziunea socială afectează indicatorii de sănătate ai romilor, care sunt semnificativ mai slabi decât cei ai populației majoritare. Condițiile de viață precare ale romilor supuși riscului de excluziune socială din România duc frecvent la alimentație sărăcăcioasă, la carențe de vitamine, la malnutriție, la anemie, la distonie și rahitism. Aceste condiții afectează romii la o scară disproporțional de mare față de populația majoritară. Așa cum arătam, mortalitatea infantilă este de patru ori mai mare la populația de romi. Datele UNDP indică și faptul că mai mult de 40% din copiii romi din România sunt prost hrăniți și se află la marginea înfometării. (Moisa et al, 2012, 87)

Starea de sănătate a romilor se asociază semnificativ cu bunăstarea gospodăriei. Persoanele de etnie romă care se confruntă cu lipsa unei locuințe sau cu lipsa resurselor financiare care să le permită acoperirea cheltuielilor necesitate de o locuință și a acoperirii strictului necesar zilnic sunt cele care au cele mai grave probleme de sănătate. Lipsa utilităților, lipsa unei camere special amenajate pentru prepararea hranei, lipsa camerei de baie, lipsa aparatelor electrocasnice (frigidere și aragaze) favorizează apariția îmbolnăvirilor în rândul romilor săraci. Toate aceste lipsuri au condus la înrăutățirea stării de sănătate a romilor, studiile demonstrând că în rândul persoanelor care nu realizează venituri apar frecvent carențe alimentare, determinând apariția îmbolnăvirilor.

În studiul *Romii în România*, autorii menționează că în funcție de starea materială a apărut un „grup de risc” format din persoane cu probleme grave de sănătate și cu o situație economică extrem de precară. Veniturile, în cazul acestui grup, acoperă doar strictul necesar zilnic, acești oameni fiind privați des de hrană și locuind în gospodării apreciate de operatorii de teren ca fiind sărace sau foarte sărace. (Zamfir și Preda, 2002, 93) Din punct de vedere al profilului lor lor, persoanele incluse în acest grup de risc au peste 41 de ani, nivel scăzut de educație, trăiesc în mediul rural în locuințe sărace, se află în imposibilitatea de a avea un loc de muncă stabil și singura lor sursă de venit o reprezintă munca de zilier în agricultură..

Un alt factor important care determină starea de sănătate a romilor este mediul în care trăiesc acești indivizi, ne referim aici la mediul geografic și la zonele de periferie pe care au fost nevoiți să le accepte pentru a-ți duce traiul zilnic. În cazul lor, starea de sănătate este afectată mai ales de problema igienei comunitare. Cele mai sărace comunități cu romi s-au format în jurul rampelor de gunoi sau în zone unde sunt înregistrate valori de poluare mai mari decât limita normală (comunitatea din Pata-Rât, comunitate formată în jurul rampei de gunoi a Clujului, comunitatea de la Glina aflată în imediată apropiere a groapei de gunoi de la Glina-Ilfov, comunitatea cu romi de la km 10 din Brăila aflată în imediata apropiere a Combinatului Chimic Braila, s.a). În cazul romilor care locuiesc în aceste zone, problema igienei spațiului de locuit, problema igienei comunitare și a spațiilor comune, lipsa apei potabile, sărăcia și marginalizarea socială sunt factori clari determinanți ai stării lor de sănătate.

Pentru a avea acces la servicii de sănătate publice, în România trebuie să faci dovada calității de asigurat medical, ori realitatea este că un procent însemnat din populația romă nu poate dobândi această calitate. Excluziunea este efectul unui cumul de factori specifici care țin de discriminare, dar și de factori generali legați de organizarea și funcționarea sistemului public de sănătate românesc. Teoretic, având calitatea de asigurat, nu ar trebui să existe bariere în ceea ce

privește accesul la servicii publice de sănătate. În practică, însă, s-a demonstrat faptul că persoane de etnie romă asigurate întâmpină bariere în procesul de accesare a serviciilor de sănătate publică datorită prejudecăților și stereotipurilor personalului medical. *„Unele cadre medicale discriminează pacienții romi în mod direct, refuzând să îi accepte pe listele lor de clienți, ai medicilor de familie sau supunându-i abuzurilor verbale ori unor tratamente degradante. La nivelul anului 1998, 28,1% din respondenții de etnie romă apreciază că romii sunt tratați mai prost atunci când merg la medic în comparație cu alte etnii.”* (Romani CRISS, 2007, 22)

De efectele discriminării suferă cel mai mult femeile și copii romi care accesează mediul spitalicesc, Comportamentele cadrelor medicale din spitale fiind discriminatorii încă de la înregistrarea pacienților și până la plasarea lor în saloanele spitalului. *„Un exemplu al discriminării îl reprezintă segregarea pacienților în unitățile spitalicești pe criterii etnice, un fenomen care a început să ia amploare în România. Din păcate, este foarte greu să identifiți astfel de cazuri și să le supui atenției autorităților competente pentru a fi sancționate. Din discuțiile purtate, în special cu femeile rome, această practică este obișnuită în spitalul de tip maternitate și în secțiile de pediatrie. Luând în considerare aspectele prezentate mai sus, este puțin probabil să putem discuta despre egalitate de șanse în domeniul sănătății în ceea ce-i privește pe romi.”* (Rădulescu, 2012)

Un raport de documentare realizat de organizația Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate – Sastipen în anul 2010, cu privire la accesul romilor la serviciile de sănătate publică, scoate în evidență faptul că stereotipurile și prejudecățile personalului medical joacă un rol important în procesul de îngrijire medicală în relația cu pacienții romi. Discriminarea pacienților pe criterii etnice este o practică în unitățile medicale din România, dovadă fiind creșterea numărului de cazuri de îngrădire a accesului romilor la serviciile de sănătate semnalate Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării. (Moisa et al, 2012, 88).

Conform raportului *Raportul Societății Civile asupra implementării strategiei naționale de integrare a romilor din România și al planului de acțiune al Decenului de Incluziune în România*, realizat în anul 2012, lipsa asigurărilor de sănătate constituie factorul principal care împiedică accesul la serviciile de sănătate.

Lipsa resurselor financiare este principalul motiv pentru care romii nu își plătesc asigurările sociale de sănătate, iar al doilea motiv este lipsa locurilor de muncă. În general, persoanele din România care nu realizează venituri nu sunt „educate” să își plătească personal contribuția la casa de asigurări de sănătate în baza unui contract individual încheiat direct cu CNAS și, oricum, din

lipsa de fonduri nici nu ar face acest lucru, preferând ca puținele venituri pe care le-ar avea să fie cheltuite pentru nevoile alimentare ale familiei

În prezent, lipsa actelor de identitate constituie o problemă minoră care afectează un număr mic de persoane de etnie romă și nu mai constituie o barieră importantă pentru accesarea serviciilor de sănătate, însă în trecut și acesta era un factor important în neaccesarea serviciilor de sănătate. Conform studiului Sastipen, s-a constatat că în comunitățile în care lucrează medicii sanitari sunt întâlnite puține cazuri de persoane romi fără acte de identitate, doar 1,7% romi declarând că nu au certificat de naștere și doar 2,6% dintre ei afirmând că nu au carte de identitate/buletin de identitate. Deși conform fișei de post medicii sanitari nu au ca atribuție rezolvarea cazurilor de acte de identitate lipsă, în rândul populației deservite este de menționat contribuția semnificativă a mediatorelor sanitare în sprijinirea instituțiilor abilitate în rezolvarea acestor spețe. (Sastipen, 2009)

În ceea ce privește plata contribuției la fondul național de sănătate, studiul Sastipen menționează lipsa resurselor financiare ca factor principal pentru care șase din zece respondenți nu plătesc asigurări de sănătate (57%), iar al doilea factor ca frecvență care determină lipsa plății asigurărilor de sănătate este lipsa unui loc de muncă și deci a unui venit, pentru un sfert dintre respondenții studiului (26%).

În procesul de identificare a cauzelor care determină lipsa asigurărilor de sănătate există un cerc vicios care duce la concluzia că realizatorii de politici publice trebuie să abordeze problematica sănătății romilor într-un mod integrat. Aflându-se în lipsa de venituri, este prea puțin probabil ca o persoană, indiferent de etnie, să plătească contribuția obligatorie la fondul național de asigurări de sănătate. În marea majoritate a cazurilor, românii aparținând categoriei de populație defavorizată sunt asigurați medical prin intermediul venitului minim garantat. Conform art. 213, alin. (2), lit. (g) al legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, persoanele care beneficiază de ajutor social în baza legii nr. 416/2000 privind venitul minim garantat sunt scutite de plata contribuției la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, pentru această categorie contravaloarea asigurării de sănătate fiind acoperită din bugetul de stat. Sunt situații când, datorită reglementărilor realizate prin hotărâri ale consiliilor locale, conform principiului autonomiei administrației publice locale sau datorită modificării situației economice a persoanelor beneficiare de venit minim garantat (veniturile obținute depășesc grila de încadrare în legea venitului minim garantat), se pierde calitatea de asistat social dobândită prin

legea nr. 416/2000 și atunci, conform art. 213 al legii nr. 95/2006, se pierde și calitatea de asigurat medical. (Moisa et all, 2012, 94-95)

În raportul realizat de Sastipen în anul 2010 este evidențiat faptul că un rol important în procesul de obținere a calității de asigurat medical îl are și legislația care reglementează plata contribuției la Casa Națională de Sănătate Publică, respectiv Codul Fiscal și prevederile legii nr. 95/2006. Plata retroactivă a contribuției la fondul național de asigurări de sănătate este o barieră formală care afectează accesul romilor la serviciile de sănătate. În baza de date a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, fiecare cetățean figurează cu o situație privind plățile obligatorii la fondul național de asigurări de sănătate pe care acesta le-a făcut. Cei care nu au plătit niciodată contribuția la asigurările de sănătate sunt obligați prin lege să plătească retroactiv contribuții pe 6 luni în urmă raportat la salariul minim pe economie. Persoanele care au beneficiat de programul venitului minim garantat, persoanele care au avut contract de muncă sau un contract individual cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate sunt obligați prin lege să plătească contribuția pentru perioada în care nu au fost asigurați pentru a beneficia în continuare de asigurare de sănătate. Datorită dificultăților materiale, în cele mai multe cazuri persoanele de etnie romă nu pot acoperi costurile asigurărilor sociale de sănătate și nu înțeleg de ce trebuie să plătească retroactiv o contribuție dacă nu au beneficiat de servicii medicale, conform legislației în vigoare.

Din punct de vedere legal, dacă ai act de identitate și faci dovada că platești contribuția la fondul asigurărilor de sănătate, nu ar trebui să întâmpini bariere în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate publică. În practică situația este alta. Sunt multe persoane de etnie romă care fac dovada că sunt asigurați medical însă întâmpină probleme atunci când se adresează serviciilor de sănătate publică. Barierele informale care determină această situație sunt și ele factori determinanți ai stării de sănătate a romilor, vorbim aici de stereotipuri și prejudecăți, de lipsa unei educații privind sănătatea, de plățile informale sau lipsa unităților medicale

Stereotipurile și Prejudecățile afectează starea de sănătate a comunităților de romi. Deși plata asigurărilor de sănătate permite accesul egal la tratament medical al pacienților beneficiari de ajutor social sau a altor grupuri de persoane aflate în nevoie, cu toate acestea mulți pacienți romi nu au acces la îngrijirile de sănătate din cauza **discriminării directe sau indirecte**. Romani CRISS menționează în raportul realizat în 2009 că mediatoarele sanitare semnalează des cazuri în care cadrele medicale discriminează direct pacienții romi refuzând să îi accepte pe listele lor de clienți sau supunându-i abuzurilor verbale sau unor tratamente degradante. În ceea ce privește accesul la serviciile ambulanței, în raportul *Evaluarea impactului programului de mediere sanitară*, Sastipen

menționează că mediatorele sanitare au intervenit în multe situații când operatorii de la centralele de urgență au refuzat să trimită ambulanțe în zone locuite de romi.

- **Segregarea pacienților în unitățile spitalicești** pe criterii etnice. Acest factor este în stransă legătură cu primul factor (stereotipuri și prejudecăți) prezentat mai sus. Segregarea în unitățile spitalicești a devenit o practică în unitățile spitalicești așa cum am mai menționat. În studiul *Analiza de impact a programului de mediere sanitară*, autorii menționează că practica segregării pacienților nu ține direct de etnie ci mai degrabă de statutul social al bolnavului. Însă în ceea ce privește etnia, practica segregării în unitățile spitalicești se regăsește mai ales la secția pediatrie și secția obstetrico-ginecologie.
- **Lipsa educației sanitare.** Majoritatea personalului medical, care are pe listele sale pacienți din rândul etniei romilor, acuză lipsa de igienă personală și indisciplinarea romilor care nu vin la vaccinări atunci când sunt chemați sau nu au răbdarea de a-și aștepta rândul atunci când vin pentru consultație. (Zoon, 2001, 89)
- **Lipsa cabinetelor medicale** (lipsa medicilor de familie) în comunitățile de romi sau în imediata vecinătate a acestora. Majoritatea comunităților cu romi, supuse fenomenului de excluziune socială, este situată la periferia localităților sau chiar în afara acestora, astfel, accesul la cabinetele medicale nu este facil și de multe ori datorită infrastructurii deficitare (pe timp de iarnă drumurile sunt impracticabile) accesul este limitat sau imposibil. (Sastipen, 2009)
- **Plata informală** (“Ciubucurile”). Romii, dar și populația neromă, acuză personalul medical că pretinde “ciubucuri”. Această acuzație vine în special de la populația săracă care acuză calitatea scăzută a actului medical în lipsa “stimulării” personalului medical. Recent, un studiu realizat de Bursa de Reclamă, menționează faptul că, într-un sistem sanitar în care salariul profesionistului este mult sub limita de decență, plata informală a devenit o obisnuință, respondenții studiului afirmând că au oferit atenții medicilor fără să li se ceară acest lucru, considerând normal acest tip de comportament.

Luând în considerare aspectele prezentate mai sus este puțin probabil să putem discuta despre o comunitate sănătoasă din punct de vedere medical în ceea ce-i privește pe romi. Factorii care influențează starea de sănătate sunt în stransă legătură cu accesul la resurse, cu stilul de viață, cu igiena, cu mediul și nivelul de educație al acestora. Sărăcia, ca factor principal care determină starea de sănătate, nu afectează numai segmentul de populație romă ci și alte categorii de persoane aflate în dificultate. Principala critică adusă realizatorilor de politici publice este că, atunci când s-a

început reformarea sistemului sanitar, nu s-a ținut cont de situația gravă a grupurilor de romi sărace și a altor grupuri vulnerabile. Practic, romii și alte categorii de persoane aflate în dificultate, au făcut parte din categoria de sacrificiu. (Radulescu, 2010)

3.7 Sănătatea: Domeniul prioritar în documentele de politici publice pentru romi.

Așa cum menționam în capitolele anterioare, romii alcătuiesc grupurile sociale cele mai vulnerabile, fiind prezenți în număr disproporționat de mare în toate categoriile sociale defavorizate: în rândul celor lipsiți de mijloace materiale, al șomerilor pe termen lung, al lucrătorilor necalificați, al celor fără educație sau cu educație sumară, al celor cu familii numeroase, oameni care nu posedă acte de identitate, fără domiciliu stabil.

Totodată, cum am văzut din capitolele anterioare, indicatorii demografici și indicatorii care evaluează starea de sănătate a populației de etnie romă demonstrează că speranța de viață a romilor este mult mai mică decât cea a populației majoritare și că deteriorarea statutului socio-economic al populației din ultimii ani a condus la o scădere a nivelului de trai, implicit la deteriorarea stării de sănătate.

Documentul principal de politică publică în domeniul incluziunii sociale a romilor este *Strategia Guvernului României de îmbunătățire a situației romilor 2001-2010*, prima inițiativă guvernamentală care abordează comprehensiv problemele minorității romă. Complementar strategiei de îmbunătățire a situației romilor, există și alte politici publice care își propun să contribuie la îmbunătățirea situației romilor din punct de vedere al sănătății, respectiv: Programul Național Antisărăcie și de Promovare a incluziunii sociale, Memorandumul Comun de Incluziune Socială, Deceniul de incluziune a romilor 2005-2015, HG 1221/2011 Strategia Guvernului României de incluziune a cetățenilor aparținând minorității romilor 2012-2020, toate aflate în legătură cu Planul Național de Dezvoltare.

Strategia națională de îmbunătățire a situației romilor 2001-2011

În principalul document de politică publică în domeniul incluziunii sociale a romilor adoptat prin hotărâre de guvern, respectiv HG 430/2001, domeniul **Sănătate** constituie unul dinre domeniile prioritare.

Principalele direcții de acțiune la Capitolul D.- **Sănătate**, din HG 430/2001 sunt:

- Îmbunătățirea accesului romilor la serviciile medicale publice preventive și curative, prin instituționalizarea sistemului de mediatori sanitari, conceperea și implementarea unor programe specifice de profilaxie și tratament

- Formarea de medieri sanitari, asistenți medicali și medici din cadrul comunităților de romi
- Identificarea soluțiilor pentru includerea romilor în sistemul asigurărilor de sănătate, înscrierea la medicul de familie, acordarea medicației compensate etc.
- Conceperea și implementarea unor programe de informare sanitară, consultanță medicală și planning familial pentru femeile din comunitățile de romi, cu accent pe protecția mamei și a copilului
- Campanii de vaccinare în comunitățile de romi prin comisii mixte formate din cadre medicale locale și de la nivelul DSP (Compartimentul epidemiologie boli transmisibile) și din reprezentanți ai comunităților de romi
- Campanii de depistare a TBC, infecțiilor HIV/SIDA, afecțiunilor dermatologice, bolilor cu transmitere sexuală etc.
- Efectuarea unor studii epidemiologice privind starea de sănătate
- Creșterea numărului de cadre medicale provenite din etnici romi, prin alocarea de locuri speciale pentru studenții romi în învățământul medical de stat.

Strategia guvernamentală combină cele două perspective asupra problematicei romilor, a discriminării și a sărăciei. Acest lucru este evident în modul în care sunt definite elementele specifice fiecărei direcții de acțiune și Planului general de măsuri, unde se pot regăsi aspectele legate de combaterea discriminării, a sărăciei și îmbunătățirea stării de sănătate a populației.

Din momentul adoptării Strategiei naționale, responsabilitatea implementării măsurilor menționate la capitolul Sănătate revine Ministerului Sănătății. Agenția Națională pentru Romi, fiind organismul de specialitate al Guvernului României, monitorizează stadiul implementării măsurilor.

Conform **HG 522/2006**, forma actualizată a strategiei de îmbunătățire a situației romilor, domeniile prioritare s-au redus de la 10 domenii la 6 domenii prioritare, respectiv: A) Administrație publică și dezvoltare comunitară, comunicare și participare civică; B) Locuințe; C) Sănătate; D) Justiție și ordine publică; E) Economie, securitate socială; F) Protecția copilului, educație, cultură și culte.

Acțiunile prioritare în domeniul C. Sănătate sunt:

- Creșterea resurselor umane necesare îmbunătățirii accesului romilor la serviciile de sănătate publică

- Creșterea capacității și eficientizarea serviciilor publice de sănătate, astfel încât să fie capabile să furnizeze servicii și tratament egal persoanelor aparținând minorității romilor.
- Asigurarea accesului universal la pachetul minim de servicii medicale prevăzut de lege, inclusiv pentru populația de etnie romă.

În continuare, responsabilitatea implementării măsurilor revine Ministerului Sănătății care, în organigrama sa, a inclus o funcție de consilier personal al ministrului pe problemele romilor și a înființat la nivelul Ministerului o Comisie Mixtă pentru Romi cu rol activ de monitorizare, evaluare și revizuire a măsurilor regăsite în planul național de măsuri.

Memorandumul comun în domeniul incluziunii sociale (JIM) este un document de politici convenit în 2005 de Guvernul României și Comisia Europeană, în contextul metodei deschise de coordonare. Documentul cuprinde coordonatele de politici de promovare a incluziunii sociale pentru sfârșitul perioadei de preaderare și cea postaderare, asumate de România ca parte a atingerii obiectivelor Strategiei Lisabona.

Domeniile de acțiune ale JIM:

1. întărirea capacității instituțiilor guvernamentale;
2. îmbunătățirea condițiilor de viață ale romilor, prin dezvoltarea de oportunități economice și crearea de locuri de muncă salariate;
3. îmbunătățirea accesului la toate nivelurile de educație, completată cu accesul la nivelul educațional minim pentru generațiile tinere;
4. identificarea și atribuirea de teren agricol în mediul rural și de terenuri pentru construcția de locuințe în sistem tradițional sau modern;
5. asigurarea unui acces complet la servicii medicale primare.

Prioritățile de acțiune din domeniul sănătății din JIM cu privire la persoanele de minoritate romă vizează:

- dezvoltarea unui sistem de servicii de asistență socială și medicală, cu accent pe accesul persoanelor de minoritate romă la serviciile medicale primare, la informațiile privind sănătatea reproducerii, precum și pe îngrijirea socială și medicală a copilului și a mamei;
- dezvoltarea unui sistem de mediatori sanitari, ca soluție temporară până la stabilirea legăturii dintre sistemul de asistență și comunitate;

Deceniul de incluziune a romilor

În contextul programului Deceniul de Incluziune a Romilor, fiecare dintre țările participante au dezvoltat planuri naționale de acțiune, cu obiective clar definite și indicatori de succes cuantificabili. Domeniile alese pentru Deceniu sunt: *educația, sănătatea, angajarea în muncă și locuirea*. De asemenea, au mai fost stabilite ca teme care transcend domeniile principale: *sărăcia, discriminarea și problemele de gen*.

Domeniul sănătate are ca priorități:

- asigurarea accesului la servicii de îngrijire a sănătății;
- îmbunătățirea bazelor de date cu privire la starea de sănătate a romilor;
- creșterea includerii romilor în serviciile de sănătate;
- îmbunătățirea sănătății în comunitățile vulnerabile.

Organismul de implementare a Deceniului este Guvernul României, prin Agenția Națională pentru Romi, iar responsabil de implementarea măsurilor este Ministerul Sănătății.

Planul național de dezvoltare

Planul național de dezvoltare 2007–2013 cuprinde la prioritatea 4 incluziunea socială, persoanele de minoritate romă fiind incluse în categoria grupurilor vulnerabile. Planul național de dezvoltare conține o serie de măsuri care să contribuie la îndeplinirea obiectivelor *Strategiei Guvernului pentru îmbunătățirea situației romilor* (2001, revăzută în 2006). În domeniul sănătății sunt prevăzute următoarele măsuri:

- creșterea numărului de profesioniști - mediatori sanitari și formatori din rândul minorității romilor;
- creșterea numărului de parteneriate strategice încheiate între Agenția Națională pentru Romi și structurile sale regionale, ministerele de resort, instituții etc. cu responsabilități în implementarea măsurilor privind incluziunea socială a romilor.

Strategia guvernului României de incluziune a cetățenilor aparținând minorității romilor 2012-2020, HG 1221/2011

Prezenta Strategie reprezintă o continuare a Strategiei Guvernului României de îmbunătățire a situației romilor, adoptată prin Hotărârea Guvernului nr.430/2001, pentru perioada 2001-2010.

Planul de acțiune în domeniul *sănătate* cuprinde măsuri care să contribuie la:

- Atragerea personalului medical în zonele defavorizate din punct de vedere economic (în cazul comunităților importante de romi);

- Alocarea sumelor separate pentru persoanele neasigurate și cazurilor sociale (romii corespund acestui profil);
- Stabilirea programelor naționale de sănătate care să răspundă problemelor de sănătate publică și nevoilor grupurilor vulnerabile;
- Reducerea impactului bolilor și a impactului bolilor cronice în special în cazul grupurilor vulnerabile.

Obiectiv specific: Stimularea măsurilor de promovare a sănătății care să contribuie la creșterea accesului cetățenilor aparținând minorității rome la serviciile de sănătate publică și la creșterea speranței de viață.

În vederea îndeplinirii obiectivului în domeniul **sănătății**, Ministerul Sănătății a identificat următoarele priorități, respectiv *campanii de vaccinare a copiilor nevaccinați din comunitățile de cetățeni români aparținând minorității rome și organizarea de campanii de educație sanitară în domeniul prevenirii TBC în comunitățile locuite de cetățenii români aparținând minorității rome.*

Direcții de acțiune în domeniul **sănătate**:

- Sensibilizarea și informarea membrilor comunităților de romi asupra unor aspecte legate de sănătate: campanii desfășurate în plan local de tip preventiv adresate în special femeilor și copiilor.
- Îmbunătățirea accesului romilor la serviciile medicale publice preventive și curative prin instituționalizarea sistemului de mediatorii sanitari, conceperea și implementarea unor programe specifice de profilaxie și tratament.
- Sprijinirea, în condițiile legislației în vigoare, a tinerilor absolvenți romi, cu studii superioare în domeniul medical, în vederea angajării acestora pe piața muncii, cu precadere în comunitățile cu populație preponderent romă
- Identificarea soluțiilor pentru includerea membrilor minorității rome în sistemul asigurărilor de sănătate, înscrierea la medicul de familie, medicație compensată etc.
- Conceperea și implementarea unor programe de informare sanitară, consultanță medicală și planificare familială, cu accent pe protecția mamei și copilului.
- Campanii de vaccinare în comunitățile de romi prin comisii mixte formate din cadre medicale locale și de la nivelul DSP (Compartimentul Epidemiologie Boli Transmisibile) și reprezentanți ai comunităților de romi.
- Organizarea și implementarea unor campanii de Informare, Educare și Comunicare (IEC) în domeniul prevenirii tuberculozei, HIV/SIDA, bolilor cu transmitere sexuală, hepatitelor

și a altor boli transmisibile, adaptate și încadrate la specificul și sistemul cultural/tradițional al minorității rome urmate de efectuarea unor studii privind starea de sănătate a populației de romi, conform cu campaniile desfășurate de Ministerul Sănătății și partenerii sociali.

- Realizarea unei analize a situației mediatorilor sanitari angajați de autoritățile locale, în conformitate cu strategia de descentralizare a serviciilor de sănătate publică, care să ofere o imagine clară cu privire la statutul mediatorului sanitar în noul context, să permită redefinirea programului de mediere sanitară în contextul descentralizării serviciilor de sănătate publică, actualizarea standardului ocupațional al mediatorilor sanitari, dezvoltarea unui program de monitorizare permanentă și evaluare periodică a implementării programului de mediere sanitară.
- Continuarea formării și angajării mediatorilor sanitari, proveniți din rândul comunităților de romi, care au rolul de a facilita dialogul romilor cu instituțiile și cadrele medicale, de a facilita înscrierea romilor pe listele medicilor de familie etc.
- Evaluarea gradului de acces al romilor la serviciile publice de sănătate atât în mediul urban, cât și în mediul rural.
- Dezvoltarea și implementarea de planuri de acțiune în domeniul sănătății romilor de către Autoritățile locale/județene în parteneriat cu ONG-uri locale/centrale ale romilor, cu suportul tehnic al Ministerului Sănătății și a Agenției Naționale pentru Romi pornind de la principiul abordării integrate a problematicii sănătății romilor.
- Includerea la nivelul Grupului de Lucru interministerial, coordonat de viceprim-ministru, a unui mecanism de consultare și asistență tehnică privind implementarea planurilor de acțiune în domeniul sănătății romilor de către autoritățile locale/județene.
- Implementarea de campanii de informare în rândul femeilor rome despre riscurile asociate mariajelor timpurii, prevenirea și combaterea violenței domestice și a traficului de persoane.
- Înființarea unei unități în Ministerul Sănătății, denumită "Unitate de Asistență Tehnică pentru coordonarea, monitorizarea și evaluarea mediatorilor sanitari".

Documentele de politică publică stau la baza procesului de îmbunătățire a situației romilor din România și constituie pentru autoritățile publice locale și centrale precum și pentru ONG-urile care lucrează în domeniu, bază legală în procesul de aplicare a măsurilor menite să contribuie la incluziunea socială a romilor.

Responsabilitatea principală în vederea implementării, monitorizării și evaluării acestor măsuri este a Ministerului Sănătății cu asistența Agenției Naționale pentru Romi.

Dacă analizăm aceste documente de politici publice și măsuri propuse în domeniul sănătății romilor, constatăm că obiectivele principale fac referire la îmbunătățirea stării de sănătate a romilor. De menționat este faptul că documentele strategice care au în vizor îmbunătățirea stării de sănătate a populației nu conțin și notele de fundamentare/argumentele bazate pe studii și cercetări care constituie punct de plecare în procesul de definire a măsurilor.

Ministrul Sănătății, responsabil în întregime de implementarea măsurilor în domeniul sănătății romilor, nu a realizat nici un raport până în prezent care să prezinte progresele sau regresele înregistrate în procesul de implementare. În plus, ca și în cazul celorlalte domenii prioritate, măsurile nu sunt bugetate și nici nu conțin indicatori cunoscători, realiști, care să poată sprijini cercetătorii în procesul de analiză pragmatică.

Singurele dovezi cu privire la stadiul implementării măsurilor sunt constituite din rapoartele organizațiilor civile ale romilor și neromilor, ale organismelor internaționale care susțin procesul de implementare a strategiei de incluziune a romilor și ale experților independent care au analizat starea de sănătate a populației de etnie romă. La nivel județean, Direcțiile de Sănătate Publică nu au dezvoltat planuri județene în conformitate cu prevederile strategiei. Au făcut parte din Grupul Mixt de Lucru de la nivelul Prefecturilor și au formulat propuneri pentru planul județean de măsuri coordonat de Birourile Județene pentru Romi fără a avea o analiză a situației reale cu care se confruntă românii din punct de vedere al indicatorilor de sănătate.

Din punct de vedere teoretic, documentele și planurile de măsuri care vizează îmbunătățirea situației romilor scot în evidență “gradul de conștientizare” a realizatorilor de politici publice cu privire la necesitatea de a interveni în proces de îmbunătățire a situației sanitare a romilor din România însă, în practică, aceste documente sunt tot la stadiul de discurs public, intervențiile întârziind să apară.

3.8 Rezultate obținute în procesul de implementare a măsurilor din documentele de politici publice pentru romi capitolul Sănătate.

În procesul de realizare și implementare a măsurilor regăsite în documentele de politici publice în domeniul sănătății un rol important l-au avut organizațiile nonguvernamentale ale romilor care în muncă lor au adaptat măsurile regăsite în documentele de politici publice la starea de fapt din comunitățile cu romi. O serie de programe și proiecte adresate membrilor comunităților

cu romi au fost pilotate de către organizațiile neguvernamentale ale romilor și apoi preluate și implementate la nivel național de autoritățile centrale.

Cele mai recente rapoarte care analizează stadiul implementării măsurilor din documentele de politică publică pentru romi respective, *Raportul Societății Civile asupra implementării strategiei naționale de integrare a romilor din România și al planului de acțiune al Decenului în România (2012)* precum și *Incluziunea romilor din România: Politici, Institutii, Experiențe (2012)* scot în evidență faptul că măsurile asumate în strategia de incluziune a romilor, capitolul **sănătate**, sunt încă în stadiul de planificare și că în practică “se face prea puțin în domeniul îmbunătățirii situației sanitare a romilor”. (Giurca et all, 2012, 14)

Studiile în domeniul sănătății romilor nu analizează rezultatele obținute din perspectiva tratării bolilor cu care se confruntă romii, ci analizează măsurile de prevenire a îmbolnăvirilor în comunitățile cu romi dispuse de autoritățile competente. Campanii de conștientizare a populației romă cu privire la prevenirea îmbolnăvirilor (TBC, HIV/SIDA, Infecții cu transmitere sexuală s.a), acțiuni în domeniul sănătății reproducerii (prevenirea sarcinilor nedorite, folosirea mijloacelor contraceptive, s.a), mobilizarea populației de etnie romă la vaccinare, înscrierea romilor pe listele medicilor de familie, toate acestea sunt acțiuni raportate de autoritățile competente fiind însă puse în practică prin intermediul programului de mediere sanitară implementat în comunitățile cu romi.

Trebuie să menționăm faptul că, în urma procesului de documentare am observat că, în domeniul prevenirii îmbolnăvirilor, profilaxiei, Ministerul Sănătății implementează o serie de programe naționale de sănătate publică adresate populației defavorizate din România, printre care se numără și populația romă. Conform machetelor de raportare folosite de Ministerul Sănătății, programele naționale de sănătate publică nu raportează datele specifice pe categorii de populație însă, dacă sunt solicitate date cu privire la acțiunile adresate romilor, DSP Județene raportează aceste date prin intermediul programului de mediere sanitară și nu specific pe program național de sănătate publică. De exemplu, în programul național de control al TBC, în macheta de raportare nu se solicită date despre etnie, în schimb, în machetele de raportare ale mediatorului sanitar, sunt incluse întrebări cu privire la numărul persoanelor depistate cu TBC și numărul de campanii de informare a beneficiarilor cu privire la prevenirea îmbolnăvirilor TBC.

În ceea ce privește progresele înregistrate în domeniul sănătății romilor, programul de mediere sanitară, măsura prioritară în HG 430/2001, pilotat de asociația Centrul Romilor pentru Intervenție Socială și Studii – Romani CRISS și preluat în anul 2002 prin Ordinul 619 de către Ministerul Sănătății Publice, constituie punctul de plecare al studiilor și rapoartelor care analizează

progresului înregistrat de România în domeniul sănătății romilor și este considerat de specialiștii în domeniu o practică pozitivă.

În această parte a tezei, nu o să insist asupra programului de mediere sanitară deoarece voi alocă un capitol special programului de mediere sanitară pentru comunitățile cu romi însă, având în vedere importanța acestui program în beneficiul comunităților cu romi, tebuie să menționez faptul că dacă timp de 12 ani , începând cu anul 2002 Ministerul Sănătății a alocat resursele financiare implementării acestui program comunitar, fără să dezvolte o metodologie clară de implementare, monitorizare și evaluare a programului care să permită asigurarea sustenabilității lui. Din acest motiv, rapoartele și studiile care au analizat programul de mediere sanitară, sancționează această practică a Ministerului Sănătății și propun în continuare relansarea programului în baza unei legislații și metodologii de implementare în acord cu provocările legislative actuale și cu noul context al descentralizării serviciilor de sănătate.

Până în anul 2008, în baza de date a asociațiilor romilor (Romani CRISS și Sastipen) figurau ca fiind active un număr de 788 de mediatore sanitare, însă după anul 2008, odată cu trecerea programului de mediere sanitară în coordonarea autorităților locale, numărul acestora a scăzut treptat, ajungând în anul 2014 sa fie active cca 386 de mediatore sanitare. Principalul motiv care a condus la scăderea numărului mediatorilor sanitare îl constituie faptul că autoritatea locală nu a fost pregătită să preia un program al Ministerului Sănătății fără o metodologie clară de implementare. Transferul a fost efectuat conform Ordonanței de Urgență nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale în cadrul transferului de atribuții și competențe de asistență medicală comunitară. Conform ordonanței nr. 162/2008 se specifică faptul că *„mediatorul sanitar, alături de asistentul medical comunitar, își desfășoară activitatea în cadrul serviciilor publice de asistență socială organizate de autoritățile administrației publice locale sau, după caz, în aparatul de specialitate al primarului având calitatea de personal încadrat cu contract individual de muncă, beneficiind de drepturile și exercitând obligațiile ce decurg din această calitate, contractele de munca fiind încheiate cu autoritatea publică locală pe a cărei rază teritorială își desfășoară activitatea”*.

În ceea ce privește asigurarea finanțării asistenței medicale comunitare, în ordonanța specificată se prevede că pentru executarea atribuțiilor și competențelor de asistență medicală comunitară de către autoritatea locală se vor realiza transferuri de la bugetul de stat către bugetele locale, prin bugetul Ministerului Sănătății Publice. După descentralizare, numărul mediatorilor sanitari a

scăzut, ajungându-se ca în 2014, conform evidențelor Direcțiilor de Sănătate Publică Județene și ale Agenției Naționale pentru Romi, să mai fie active aproximativ 386 de persoane în condițiile în care Ministerul Sănătății a avut bugetate resurse pentru plata salariilor a 420 mediatori sanitari. (Moisa et all, 2012, 98-102)

În ceea ce privește îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate, prin includerea membrilor minorității rome în sistemul asigurărilor de sănătate, în continuare sunt înregistrate probleme în ceea ce privește dobândirea calității de asigurat medical datorată în mare parte de statutul socio-economic al beneficiarului. În studiul *“Evaluarea impactului programului de mediere sanitară din România”* realizat de Sastipen în anul 2011, autorii menționează că prin intermediul mediatorilor sanitari o mare parte dintre beneficiari au dobândit calitatea de asigurat medical prin intermediul legii 416/200, legea venitului minim garantat. Însă, alte “soluții”, cum ar fi modificarea legislației în domeniul asigurărilor de sănătate, prin eliminarea plății retroactive a contribuției la asigurările de sănătate, au rămas la stadiul de deziderat. Un efect nedorit al lipsei de asigurări medicale este menționat în Raportul anual al organizației Sastipen din 2008. Autorii acestui raport menționează că un număr semnificativ de romi nu pot beneficia de acces la serviciile de sănătate publică deoarece nu pot demonstra calitatea de asigurat. Cauzele care duc la această situație sunt: lipsa actelor de identitate, a unor venituri stabile sau a încadrării în limitele legii 416/2001 – legea venitului minim, lipsa unui loc de muncă, imposibilitatea înscrierii la medicul de familie din cauza situației locative informale, ori pentru că nu pot face dovada faptului că sunt asistați sociali. Această situație îi determină pe romi să apeleze la serviciile medicale de urgență, atunci când afecțiunile de care suferă se agravează și le deteriorează grav starea de sănătate. În astfel de situații, costurile cu tratamentul sunt ridicate și, în majoritatea cazurilor, pacienții romi nu și le permit. (Sastipen 2008).

În ceea ce privește accesul romilor la serviciile de sănătate, persistă o constantă nevoie de investiție în formarea continuă a cadrelor sanitare nerome în problematica antidiscriminării și a diferențelor culturale. Activiștii romi din organizații neguvernamentale active în domeniul incluziunii sociale a romilor arată că lipsa acestei investiții se reflectă în calitatea actului medical prestat de personal către beneficiarii romi. (Giurcă et all, 2012, 67)

Un rezultat notabil înregistrat de Ministerul Sănătății, în perioada 2002 – 2008, în procesul de aplicare a măsurilor de îmbunătățire a situației sanitare regăsite în documentele de politici publice îl reprezintă angajarea unui număr de cca 750 de mediatore sanitare, provenite din comunitățile cu romi, ca mijlocitor, cultivator de încredere, între membrii comunităților cu romi

supuse riscului excluziunii sociale și cadrele medico-sanitare.

Un alt rezultat raportat de Ministerul Sănătății îl reprezintă înființarea Comisiei Ministeriale pentru Romi din cadrul MS (CMRMS), un organism coordonat de un secretar de stat din cadrul MSP, cu rol de a monitoriza, evalua și redefini măsurile prevăzute în strategia națională de incluziune socială a romilor, domeniul *sănătate*, care a întrunit o serie de experți atât din Ministerul Sănătății cât și din rândul societății civile cu experiența în domeniul sănătății romilor. Cu privire la activitatea Comisiei din cadrul MS, raportul organizației Sastipen menționează faptul că acest organism nu a funcționat în conformitate cu mandatul asumat. În perioada 2002-2006, membrii CMRMS s-au întâlnit foarte rar și principalele subiecte dezbătute în cadrul întâlnirilor au fost orientate către funcționarea programului de mediere sanitară. În perioada 2007-2009, odată cu schimbarea președintelui CMRMS, întâlnirile au fost organizate trimestrial, însă, începând cu anul 2009, odată cu schimbarea noii conduceri a Ministerului Sănătății, comisia s-a desființat și nici nu s-au mai făcut eforturi pentru reînființarea acestei comisii.

Una dintre concluziile acestei secțiuni din teza de doctorat ne conduce la ideea că, în domeniul sănătății romilor, singura acțiune cu rezultate notabile implementată de Guvernul României este programul de mediere sanitară.

3.9 Principiul egalității de șanse în procesul de îmbunătățire a stării de sănătate a populației rome.

Egalitatea în drepturi este o valoare comună a Uniunii Europene și a României și o condiție esențială pentru realizarea obiectivelor europene și naționale de creștere economică, ocuparea forței de muncă și a coeziunii sociale. Constituția României recunoaște egalitatea în drepturi și dreptul la ocrotirea sănătății tuturor cetățenilor indiferent de etnie, sex, religie, vârstă, orientare sexuală este unul din cele mai importante drepturi (Constituția României, art.16 și art. 34)

Uniunea Europeană promovează drepturile fundamentale, nondiscriminarea și egalitatea de șanse, statele UE trebuind să se alinieze recomandărilor UE punând în practică principiile nondiscriminării și egalității de șanse. În calitate de *Stat Membru*, România s-a angajat să respecte aceste drepturi și să promoveze diversitatea și, în acest sens, a emis o serie de documente oficiale care promovează nondiscriminarea și egalitatea de șanse.

Promovarea egalității șanselor în viața socială constituie o cerință esențială pentru societatea românească, fiind considerată o componentă de bază a preocupării pentru respectarea drepturilor fundamentale ale oamenilor.

Legislația națională garantează drepturile egale ale cetățenilor de a participa la viața economică și socială și de a se bucura de protecție socială în anumite condiții, de a avea acces la educație, la sănătate și la formare. Tot legislația din România sancționează toate formele de discriminare prin intermediul Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării care funcționează în baza Ordonanței 137/2000 republicată, privind sancționarea tuturor formelor de discriminare.

În domeniul sănătății, legislația națională garantează pacientului dreptul de a fi respectat ca ființă umană, fără nici o discriminare și interzice personalului medical să aducă atingere demnității umane a pacienților (Legea 46/2003, art.2). În exercitarea profesiei, personalul medical trebuie să dovedească disponibilitate, corectitudine, devotament și respect față de ființa umană, asigurându-se în același timp de respectarea principiului egalității de șanse menționat atât în legislația națională cât și în documentele programatice din domeniul sănătății publice. (Legea 74/1995, art.3).

Convenția internațională cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (ICESCR) stabilește *“dreptul fiecăruia de a beneficia de cel mai înalt standard posibil de sănătate fizică și psihică”*. Tratatul și Convențiile internaționale cu privire la drepturile omului recunosc *“dreptul la sănătate”* ca fiind unul din fundamentele acestora. Declarația Universală a Drepturilor Omului prevede dreptul fiecărui individ la un nivel de trai corespunzător, inclusiv dreptul la asistență medicală corespunzătoare. Preambulul Constituției Organizației Mondiale a Sănătății consideră posibilitatea de a beneficia de cele mai înalte standarde posibile de sănătate drept *“unul dintre drepturile fundamentale ale fiecărei ființe umane”*. *Convenția internațională asupra eliminării tuturor formelor de discriminare rasială (ICERD)* interzice discriminarea rasială în exercitarea dreptului la sănătate publică și îngrijire medicală. Comitetul pentru drepturile economice, sociale și culturale a stabilit că *“facilitățile, bunurile și serviciile legate de sănătate trebuie să fie disponibile tuturor, în lege și practică, fără discriminări.”*

Medicul de familie este un element fundamental al asistenței medicale din România. Este primul care trebuie solicitat în caz de urgență medicală, care asigură îngrijire medicală și trimite pacienții către specialiști pentru consultații amănunțite. Dreptul medicilor de a refuza înscrierea pacienților pe liste de beneficiari este limitat. Codul de etică profesională îi obligă pe medici să se ocupe în mod egal de toți pacienții, indiferent de naționalitate, religie sau sentimentele personale față de un anumit pacient. (Codul Etic al Medicului, art.46)

La absolvirea instituției de învățământ medical, viitorul medic va depune jurământul, în

conformitate cu formularea modernă a jurământului lui Hippokrates, adoptat de Asociația Medicală Mondială în cadrul Declarației de la Geneva din anul 1975:

"O dată admis printre membrii profesiei de medic: Mă angajez solemn să-mi consacru viața în slujba umanității; Voi păstra profesorilor mei respectul și recunoștința care le sunt datorate; Voi exercita profesiunea cu conștiință și demnitate; Sănătatea pacienților va fi pentru mine obligație sacră; Voi păstra secretele încredințate de pacienți chiar și după decesul acestora; Voi menține prin toate mijloacele onoarea și nobila tradiție a profesiei de medic; Colegii mei vor fi frații mei; Nu voi îngădui să se interpună între datoria mea și pacient considerații de naționalitate, rasă, religie, partid sau stare socială; Voi păstra respectul deplin pentru viața umană de la începuturile sale chiar sub amenințare și nu voi utiliza cunoștințele mele medicale contrar legilor umanității. Fac acest jurământ în mod solemn, liber, pe onoare!"

Medicul care refuză să îngrijească un pacient din motive personale, are obligația de a se asigura că pacientul are acces la alte forme de îngrijire medicală. Motivele personale nu pot fi bazate pe prejudecăți sau rasism. Dreptul la ocrotirea sănătății individului, bazat pe principiul egalității de șanse, este reglementat și prin Legea 95/2006, privind reforma în sănătate, care urmărește asigurarea sănătății populației în cadrul unor comunități sănătoase.

Potrivit studiului „Romii în România”, problemele de sănătate ale populației de etnie romă sunt complexe, dar nu au o determinare etnică ci, mai degrabă, una culturală, dependența de stilul de viață, de situația socio-economică, determinată de nivelul de trai scăzut. Deosebit de importantă în acest context este dezvoltarea unei relații de parteneriat între medic și pacient în care pacientului i se oferă informații clare, sincere și suficiente pentru a putea coopera activ și inteligent la vindecarea sa sau pentru a preîntâmpina apariția anumitor boli. Marele avantaj al unei astfel de relații este că securizează pacientul, îl cointereasează, îl educă pentru a adopta o conduită preventivă și conduce la prevenirea atitudinilor discriminatorii ale personalului medical. (Zamfir și Preda, 2002, 104)

În discursul public, egalitatea de șanse este omniprezentă. Persoanele publice de la nivel central cât și cele de la nivel local promovează în intervențiile lor în mass-media precum și alte medii publice principiul egalității de șanse. Ele, își asumă aplicarea măsurilor care să contribuie la participarea tuturor cetățenilor la viața publică. În realitate, marea majoritate a acestor discursuri sunt fără conținut, sunt doar un clișeu.

Un exemplu care susține această afirmație este Strategia Națională care vizează îmbunătățirea situației romilor. În textul Strategiei Naționale de Îmbunătățire a Situației Romilor,

HG 430/2001, realizată de Guvernul României la capitolul “**principii directoare**”, nu este menționat principiul egalității de șanse, ci doar se face referire la principiul egalității însă în sensul că protecția cetățenilor de etnie romă nu trebuie să afecteze drepturile și libertățile celorlalți cetățeni români.

Conform studiului „*Accesul populației la serviciile publice*”, realizat în anul 2006, în România, cele mai frecvente caracteristici ale persoanelor excluse social, ori cu acces diminuat la serviciile medicale sunt următoarele: dispun de resurse economice reduse, au un plasament rezidențial dezavantajos în raport cu oferta de servicii medicale, un nivel scăzut de educație, au dificultăți în accesarea informațiilor referitoare la oportunitățile de asistență medicală existente, dispun de un statut profesional sau etnic minoritar. Cel mai frecvent între excluși se află familiile neasigurate, cu venituri mici, persoanele care câștigă venituri organizaționale, din ajutorul de somaj sau venitul minim garantat, familii din mediul rural, ori din alte zone ce oferă posibilități reduse de solicitare pe plan local a unor servicii medicale, persoane vârstnice fără venituri sau cu venituri reduse, copii și tineri fără domiciliu stabil. (Cace și Ionescu, 2006, 19)

Conform unui raport de activitate al organizației Sastipen din anul 2009, din punctul de vedere al personalului medical, romii și în special femeile rome, sunt considerați cei mai dificili pacienți deoarece sunt cunoscuți ca fiind cei mai mari consumatori de servicii de urgență. „*Nu au asigurare medicală și nici medic de familie. În cazul acesta, când au nevoie de servicii medicale apelează direct la serviciul de urgență. Acolo primesc consultații și tratament gratuit.*” (Sastipen, 2009,12)

În studiul “*La periferia societății: Romii și serviciile publice în România*” cercetătoarea Ina Zoon scoate în evidență anumite aspecte îngrijorătoare cu care se confruntă romii atunci când se adresează serviciilor de sănătate publică, respectiv: medicii de familie nu acceptă pacienți romi pe listele lor, unitățile spitalicești refuză să trateze pacienții de etnie romă, pacienții romi sunt supuși abuzurilor verbale și tratamentelor degradante, la nivelul primăriilor există practici ilegale care conduc la pierderea calității de asigurat medical prin intermediul legii venitului minim garantat. În cadrul acestui studiu sunt prezentate studii de caz care contrazic teoriile proporționale ale egalității și care conduc la concluzia că în sistemul de sănătate publică nu toți oamenii sunt tratați egal și că nu toți oamenii sunt egali în fața legii. (Zoon, 2001, 87-105)

În studiul “*Evaluarea accesului romilor la serviciile de sănătate publică*” realizat de organizația Sastipen în anul 2008, autorii scot în evidență din mărturiile mediatorilor sanitari

cazuri de încălcare a drepturilor pacienților de către personalul medical, în special în unitățile spitalicești, la serviciul primiri urgențe, la secțiile de obstetrică-ginecologie și la secția de pediatrie.

Deși, în Strategia Națională privind Situația Romilor sunt incluse măsuri care ar trebuie să combată discriminarea și să asigure egalitatea de șanse membrilor comunităților cu romi în diferite domenii cum ar fi: sănătate, educație, locuire, ocupare și, implicit, în procesul de luare a deciziilor, cu toate acestea, la nivel de discurs și documente de politică publică, situația este mai mult decât nesatisfăcătoare, în realitate romii și mai ales femeile rome, se confruntă cu un serios fenomen de discriminare în procesul de accesare a serviciilor. Lipsa unui cadru legislativ complet și coerent referitor la statutul minorității naționale, deficiențele în aplicarea legislației existente la nivel național și mai ales local, slaba reprezentare a femeilor rome în viața publică, stereotipurile negative referitoare la minoritatea romilor ale opiniei publice, mai ales promovate de mass-media, lipsa promovării identității și diversității culturale, sunt câteva motive care contribuie în mare parte la excluderea socială a romilor și, implicit, la discriminare.

În studiul „*Evaluarea accesului romilor la serviciile de sănătate*”, autorii evidențiau faptul că femeile rome întâmpină foarte multe bariere atunci când se adresează serviciilor de sănătate. Portul tradițional, prejudecățile medicilor față de acest grup minoritar precum și lipsa asigurărilor de sănătate conduc la dezvoltarea unei atitudini discriminatorii din partea personalului medical. Această afirmație este întărită și în studiul „*Analiza de impact a programului de mediere sanitară*” realizat de Sastipen și Institutul Național de Sănătate Publică. Mediatoarele sanitare intervievate au menționat faptul că se confruntă permanent cu cazuri de discriminare semnalate în special de femeile rome tradiționale.

Organizațiile neguvernamentale semnalează frecvent Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării cazuri de îngrădire a accesului romilor la diferite servicii, printre care și serviciile de sănătate. În perioada 2009-2013, organizația Sastipen a instrumentat trei cazuri de discriminare pe care le-a înaintat Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării și care pot contribui la înțelegerea practicii unora dintre cadrele medicale care interacționează cu populația romă.

Cazurile prezentate mai jos sunt rezultatul unei documentări a materialelor puse la dispoziție de către coordonatorul programului de drepturile omului din cadrul organizației Sastipen.

Cazul nr.1

O primă situație o vizează pe doamna L.L., o femeie de etnie romă, însărcinată în luna a doua. Potrivit declarației acesteia, în perioada 28 august - 1 septembrie 2009, s-a deplasat în repetate rânduri la Secția Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Târgu Neamț pentru a beneficia de consult de specialitate, având în vedere faptul că se simțea rău. În data de 28 august 2009, aceasta s-a prezentat la medicul DDN, fiind consultată de către acesta și trimisă acasă, precizându-i-se că nu are nimic, respectiv că *“așa sunteți voi Țiganii!”*.

Deoarece în perioada 28 – 30 august 2009 s-a simțit rău, în data de 31 august, în jurul orei 11.00, L.L. s-a prezentat din nou la Secția Obstetrică-Ginecologie din cadrul Spitalului Târgu Neamț. Înaintea sa, în cabinetul medicului, se afla o alta pacientă, aparținând majorității, care era consultată. După terminarea acestei consultații, L.L. s-a adresat medicului, spunându-i că nu se simte bine, însă medicul a refuzat să o consulte, precizându-i următoarele: *“Astăzi nu vorbesc cu nimeni”*.

Intenționând să plece spre casă, victima a observat la intrarea în cabinet mai multe paciente de altă etnie decât romă, care așteptau să fie consultate și care, potrivit declarației acesteia, au intrat în cabinetul medicului DDN, fiind consultate. Seara, în jurul orei 21.00, victima alături de soțul și mama sa, s-a deplasat din nou la Secția Obstetrică-Ginecologie din cadrul Spitalului Târgu Neamț, unde se afla de serviciu același medic, dl. DDN. Când le-a observat, acesta a afirmat următoarele: *“Plecați acasă! Să nu vă mai prind pe aici!”*. La insistențele victimei și ale mamei acesteia, medicul a trimis o asistentă care i-a făcut o injecție. Victima declară faptul că injecția i-a fost făcută fără a fi așezată în prealabil, ci din poziția “în picioare”, în timp ce se află lângă un calorifer.

În data de 1 septembrie 2009, în jurul orei 10.00, L.L. s-a prezentat la un cabinet particular din orașul Târgu Neamț, pentru a i se face o ecografie, cu scopul de a vedea care este motivul pentru care se simte rău. Rezultatul ecografiei a scos în evidență existența unei sarcini intrauterine cu observația că aceasta este “oprită în evoluție”. Având în vedere rezultatul ecografiei, cât și recomandarea medicului care a efectuat-o, de a fi supusă unui consult ginecologic, L.L. s-a deplasat alături de soțul său la Secția Obstetrică-Ginecologie din cadrul Spitalului Târgu Neamț, unde era de serviciu dl. dr. DDN. La insistențele soțului de a fi consultată, medicul a afirmat faptul că este posibil ca soțul să fie obosit, iar L.L. nu are nimic. Văzând reacția medicului DDN, cei doi s-au îndreptat spre cabinetul unde anterior fusese făcută ecografia, pentru a solicita un sfat din partea medicului ecograf. Acesta a trimis-o pe L.L. la camera de gardă a Spitalului Târgu Neamț,

unde a fost primită și i s-a administrat o perfuzie. După terminarea perfuziei s-au îndreptat din nou spre Secția Obstetrică-Ginecologie a spitalului, însă în curtea acestuia se afla medicul DDN, care terminase programul de serviciu și care a afirmat către soțul victimei următoarele: *“Mă rogi să te ajut, însă socrul tău (tatăl victimei – n.a.) mă amenința că sună la București să mă reclame!”*.

În data de 2 septembrie 2009, în jurul orei 12.30, având în vedere că se simțea rău, L.L., însoțită de mama și mătușa sa, precum și de către un membru al Sastipen, s-a deplasat la Spitalul Târgu Neamț pentru a fi consultată de către medicul ginecolog. După ce a așteptat aproximativ 10 minute la intrarea în cabinet, când a văzut-o, medicul DDN a afirmat următoarele: *“Ce ai? Nu ai nimic! Plecați acasă că pun mâna pe par!”*. Ulterior, când a aflat despre existența delegației Sastipen, medicul a consultat-o și i-a eliberat o rețetă însă, potrivit declarației victimei, a precizat către asistentele medicale, următoarele: *“Să nu mai primiți țigănci! Să le bateți cu mătura de când le vedeți pe scări!”*.

Cazul 2

Cea de-a doua situație de îngrădire a accesului femeilor române la serviciile de sănătate oferite de Secția Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Orășenesc Târgu Neamț o vizează pe d-na L.I.. Potrivit declarației acesteia, în cursul lunii mai 2009, fiind însărcinată în patru luni și jumătate și simțindu-se rău, s-a deplasat alături de soțul său la secția de spital menționată, unde era de serviciu medicul DDN. În prima fază a vorbit cu medicul căruia i-a spus că se simte foarte rău, acesta trimițând o asistentă medicală pentru efectuarea unui consult. După efectuarea consultului, asistentă medicală i-a precizat L.I. că ar trebui să stea internată deoarece exista riscul să piardă sarcina. Asistentă s-a deplasat în cabinetul medicului pentru a discuta despre posibilitatea internării, însă medicul a refuzat acest lucru, spunându-i asistentei să îi scrie o rețetă. Ulterior medicul s-a adresat soțului L.I. spunându-i: *“La mine să nu mai vii că m-am săturat de țigani!”*. De asemenea, a afirmat către asistentă medicală următoarele: *“Dacă mai vin țiganii aici să știți că nu mai rămâneți nici voi...!”*. După ce a urmat o perioadă de două săptămâni tratamentul prescris de medic, văzând că se simte în continuare rău, L.I. a mers la Secția Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Târgu Neamț, unde era de serviciu medicul DDN. La insistențele victimei și ale soțului acesteia, medicul a internat-o pentru o perioadă de șase zile. În perioada cât a fost internată, conform declarației din dosar, victima nu a fost consultată, astfel că la vizitele zilnice ale medicului în salon, acesta nu se deplasa până la patul său (situat în spatele salonului), ci se interesa de starea de sănătate a L.I. de la celelalte paciente internate (situate în partea din față a salonului). De asemenea, aceasta declară că în perioada cât a fost internată i s-a administrat ampicilină

injecabilă, iar când preciza medicului că nu se simte bine, acesta îi replica: *“Ti-am băgat destul tratament! Numai voi țiganii spuneți că nu este bine!”*. În ziua externării, după efectuarea unei ecografii, medicul DDN i-a spus L.I. următoarele: *“Nu mai ai ce căuta la mine, iar dacă mai vii scot pistolul și te împusc!”*.

Cazul 3

O ultimă situație de îngrădire a accesului femeilor rome la serviciile oferite de Secția Obstetrică-Ginecologie din cadrul Spitalului Târgu Neamț este cea a doamnei L.M. care, potrivit declarației acesteia, în luna iulie 2009 s-a deplasat la unitatea spitalicească menționată, în vederea efectuării unui control ginecologic, având în vedere faptul că se simțea rău. În curtea spitalului aceasta s-a întâlnit cu medicul DDN, căruia i-a vorbit despre motivul vizitei sale la spital, însă acesta i-a replicat: *“Te duci unde știi! La mine nu ai ce căuta că eu m-am săturat de atâtea țigănci. Dacă mai intri în spita, scot pistolul și te împusc!”*. Ulterior acestui incident L.M. a apelat doar la serviciile unui cabinet medical particular din orașul Târgu Neamț.

Intervenția

În septembrie 2009, Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate – Sastipen, a transmis Direcției de Sănătate Publică Neamț o scrisoare, prin intermediul căreia a adus la cunoștință instituției cele trei situații de “îngrădire a accesului femeilor rome, din comunitățile locale Târgu Neamț și Vânători Neamț, la serviciile de sănătate publică oferite de Secția Obstetrică Ginecologie - Spitalul Orășenesc Târgu Neamț”. S-a solicitat astfel precizarea unui punct de vedere oficial, din partea Direcției de Sănătate Publică Neamț, cu privire la aspectele semnalate, precum și efectuarea unei anchete administrative la Spitalul Orășenesc Târgu Neamț, care să aibă ca obiect clarificarea aspectelor ce țin de starea de fapt a fiecărui caz semnalat și tragerea la răspundere a celor vinovați de crearea situațiilor documentate.

Scrisori similare, prin intermediul cărora s-au solicitat puncte de vedere oficiale și demararea unei anchete administrative la Spitalul Orășenesc Târgu Neamț, au fost transmise în atenția managerului spitalului cât și Ministerului Sănătății.

În data de 23 septembrie 2009, Sastipen a înaintat două plângeri la Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării, având ca obiect aplicarea unui tratament discriminatoriu, prin lezarea dreptului la demnitate personală și îngrădirea accesului doamnelor L I și L L, la serviciile oferite de Secția Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Orășenesc Târgu Neamț, pe baza criteriului apartenenței acestora la etnia romă.

Nu s-a putut realiza o plângere și în al treilea caz deoarece probatoriu strâns de echipa Sastipen nu avea suficiente dovezi care să demonstreze cazul de discriminare. În plus, de frica repercursiunilor de la nivel local, victima și-a retras plângerea.

Considerații privind soluționarea cazurilor

Pe parcursul realizării anchetelor, medicul în cauză a încercat prin diverse metode să își demonstreze nevinovăția în cele două cazuri de discriminare. S-au folosit metode de intimidare, hărțuire a victimilor, mediere și încercare de a soluționa pe cale pașnică cele două situații cu speranța că se va renunța la acuzații.

De exemplu, pentru a-și demonstra nevinovăția, medicul a solicitat uneia dintre victimele aflate în spital datorită situației grave în care se afla (se internase în spital pentru naștere), să dea o declarație că nu este adevărat ceea ce a declarat Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării și apoi să primească îngrijire medicală. Astfel, două declarații luate în cadrul spitalului și scrise de asistentele medicale, angajate ale Secției de Obstetrică Ginecologie – Spitalul Orășenesc Târgu Neamț au fost depuse la dosar, însă medicul nu a luat în calcul faptul că victima nu știa să scrie și să citească. Deși victima nu știa să scrie și să citească, la scrierea declarației nu a fost prezentă nicio persoană apropiată acesteia (care știe să scrie și să citească, cum ar fi liderul comunității locale), respectiv nici un membru al familiei sale care să-i dea victimei un sentiment de încredere, ci doar cele două asistente care erau în subordinea medicului.

Plângerea adresată de Sastipen în data de 23 septembrie 2010 la Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării, privind petenta LL, a făcut obiectul dosarului 383/2009. În data de 7 iulie 2010, prin Hotărârea Colegiului Director al CNCD, nr. 149, s-au decis următoarele :

« a. *Aspectele sesizate privind modul în care partea reclamată (DDN – n.n.) s-a adresat petentei LL, având în vedere originea sa etnică, intră sub incidența prevederilor art. 2 alin. 5 din Ordonanța de Guvern nr. 137/2000, privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată;*

b. *Sanționarea părții reclamate DDN cu avertisment... ».*

Al doilea caz, care a făcut obiectul dosarului nr. 382/2009, privind petenta LL, a fost soluționat de către Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării în data de 11.05.2011, prin Hotărârea nr. 180. Potrivit Hotărârii “*Aspectele sesizate....intră sub incidența prevederilor art. 2 alin. 5 din OG 137/2000, privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată*”. De asemenea, s-a dispus sancționarea părții reclamate cu avertisment.

Chiar dacă au existat două hotărâri ale CNCD în cazul medicului DDN, Colegiul Medicilor Neamț a refuzat să îl sancționeze pe acesta din motive lesne de înțeles. Acesta era membru marcant al Colegiului Medicilor Neamț și, în același timp, deținea o funcție de consilier local ales în Consiliul Local al orașului Târgu Neamț. Notorietatea locală a medicului primează în raport cu notorietatea locală a membrilor comunităților cu romi care „.....ne-au făcut localitatea de răs la București...”, conform declarației primarului orașului Târgu Neamț.

Membrii echipei Sastipen, responsabili de gestionarea acestor situații, menționează că la nivel național sunt foarte multe cazuri asemănătoare și foarte greu de probat, deoarece romii se tem de notorietatea locală a medicului și preferă să nu semnaleze cazurile. Experții în domeniul drepturilor omului fac eforturi mari pentru a demonstra discriminarea în cazurile de acest fel întâlnite în sistemul sanitar în cazul romilor. Hărțuirea și intimidarea sunt practici frecvent întâlnite în cazurile romilor care îndrăznesc să semnaleze cazuri de discriminare la CNCD. Teama de a fi stigmatizați și opresați fac ca romii să treacă cu vederea astfel de practici. În plus, legislația în domeniul discriminării nu oferă o protecție victimelor astfel încât acestea să nu abandoneze pe parcursul procesului.

Femeile rome se confruntă cu cel mai grav nivel de discriminare atunci când se adresează serviciilor de ginecologie și serviciilor de pediatrie. Saloane speciale pentru femeile rome în maternități și în secțiile de pediatrie, tratament degradant, cuvinte grele adresate femeilor rome, fac parte din tratamentul zilnic la care sunt supuse pacientele rome, în contextul în care la nivel de discurs politic, România este țara care promovează egalitatea de șanse, nondiscriminarea și se aliniază reglementărilor europene în materie.

Datorită situației precare în care se află, femeile rome constituie o categorie defavorizată și au nevoie de mult sprijin pentru a depăși situația în care se află. Cauzele care conduc la această situație sunt: existența unui sistem patriarhal și a unor norme comunitare care nu permit femeilor rome dezvoltarea, precum și imaginea negativă promovată de către mass-media referitoare la femeile de etnie romă.

Pentru a depăși această situație este nevoie de promovarea constantă și sistematică a participării în mod echitabil a femeilor rome atât în viața publică, cât și în viața privată pornind de la principiile egalității de șanse, egalității de gen și nondiscriminării.

Cap. 4– Intervenții și programe de sănătate adresate populației rome.

4.1 Intervenții în domeniul sănătății romilor

Îmbunătățirea stării de sănătate a populației de etnie romă constituie un obiectiv major în documentele de politici publice asumate de România. Atât planul de măsuri din strategia națională de incluziune socială a populației de etnie romă cât și planul de măsuri din Decada de Incluziune a Romilor, precum și celelalte documente programatice adresate romilor, conțin măsuri specifice, profilactice, care își propun să contribuie pe termen mediu și lung la îmbunătățirea stării de sănătate a populației rome.

În lipsa unor date specifice care să măsoare indicatorii stării de sănătate a populației și în contextul în care România se pregătea să devină stat European, la recomandările instituțiilor europene în perioada 2000-2006, autoritățile române au implementat o serie de acțiuni în domeniul sănătății menite să contribuie la ameliorarea stării de sănătate a populației de romi, supuse riscului excluziunii sociale.

Un alt element important care a contribuit major la implementarea acestor măsuri specifice adresate populației rome în domeniul sănătății l-a reprezentat implicarea unor organizații internaționale cu expertiză în domeniul sănătății, gestionare de fonduri nerambursabile, parteneri ale Ministerului Sănătății, precum și implicarea activă a organizațiilor finanțatoare care, în programele de finanțare nerambursabilă, au inclus susținerea financiară a unor intervenții specifice adresate îmbunătățirii stării de sănătate a populației de etnie romă.

“Programul Phare 2002 - Sprijin pentru strategia de îmbunătățire a situației romilor”

Programul *Sprijin pentru strategia națională de îmbunătățire a situației romilor* a confirmat preocuparea constantă a Comisiei Europene pentru îmbunătățirea situației romilor în România, fiind un sprijin direct în îndeplinirea criteriilor politice de aderare. Programul este o continuare firească a altor două programe de finanțare în domeniu (Phare RO9803.01.010 – Fondul de Parteneriat pentru Romi și Phare RO 0004.02.02 – Fondul pentru Îmbunătățirea Situației Romilor) și s-a bucurat de un interes sporit din partea instituțiilor publice și partenerilor/asociațiilor acestora.

Programul *Sprijin pentru strategia națională de îmbunătățire a situației romilor*, Componenta de Granturi (Phare RO2002/000-586.01.02), a avut ca obiectiv general întărirea și facilitarea participării active a comunităților de romi în viața economică, socială, educațională, culturală și politică a societății românești și de a îmbunătăți accesul la servicii de sănătate.

Conform ghidului solicitantului, aplicanții eligibili în cadrul schemei de granturi au fost instituțiile publice - consilii locale și județene, instituții ale prefectului, primării, direcții de sănătate publică, agenții de ocupare și formare profesională, școli, spitale, etc. A fost însă obligatoriu parteneriatul la nivelul comunităților locale între autoritățile publice și un grup de inițiative ale romilor în vederea susținerii participării active a comunităților de romi la proiectele care le sunt adresate. Modelul ales a fost cel oferit de Legea 129/1998, respectiv de creare a unor grupuri de inițiativă la nivel local care să reprezinte comunitatea de romi în ansamblul ei și nu doar un grup minoritar din cadrul acelei comunități. S-a încercat astfel facilitarea creării în cadrul proiectelor a unor parteneriate solide între instituții publice și grupuri comunitare de inițiativă ale romilor și asigurarea participării reprezentanților romilor în toate fazele de pregătire, implementare și evaluare ale proiectului.

În domeniul *Sănătate*, obiectivele specifice ale componentei au fost: stimularea dezvoltării de abordări comprehensive pentru îmbunătățirea stării de sănătate a romilor, cu accent pe participarea activă a membrilor comunităților de romi; asumarea responsabilității de către administrația publică pentru îmbunătățirea situației romilor și pentru dezvoltarea de parteneriate durabile și echitabile între comunitățile de romi și instituțiile administrației publice de la nivel local și județean; promovarea unor proiecte complexe de dezvoltare comunitară în domeniul sănătății pentru comunitățile de romi ce vor putea fi folosite ca practici pozitive și implementarea acestora la o scară mai largă. Proiectele trebuiau să abordeze într-o manieră integrată problemele cu care se confruntau comunitățile de romi în domeniul sănătății și să cuprindă un pachet de măsuri care să asigure accesul la servicii de sănătate prin activități de conștientizare, mediere, asistență medicală pentru membrii comunităților de romi. (CRCR, 2005,8)

Principalele activități urmărite în schema de finanțare pentru domeniul sănătate au fost:

- Cursuri de pregătire pentru mediatorii sanitari, în concordanță cu metodologia aprobată de Ministerul Sănătății;
- Campanii de promovare a sănătății și igienei, direcționate către comunitățile de romi prin intermediul mass-media,
- informații privind necesitatea înscrierii la medicul de familie și accesul la asigurarea de sănătate non-contributivă etc.;
- Campanii de înregistrare a membrilor comunităților de romi la medicul de familie;
- Înființarea de facilități medicale/puncte medicale în comunități izolate în acord cu cerințele Ministerului Sănătății și Familiei. Activitatea de reabilitare a dispensarelor medicale

frecventate de membri ai comunităților de romi a fost luată în considerare, dar nu ca activitate principală în cadrul unui proiect.

Conform analizei realizate de CRCR Cluj cele 17 proiecte au abordat activitățile din ghidul soliciatului după cum urmează: 8 proiecte și-au propus realizarea unor cabinete medicale, formate de mediatorii sanitari și campanii de promovare a sănătății; 5 proiecte s-au concentrat pe amenajarea de cabinete medicale/puncte sanitare și campanii de sănătate; un proiect a avut în vedere implementarea unei campanii de promovare a sănătății și igienei; 3 proiecte s-au axat pe formarea de mediatorii sanitari și implementarea prin intermediul acestora a unor campanii de sănătate; un proiect pe formare de mediatorii sanitari, implementarea unei campanii de sănătate și amenajarea unei băi publice.

Unul dintre rezultatele notabile din cadrul acestei scheme de finanțare este reprezentat de formarea mediatorilor sanitari romi care, după finalizarea proiectelor au devenit activi în sistemul de sănătate publică în conformitate cu Ordinul 619/2002, fiind preluați de către DSP Județene. Instruirea mediatorilor sanitari a fost realizată de către Romani CRISS (singurul furnizor de servicii de formare recunoscut de Ministerul Sănătății prin Ordinul 619/2002) și de către Direcțiile de Sănătate Publică Județene prin intermediul Departamentului Promovarea Sănătății.

În ceea ce privește implementarea campaniilor de sănătate în comunitățile cu romi, raportul realizat de CRCR menționează faptul că în marea lor majoritate, acțiunile au răspuns nevoilor de instruire ale membrilor comunităților cu romi, însă au fost și critici adresate coordonatorilor de proiect, care au considerat lipsită de importanță această componentă ce ar fi trebuit să constituie calea de acces a persoanelor romi, beneficiare a respectivelor proiecte, la serviciile de sănătate oferite de punctele medicale sau dispensarele amenajate. Autorii menționează că un factor care a contribuit la obținerea de rezultate slabe în procesul de implementare a campaniilor de sănătate îl reprezintă lipsa experienței de coordonare a personalului desemnat de autoritățile locale și focalizarea proiectelor pe realizarea elementelor de infrastructură, de realizare a punctelor sanitare. *“Acordarea importanței cuvenite campaniilor de promovare a sănătății, de informare a populației, sunt aspecte importante ale vieții și în special ale educației pentru sănătate. Din păcate, există încă credința că o campanie înseamnă doar împărțirea de pliante și fluturași, lipirea unor afișe în locuri aglomerate și eventual organizarea unui moment artistic”.* (CRCR,2005,16)

Totuși, un exemplu de succes din punct de vedere al implementării campaniilor de promovare a sănătății a fost proiectul Primăriei Comunei Chiojdeni (Vrancea) (*Minte sănătoasă în*

corp sănătos), unde s-au desfășurat mai multe campanii de informare având diverse teme: îngrijirea nou-născutului și igiena lăuzei, planning-ul familial, bolile cu transmitere sexuală și alte boli transmisibile (gripa, varicela, variola, rujeola, oreonul, dezinteria, hepatita, viermii intestinali), alimentația corectă și igiena alimentației copiilor, îngrijirea persoanei vârstnice în comunitate, îngrijirea persoanei imobilizate în comunitate, acordarea primului ajutor, drepturi financiare și materiale, asistența socială a populației romi etc. Un alt exemplu de campanie pentru sănătate a fost campania desfășurată în cadrul proiectului de la Primăria Comunei Mălureni (*Sănătatea înainte de toate*), proiect care a abordat campaniile de informare sub forma unor cursuri care au avut un deosebit succes și o rată mare de participare a membrilor comunității de romi. (CRCR, 2005, 17)

Componenta reabilitarea cabinetelor/punctelor medicale a constituit o provocare pentru implementatorii proiectelor. În marea majoritate a cazurilor, după terminarea lucrărilor de reabilitare, acestea nu au funcționat, pe de o parte, datorită lipsei autorizațiilor emise de autoritățile competente și pe de altă parte, datorită lipsei personalului de specialitate. Raportul CRCR menționează faptul că *“în cea ce privește cabinetele medicale nou înființate au fost întâmpinate probleme în acreditarea acestora. Unul dintre criteriile de acreditare îl reprezintă existența pe lista medicului a unui număr de minimum 500 de persoane plătitoare sau scutite de plată la asigurările de sănătate. În comunitățile de romi acest criteriu a fost dificil de îndeplinit, dar în funcție de deschiderea și flexibilitatea DSP-urilor locale au fost sau nu rezolvate aceste probleme”*. (CRCR, 2005,17)

În ceea ce privește sustenabilitatea acțiunilor implementate în cadrul schemei de finanțare Phare 2002, domeniul **Sănătate**, o inițiativă care a continuat și după terminarea finanțării este proiectul *“Baie socială pentru Romi”* implementat de Serviciul Public de Asistență Socială Cugir, jud. Alba. În cadrul proiectului, implementatorii au transformat o centrală termică dezafectată într-o baie socială la care aveau acces gratuit toți membrii comunității. În prezent, sub directa coordonare a SPAS Cugir, în acest spațiu funcționează baia socială și un centru de informare și consiliere pentru romi care gestionează componenta de asistență medicală comunitară.

Principala critică adusă acestei scheme de finanțare o reprezintă lipsa viziunii sustenabile a proiectelor. Cadrul legal din acea perioadă a permis angajarea mediatoarelor sanitare în cadrul Direcțiilor de Sănătate Publică Județene însă nu toate persoanele instruite au beneficiat de această măsură. Conform Ordinului 619/2002, un mediator sanitar trebuie să lucreze cu un grup țintă format din 500-750 de persoane. Au existat cazuri în care au fost formate mai multe persoane care

au activat într-o singură comunitate cu romi. Pe parcursul implementării proiectelor, aceste persoane au beneficiat de stimulente financiare însă după finalizarea proiectelor doar o parte au fost preluate de către DSP Județene, creându-se în o situație de frustrare în rândul celor neangajate.

Încă de la înființare, punctele sanitare/cabinetele medicale reabilite și dotate cu aparatură medicală au înregistrat probleme în ceea ce privește funcționarea, fie datorită lipsei autorizațiilor de funcționare fie datorită lipsei personalului medical. La finalul proiectelor, autoritățile locale au dat spațiile în folosința medicilor de familie care au livrat servicii populației generale din localitate conform contractului cadrul semnat cu casa națională de asigurări de sănătate. În analiza acestor proiecte nu am găsit date cu privire la numărul beneficiarilor romi care au primit servicii medicale în cadrul acestor puncte sanitare/cabinete medicale dezvoltate în programul de finanțare Phare 2002.

În ceea ce privește rezultatele obținute în cadrul acestui program de finanțare, responsabilii de gestionarea schemei de granturi menționează în raport că *“toate proiectele au inclus activități de construire sau de realbilitare a punctelor sanitare sau a cabinetelor medicale, precum și dotarea acestora cu echipamente medicale necesare activităților curente. Implementarea proiectelor din domeniul sănătății a decurs relativ fără dificultăți majore, iar obiectivele asumate au fost, în marea lor majoritate, atinse. Nici unul dintre proiectele din domeniu nu a fost închis pe parcursul implementării.* (CRCR, 2005,16)

Totuși, având în vedere sustenabilitatea acestor proiecte, se pune întrebarea care sunt indicatorii care au contribuit la atingerea obiectivelor schemei de finanțare, domeniul **Sănătate**, și care au fost beneficiile de care s-au bucurat membrii comunităților cu romi în contextul în care cabinetele medicale amenajate și dotate cu echipamente medicale decontate în programul Phare 2002, au fost date în folosința medicilor de familie care livrează servicii populației în funcție de statutul de asigurat medical al indivizilor?

„Inițiativă pentru sănătatea familiei în România”.

În perioada în care România se afla în plin proces de aderare, unul dintre donorii strategici pentru România, care a investit în programe de sănătate, inclusiv în domeniul sănătății romilor, a fost USAID (Programul american de asistență pentru dezvoltare în România). Una dintre inițiativele finanțate de USAID în domeniul sănătății romilor a fost gestionată de organizația JSI Research & Training Institute România care, în perioada 2005-2008, a implementat programul „Inițiativă pentru sănătatea familiei în România”.

Acest program și-a propus să crească accesul la serviciile pentru sănătatea reproducerii, în special pentru femeile din mediul rural și grupurile cu nevoi speciale, precum și creșterea utilizării acestor servicii și integrarea lor la nivelul comunității. Prin intermediul acestui program, mediatorii sanitari romi, activi la nivel național au fost instruiți să organizeze sesiuni de educație în grup în domeniul sănătății reproducerii și să încurajeze participarea femeilor rome la consultații medicale livrate de medici specialiști în domeniul sănătății reproducerii. Prin intermediul acestui program, mediatoarele sanitare rome au beneficiat atât de instruire în domeniul sănătății reproducerii cât și asistența tehnică în procesul de implementare a sesiunilor de educație în grup. Principalele rezultate atinse în cadrul acestui proiect sunt: dezvoltarea unei curricule de training pentru mediatorii sanitari în domeniul sănătății reproducerii, instruirea unui număr de 177 mediatoare sanitare active în peste 200 de comunități cu romi, dezvoltarea unui manual de diversitate culturală adresat profsioniștilor în domeniul sănătății (medici și asistente), organizarea unui număr de 6800 de sesiuni de educație în grup, peste 260 de medici participanți la sesiunile de diversitate culturală organizate în program.

Raportul final nu ne prezintă date cu privire la numărul de beneficiari care au primit asistență din partea medicilor specialiști în domeniul sănătății reproducerii însă în studiul *“Evaluarea programului de mediere sanitară”* realizat de JSI în 2006, autorii menționează că *“acest subiect delicat, este abordat cu foarte mare atenție de către mediatorii sanitari care cunosc foarte bine specificul comunităților în care activează”* și că prin includerea mediatorilor sanitari în programul de instruire în domeniul sănătății reproducerii, populația saracă de etnie romă va avea mai ușor acces la metodele de planificare familială. (Farcașanu și Daramuș, 2006, 23)

Intervenția JSI în procesul de instruire al mediatoarelor sanitare rome a fost aspru criticată în raportul *“Evaluarea programului de mediere sanitară inițiat de Romani CRISS în parteneriat cu CCFD Paris”* realizat în anul 2005 de către antropologul Maria Maillat. Autoarea studiului menționează că unele informații regăsite în materialele distribuite mediatoarelor sanitare nu sunt corecte și pot influența negativ rata natalității în comunitățile cu romi. În plus, având la bază documentarea realizată în teren precum și interviurile realizate cu femeile rome care au beneficiat de instruire din partea mediatoarelor sanitare, Maillat menționează că *“Mediatoarea sanitară nu trebuie să înlocuiască medicul specialist de planificare familială. Rolul acesteia este să se asigure că femeile rome care aleg o metodă de contracepție trebuie să beneficieze de consiliere oferită de un specialist în domeniul PF”* (Maillat, 2005, 19). În urma criticilor adresate de Maria Maillat și alți activiști romi, responsabili de implementarea programului au decis că *“Manualul pentru*

Sănătatea Familiei și a Comunității” realizat în proiect să nu mai fie distribuit mediatoarelor sanitare ca suport în procesul de instruire al femeilor romie participante la sesiunile de educație.

În ceea ce privește sustenabilitatea programului general, imediat după retragerea USAID ca principal finanțator al programului de sănătatea reproducerii, Ministrul Sănătății a continuat programul în domeniul sănătății reproducerii, însă raportat la resursele disponibile și la indicatorii din programele naționale de sănătate publică. În ceea ce privește sustenabilitatea acțiunii în comunitățile cu romi, în conformitate cu fișa de post a mediatorului sanitar, această acțiune a continuat până în anul 2008, monitorizată de DSP Județene.

“Prevenirea și controlul TBC în comunitățile cu romi”

Problematica TBC în comunitățile cu romi a apărut pe agenda publică odată cu apariția studiului realizat de Mercury Research în anul 2004 care arată că numai 60% dintre romii chestionați au zis vreodată de tuberculoză și, dintre aceștia, doar 34% știau că TB-ul este o boală de plămâni. Jumătate dintre romii intervievați nu știau că tuberculoza este o boală care se transmite, iar 43% dintre ei nu știau că este o afecțiune care se vindecă. Potrivit aceluiași studiu, la nivelul anului 2004, incidența TBC în comunitățile cu romi era de 5 ori mai mare decât la populația generală. În plus, la nivelul anului 2004, conform Organizației Mondiale a Sănătății, incidența TBC în România înregistra valori mari în comparație cu alte țări situând România pe locul 3 din 52 de țări ale Regiunii Europa, iar ca incidență pe locul 42 din 211 țări din întreaga lume.

Un alt donor important pentru România în această problemă a fost Fondul Global de Luptă Împotriva HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei, un organism financiar internațional care s-a bazat pe un parteneriat strategic între instituții guvernamentale, societate civilă, sectorul privat și comunitățile afectate de cele trei epidemii: HIV/SIDA, Tuberculoză și Malarie. România a aplicat pentru finanțarea Fondului Global în cadrul Rundei a 2-a de finanțare în anul 2003 și în cadrul Rundei a 6-a de Finanțare în anul 2006. Cererile de finanțare depuse de România prin intermediul Comitetului Național de Coordonare a Programelor Finanțate de Fondul Global au fost realizate prin contribuția organizațiilor aparținând sectorului non-guvernamental cât și a instituțiilor guvernamentale responsabile cu implementarea strategiilor naționale din domeniul HIV/SIDA și Tuberculoză. Populația vulnerabilă de etnie romă a constituit un grup țintă important mai ales în intervențiile programului de prevenire și control al tuberculozei.

Cu sprijinul financiar al Fondului Global, organizația Romani CRISS-Centrul Romilor pentru Intervenție Socială și Studii a implementat în perioada 2005-2006 un program adresat

prevenirii și controlului tuberculozei în comunitățile cu romi. Proiectul a avut trei componente, respectiv: realizarea unui studiu privind incidența TBC în 35 localități din județele Calarași, Galați, Tulcea, Giurgiu și Municipiul București, formarea de mediatori sanitari care să implementeze sesiuni de educație în grup în domeniul prevenirii TBC și care să devină persoane de încredere ale personalului medical în procesul de implementare a strategiei DOT (aplicarea tratamentului sub stricta observație) și implementarea unei campanii de conștientizare a populației cu privire la riscurile asociate îmbolnăvirii TBC.

Conform studiului realizat de Romani CRISS în anul 2005, incidența tuberculozei în comunitățile cu romi studiate este mai mică decât în rândul majoritarilor, respectiv din totalul de 116 persoane identificate, doar 43 erau de etnie romă, situație care contrazice studiul realizat de Mercury Research în anul 2004. Cercetătorii Romani CRISS menționează că, în comparație cu majoritarii, romii intervievați nu dețineau suficiente informații privind modalitatea de prevenire, transmitere și tratament al bolii. (Romani CRISS, 2005, 68-70)

În urma realizării acestei cercetări, cu sprijinul mediatorilor sanitari formați în proiect, a fost implementată o campanie de educație pentru sănătate în cele 35 de localități incluse în proiect, în domeniul prevenirii și controlului TB. Metodele de implementare a campaniei de informare au fost diverse. Conform raportului organizației Romani CRISS, în procesul de implementare a campaniei s-au folosit mai multe metode de instruire, toate bazate și încadrate în sistemul cultural tradițional al comunităților în care s-a implementat proiectul. S-au organizat sesiuni de educație în grup, discuții individuale cu beneficiarii, metoda “din ușa în ușa”, workshopuri unde au fost invitați să participe medici pneumologi.

Un rezultat notabil în cadrul acestui proiect a fost faptul că, în baza strategiei DOT, s-a întărit rolul mediatorei sanitare în procesul de cultivare a încrederii în comunitatea cu romi. În ceea ce privește sustenabilitatea, un rezultat notabil a fost faptul că la finalul proiectului toate mediatoarele sanitare au fost angajate de Ministerul Sănătății și, conform fișei de post, au continuat activitatea inițiată în cadrul proiectului.

În procesul de prevenire și control al TBC în comunitățile cu romi s-a implicat și organizația Doctors of the World (DOW) care, împreună cu Programul Național de Prevenire a Tuberculozei, Agenția Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională (USAID) și Ministerul Sănătății din România a implementat în perioada 2004-2006, proiectul “*Îmbunătățirea stării de sănătate a romilor din România: Promovarea sănătății și dezvoltarea capacității de advocacy*”, care a avut ca scop îmbunătățirea ratei de vindecare a bolnavilor de TBC din cadrul grupurilor

predispuse. Proiectul a fost implementat în București și în județul Neamț și a presupus instruirea unui număr de 40 de educatori de sănătate (bărbați și femei) pentru a organiza sesiuni de instruire la nivel comunitar cu privire la prevenirea și controlul TBC în comunitățile cu romi. Ca metodologie de implementare, DOW a avut două direcții, respectiv: implementarea unei campanii de advocacy pentru a implica autoritățile sanitare în procesul de educare a membrilor comunității cu privire la importanța prevenirii TBC și relizarea de materiale video care au fost prezentate membrilor comunităților cu romi de către educatorii de sănătate. La finalul proiectului, în baza experienței acumulate, echipa DOW a realizat un instrument de lucru util lucrătorilor comunitari și medicilor care își propun să organizeze și să livreze sesiuni de educație în grup în domeniul prevenirii TBC. Sustenabilitatea acțiunilor DOW s-a realizat prin angajarea educatorilor sanitari (femei) în poziția de mediatorii sanitari prin programul Ministerului Sănătății și materialele dezvoltate în cadrul proiectului au fost înaintate Ministerului Sănătății și Direcțiilor de Sănătate Publică pentru a fi folosite în campaniile adresate membrilor comunităților cu romi.

Aceste inițiative în domeniul prevenirii și controlului TB în comunitățile cu romi implementate de societatea civilă s-au concentrat pe instruirea unor persoane resursă din comunitățile cu romi, în special mediatore sanitare, pentru a asigura accesul la informație al celor interesați. În ceea ce privește intervenția în tratarea bolnavilor TB, atât raportul Romani CRISS cât și raportul DOW nu aduce dovezi care să contribuie la argumentarea necesității identificării de soluții optime pentru intervenția în comunitățile cu romi.

Principalul responsabil în procesul de tratament și control al îmbolnăvirilor TB este Programul Național de Control al Tuberulozei al Ministerului Sănătății, coordonat din punct de vedere tehnic de Institutul Național de Pneumologie Marius Nasta. Conform normelor metodologice de implementare a programului, populația romă beneficiază în egală măsură cu restul populației de intervenții în domeniul prevenirii și tratamentului acestei boli. Mediatorul sanitar rom este menționat în acest program ca persoana resursă care sprijină personalul medical în procesul de depistare activă a bolnavilor TB și în procesul de instruire a populației romă cu privire la importanța prevenirii îmbolnăvirilor.

4.2 Programul de asistență medicală comunitară pentru comunitățile dezavantajate.

Asistența medicală comunitară se adresează în mod esențial grupurilor vulnerabile din punct de vedere economic și social, cu scopul de a le facilita accesul la anumite servicii de sănătate la care au dreptul din punct de vedere legal, dar de care nu ajung să beneficieze, datorită unor

bariere. Asistența medicală comunitară (AMC) are un rol important în asigurarea dreptului fundamental la sănătate și contribuie pe termen mediu și lung la diminuarea diferențelor în starea de sănătate în plan local și regional (principiu fundamental al UE) - prin protecția grupurilor vulnerabile - și la atingerea unui nivel de sănătate mai bun, conform prevederilor Art. 152 al Tratatului UE. Totodată, conceptul vizează și creșterea interesului și a responsabilității persoanelor vulnerabile față de propria sănătate și față de accesarea drepturilor cetățenești în relație cu sănătatea, precum și conștientizarea populației generale în legătură cu nevoile unor grupuri vulnerabile.

Programul de Asistență Medicală Comunitară a fost inițiat în perioada 2002-2004 de către Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului „Alfred Russescu”(IOMC), în cadrul Programului Național pentru Sănătatea Mamei, Copilului și Familiei (PN3) al Ministerului Sănătății, cu scopul declarat de creștere a accesului populației, în special a populației sărace și neasigurate din mediul rural, la serviciile de sănătate de bază. Programul și-a propus să modifice atitudinea și comportamentul categoriilor sociale defavorizate în sensul responsabilizării față de propria stare de sănătate și, nu în ultimul rând, sensibilizarea și creșterea implicării comunității față de nevoile populației marginalizate.

Programul de asistență medicală comunitară a apărut în România ca urmare a efectelor reformei serviciilor de sănătate care după 1989 a produs anumite transformări în special la nivelul asistenței medicale primare. În prezent, instituția medicului de familie oferă servicii medicale preventive și curative populației înscrise, lăsând o categorie de populație, cea neasigurată, neacoperită cu servicii medicale minimale.

În prezent, asistența medicală comunitară este definită prin *OUG nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale, cu modificările și completările ulterioare*, ca domeniu transferat de la Ministerul Sănătății în responsabilitatea exclusivă a autorităților publice locale. Conform actului normativ sus-menționat, Art. 4, alin (1) și (2), asistența medicală comunitară cuprinde *”ansamblul de activități și servicii de sănătate care se acordă în sistem integrat cu serviciile sociale la nivelul comunității, pentru soluționarea problemelor medico-sociale ale individului, în vederea menținerii acestuia în propriul mediu de viață. Asistența medicală comunitară presupune un ansamblu integrat de programe și servicii de sănătate centrate pe nevoile individuale ale omului sănătos și bolnav, precum și pe nevoile comunității, acordate în sistem integrat cu serviciile sociale”*.

Potrivit art 4, OUG 162/2008, obiectivele generale ale asistenței medicale comunitare sunt: implicarea comunității în identificarea problemelor medico-sociale ale acesteia; definirea și caracterizarea problemelor medico-sociale ale comunității; dezvoltarea programelor de intervenție, privind asistența medicală comunitară, adaptate nevoilor comunității; monitorizarea și evaluarea serviciilor și activităților de asistență medicală comunitară; asigurarea eficacității acțiunilor și a eficienței utilizării resurselor.

Beneficiarii direcți al activității AMC sunt persoanele vulnerabile – prin grupa de vârstă căreia îi aparține (copil, vîrstnic), prin condiția medicală (gravidă, pacient cronic sau aflat în faze terminale) sau prin situația socio-economică (șomer, sărac, nivel educațional scăzut, familie monoparentală). Indirect, familiile beneficiarilor direcți, comunitățile din care fac parte și societatea în ansamblul ei, beneficiază de programul de asistență medicală comunitară

În România sunt implicate două profesii special create pentru asigurarea asistenței medicale comunitare, respectiv mediatorul sanitar care activează în comunitățile cu romi (categorie COR 532901) și asistentul medical comunitar (categorie COR 325 301) care oferă servicii populației generale. În ceea ce privește numărul beneficiarilor celor două profesii din programul de asistență medicală comunitară, prin HG nr.459/2010 a fost stabilită și o normare, respectiv un asistent medical comunitar la 500 de persoane asistate și un mediator sanitar rom la 700 de persoane consiliate.

Finanțarea programului de asistență medicală comunitară, s-a realizat până în anul 2010 din bugetul Ministerului Sănătății, în cadrul unui Program național de sănătate publică. După intrarea în vigoare a OUG 162/12.11.2008, respectiv a HG nr.56/2009, finanțarea AMC a continuat să se facă de la bugetul de stat. Asigurarea asistenței medicale comunitare se realizează în interesul direct al persoanelor vulnerabile și al comunităților din care fac parte acestea, existând două categorii principale de cheltuieli: cheltuieli pentru asigurarea bazei materiale și cheltuieli de personal.

Circuitul financiar în asistența medicală comunitară este complicat și conduce la disfuncționalități în derularea activității AMC:

- cheltuielile de personal: sursa de finanțare este reprezentată de bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, din care se transferă sumele necesare către Direcțiile de Sănătate Publică. Aceste unități alocă bugetul la nivelul județului, între unitățile administrativ-teritoriale. Relația între Direcțiile de Sănătate Publică și autoritățile publice locale de la nivelul județului se realizează pe baze contractuale.

- cheltuielile pentru asigurarea bazei materiale: trebuie acoperite de către unitățile administrativ-teritoriale și nu există în prezent date privind cheltuielile autorităților locale pentru funcționarea AMC

Costul mediu anual cu salariile pentru personalul din asistența medicală comunitară este de 16.000 lei pentru un mediator sanitar și 20.000 lei pentru un asistent medical comunitar. (CPSS, 2012, 6)

Conform raportului CPSS din anul 2012, programul asistenților medicali comunitari a fost început în 7 județe și în municipiul București prin angajarea a 160 de asistenți medicali comunitari. La sfârșitul anului 2005, 485 de asistenți medicali comunitari activau în 23 de județe și în municipiul București. Anul 2006 a fost marcat de apariția Legii nr 95 privind reforma în sănătate, care avea un titlu consacrat exclusiv asistenței comunitare (Titlul V), fiind prima tendință clară de reglementare a acestui domeniu la nivel de lege. Până la acel moment, reglementările privind asistenții medicali comunitari, ca și indicatorii de evaluare pentru acest domeniu, erau incluse în normele de implementare a programelor naționale de sănătate. La finalul lunii noiembrie 2006, 805 asistenți medicali comunitari și-au desfășurat activitatea la nivel național, iar la sfârșitul lui 2008 vorbim de 1228 asistenți comunitari și 498 mediatori sanitar. Dezvoltarea cu succes a acestui program nu ar fi fost posibilă fără suportul activ(asistența tehnică și financiară) și continuu demonstrat de UNICEF, UNFPA, USAID, JSI. În anul 2008 a fost aprobat astfel un nou cadru legislativ general (OUG 162/2008), iar pe parcursul anului 2009, asistenții medicali comunitari au fost preluați de administrațiile publice locale. (CPSS, 2012, 8)

Mediatorii sanitar romi (MSR) reprezintă a doua categorie profesională esențială pentru acordarea asistenței medicale comunitare. Ei au avut un traseu similar cu asistenții medicali comunitari, strategia de dezvoltare a acestei profesii, în folosul comunităților de romi, fiind, pe alocuri, mai bine organizată, în special în anii 2002 -2005, în contextul în care România a beneficiat de asistență financiară nerambusabilă prin intermediul programelor Phare. Programul mediatorilor sanitar a debutat odată cu aprobarea Ordinului 619/2002 prin care Ministerul Sănătății a reglementat funcționarea programului de mediere sanitară în beneficiul comunităților cu romi.

În ceea ce privește legislația care reglementează implementarea programului de asistență medicală comunitară, în perioada 2002-2012 au fost emise mai multe acte normative dintre care amintim:

- **Ordinul nr. 619/2002** pentru aprobarea funcționării ocupației de mediator sanitar și a Normelor tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitari în anul 2002
- **Ordinul Nr. 607/2003** pentru aprobarea Listei localităților prioritare și a numărului de locuri aprobate pe localitate pentru funcționarea mediatorilor sanitari în anul 2003
- **Ordinele anuale ale Ministerului Sănătății** privind normele de implementare ale programelor naționale care prevedeau conținutul programului de asistență comunitară (inclusiv mediatorii sanitari) – obiective și activități principale;
- **Legea 95/2006, titlul V. Asistența comunitară** prin care se definea asistența comunitară, responsabilitățile și cadrul de organizare.
- **OUG nr 162/2008** care reglementează transferul unor atribuții de sănătate publică (inclusiv asistența medicală comunitară) de la Ministerul Sănătății la administrațiile publice locale.
- **HG nr. 56/2009** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății către autoritățile administrației publice locale prin care se reglementează atribuțiile AMC și a MSR.
- **HG nr. 562/2009** privind descentralizarea în sistemul de sănătate care reia prevederile privind descentralizarea asistenței medicale comunitare.
- **HG nr.459/2010** pentru aprobarea standardului de cost/an pentru servicii acordate în unitățile medico-sociale și a unor normative privind personalul din unitățile de asistență medico-socială și personalul care desfășoară activități de asistență medicală comunitară.

Dacă inițial programul de asistență medicală comunitară a fost proiectat astfel încât mediatoarea sanitară și asistența medicală comunitară să lucreze în baza conceptului de echipă comunitară de asistență medicală, pe parcurs, urmărind evoluția celor două pozitii constatăm că acestea s-au dezvoltat proporțional diferit.

Un exemplu care dovedește acest lucru îl reprezintă pe de o parte, analiza numărului de mediatorii sanitari angajați și numărul de asistenți medicali comunitari angajați și plătiți din bugetul programului național gestionat de Ministerul Sănătății, situație analizată de CPSS în 2012, vezi fig.10.

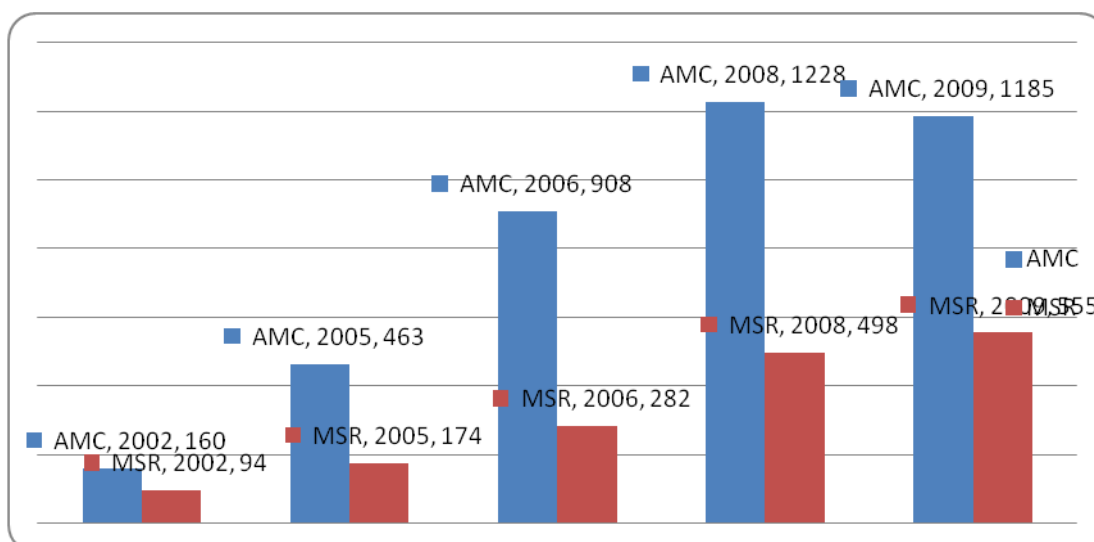


Fig.10 – Evoluția resurselor umane implicată în asistența medical comunitară, CPSS 2012

În ceea ce privește interacțiunea dintre AMC și MSR, studiul Ministerului Sănătății menționează că „numărul comunităților în care există și mediatori sanitari și asistenți medicali comunitari este foarte mic ceea ce nu permite o apreciere a calității interacțiunii dintre ei. Acolo unde există reprezentanți ai ambelor categorii, relațiile lor sunt bune, mediatorul asigură accesul asistenței medicale în comnitatea de romi iar acesta îi ajută să acceseze serviciile medicale” (MSP, 2005, 13)

Pentru a determina satisfacția beneficiarilor activității programului de asistență medicală comunitara trebuie să analizăm separat activitatea AMC și MSR, argumentul care susține această afirmație bazându-se pe diferența fișelor de post și pe tipul de comunități în care acești profesioniști își desfășoară activitatea, respectiv AMC asigură servicii populației defavorizate, inclusiv comunitățile cu romi, iar MSR își desfășoară activitatea numai în comunitățile defavorizate ale romilor. Dacă activitatea MSR se concentrează pe activitatea de prevenire a îmbolnăvirilor, fără implicații în actul medical curativ, activitatea AMC are implicații atât în actul medical curativ cât și în partea de prevenție a îmbolnăvirilor. În plus, ambele profesii presupun colaborarea cu serviciile sociale ale autorităților locale cât și colaborarea cu alți factori interesați (ONG-uri, autorități locale cu alte competente decât în sănătate și social, lideri formali și informali, s.a).

Nu voi insista asupra satisfacției beneficiarilor cu privire la activitatea de mediere sanitară deoarece vom detalia într-un capitol separat aceste aspecte, însă voi prezenta câteva concluzii cu

privire la activitatea AMC în domeniul sănătății romilor, culese din rapoartele și studiile care analizează programul AMC.

În ceea ce privește abordarea comunităților cu romi, un raport al organizației Sastipen din anul 2011 care analizează programul de mediere sanitară, scoate în evidență slaba implicare a AMC în procesul de îmbunătățire a situației sanitare din perspectiva educației pentru sănătate. În comunitățile unde nu există MSR însă există AMC beneficiarii romi nu știu de existența acestuia sau menționează că îi vizitează foarte rar. În comunitățile în care există ambele poziții, rolul MSR este de a organiza sesiunile de educație pentru sănătate, de a facilita comunicarea cu cadrele medicale și de a asigura intarea AMC în comunitate pentru diferire intervenției, în special pentru administrarea tratamentului pentru persoanele indicate de medicul de familie. (Sastipen, 2011)

Conform fișei de post, AMC are în aria de activitate beneficiari care fac parte din categoria de populație vulnerabilă fără să se specifice obligativitatea de a interveni și în comunitățile cu romi și ținând cont de normare (500 de beneficiari) este aproape imposibil de abordat și problematica comunităților cu romi. Munca AMC nu se rezumă numai la educație pentru sănătate. Conform fișei de post, AMC este implicat și în actul medical curativ.

Una dintre criticile adresate programului de asistență medicală comunitară o constituie lipsa unui organism care să coordoneze și să monitorizeze în comun activitatea MSR și AMC. Între cele două poziții au existat mereu conflicte datorate pe de o parte slabei implicări ale coordonatorilor județeni din cadrul DSP, care au tratat diferențiat rolul celor doi lucrători comunitari, încurajând activitatea AMC în detrimentul MSR și pe de altă parte de nivelul de instruire, AMC având pregătite în domeniul medical cu un puternic sentiment de superioritate față de MSR, femeie romă fără studii în domeniul medical, cu studii medii conform Ordinului 619/2002 emis de MS.

Programul de asistență medicală comunitară derulat în beneficiul populației vulnerabile, prin cele două poziții (AMC și MSR) trebuie să asigure acces la servicii medicale de bază populației. Studiile și cercetările în domeniu scot în evidență implicarea MSR în procesul de îmbunătățire a situației sanitare a romilor. Dacă analizăm proiectele și programele adresate populației romi în domeniul sănătății, acestea au în componența lor formarea MSR sau implicarea MSR în procesul de rezolvare a problemelor. Din discuțiile purtate cu fostul coordonator al programului de asistență medicală comunitară, Dr. Luminița Marcu, a rezultat că la nivel central, IOMC a trasat liniile directoare ale programului bazându-se pe colaborarea MSR cu AMC, pentru a interveni și în comunitățile cu romi care nu au acces la servicii medicale. În practică, situația a fost diferită deoarece nu au existat norme metodologice foarte clare care să permită monitorizarea

atentă și evaluarea periodică a activității celor doi lucrători din perspectiva nevoilor comunitare și astfel, populația romă nu a beneficiat pe deplin de activitatea asistenței medicale comunitare.

4.3 Programul de mediere sanitară pentru comunitățile cu romi

Programul de mediere sanitară funcționează în România la nivel național, începând cu anul 2002 în conformitate cu Ordinul 619/2002 emis de Ministerul Sănătății și este considerat de specialiști ca fiind unul dintre cele mai bune modele de colaborare între societatea civilă și autoritatea centrală, parteneriat responsabil de aplicarea unor măsuri concrete în beneficiul membrilor comunităților cu romi defavorizate în contextul implementării măsurilor din Strategia Națională de Îmbunătățire a Situației Romilor.

Studiile, cercetările, rapoartele și analizele realizate în domeniul sănătății romilor furnizează secvențial date cu privire la situația sanitară a romilor din România însă toate au în componența lor o analiza a programului de mediere sanitară. Concluziile acestor materiale conduc către rezultatele obținute în programul de mediere sanitară și determină audiența să constate că este o practică pozitivă și că, prin intermediul acestui program de mediere sanitară, România contribuie la îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate.

Inițial programul de mediere sanitară a fost conceput pentru a îmbunătăți comunicarea dintre membrii comunităților cu romi și personalul autorităților locale sanitare, comunicare denaturată datorită diferențelor culturale dintre cele două părți și datorită prejudecăților și stereotipurilor personalului medical față de membrii comunităților cu romi. S-a proiectat un program menit să contribuie la îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate publică bazat pe principiul egalității de șansă, un program cu obiective clare atât pentru societatea civilă cât și pentru autoritatea centrală și un program inovativ care, pe termen mediu și lung, își propunea să contribuie la schimbarea comportamentelor și adoptarea unui stil de viață sănătos.

Mediatorul sanitar este o femeie de etnie romă care are rolul de a fi „puntea de legătură”, de a media relația dintre membrii comunităților locale cu romi și autoritățile sanitare. Activitatea mediatorului sanitar se centrează, în special, pe creșterea eficacității intervențiilor de sănătate publică, cu scopul de a contribui la îmbunătățirea situației socio-medice a romilor. De asemenea, rolul mediatorului sanitar este și acela de a întări legături între reprezentanții autorităților locale și comunitatea locală de romi bazat pe principiul egalității de șansă și parteneriatului local.

Scurt istoric al programului de mediere sanitară

În istoria programului de mediere sanitară se constată că inițial, în perioada 1998-2000, mediatorul sanitar era numit mediator socio-sanitar iar fișa de post a mediatorului prevedea activități de informare, educație și comunicare în domeniul medical și social. Inițiatorul programului de mediere sanitară este Romani CRISS care, în perioada 1998-2000, cu suport financiar CCFD Paris, a demarat implementarea unui program de mediere socio-sanitară în 6 comunități cu romi din România. Mediatorul sanitar era proiectat să lucreze în comunitatea cu romi în care locuia și din care facea parte. Faptul că era o persoană acceptată și respectată de către membrii comunității a constituit punctul forte al programului de mediere sanitară implementat în acea perioadă.

În prima etapă a proiectului derulat de Romani CRISS, respectiv august 1999 - iulie 2000, formarea mediatorului sanitar se realiza la nivel de comunitate și în funcție de nevoile comunității.

În a doua etapă, respectiv august 2000 - iulie 2001, echipa responsabilă de implementarea proiectului delegată de Romani CRISS a conștientizat nevoia de interacțiune cu autoritatea locală și a concentrat formarea mediatorilor sanitari din perspectiva instituțională.

Astfel, după 2 ani de pilotare a proiectului și în urma unei analize de impact realizată în anul 2001 de către un evaluator extern, s-a definitivat metodologia de funcționare a programului de mediere sanitară, metodologie preluată mai târziu de Ministerul Sănătății prin Ordinul 619/2002 care reglementează funcționarea programului de mediere sanitară finanțat de Ministerul Sănătății.

Procedura de preluare și instituționalizare a programului de mediere sanitară de către Ministerul Sănătății a demarat în luna august 2001, când în România, în urma unei audieri publice organizată la Parlamentul României – Senatul României - *Comisia pentru sănătate și familie*, s-a organizat audierea publică „*Mediatorul sanitar între necesitate și inovație*”. În cadrul acestei dezbateri, au fost analizate rezultatele obținute în cele 6 comunități și s-a analizat inclusiv posibilitatea încheierii unui parteneriat între Romani CRISS și Ministerul Sănătății, parteneriat la care a aderat și OSCE/ODIHR – Punctul de contact pentru Romi și Sinti care, în acea perioadă implementă în România proiectul „Pactul de stabilitate”, proiect cu o însemnată deosebită pentru strategia de îmbunătățire a situației romilor din România. Parteneriatul propus în cadrul acestei dezbateri publice avea ca principal obiectiv instituționalizarea mediatorilor sanitari și multiplicarea programului la scară națională.

În perioada octombrie 2001 - iunie 2002, echipa responsabilă de implementarea programului de mediere sanitară de la Romani CRISS în parteneriat cu consilierul personal al

Ministerului Sănătății au realizat documentația necesară instituționalizării meseriei de mediator sanitar, respectiv introducerea în nomenclatorul meseriilor din România a meseriei de mediator sanitar, definitivarea fișei de post a acestuia, dezvoltarea unei curricule de formare a mediatorilor sanitari, definitivarea metodologiei de monitorizare și evaluare a mediatorilor sanitari. În luna august 2002, Ministerul Sănătății a emis Ordinul 619/2002 cu privire la funcționarea programului de mediere sanitară pentru comunitățile cu romi. Conform anexei 1 – Ordinul 619/2002, pentru anul 2002, au fost prevăzute un număr de 166 de locuri pentru mediatorii sanitari. Având în vedere faptul că în luna iunie 2002, au fost instruiți de către Romani CRISS un număr de 86 mediatori sanitari care să devină activi în conformitate cu Ordinul 619 emis de MS, începând cu luna septembrie principalul obiectiv al societății civile a devenit formarea și angajarea mediatorilor sanitari în conformitate cu Ordinul 619.

Formarea mediatorilor sanitari a constituit o provocare pentru programul gestionat de Ministerul Sănătății. Formatorii recunoscuți de MS erau angajații organizației Romani CRISS, meseria de mediator sanitar nu avea standard ocupațional iar CNFPA nu putea elibera diplome de calificare în domeniul medierii sanitare. S-a agreeat o formulă mai simplă de formare și anume organizarea de cursuri de formare inițiale pe durata a 4 zile de instruire, organizate la nivelul Direcțiilor de Sănătate Publică și susținute de formatorii Romani CRISS și organizarea de cursuri de instruire continuă, organizate de Direcțiile de Sănătate Publică cu tematică din domeniul sanitar. Această formulă de lucru s-a menținut până în anul 2007 când s-a realizat standardul ocupațional al mediatorului sanitar. În perioada 2002-2007 au fost instruite peste 2000 de persoane în meseria de mediator sanitar.

În ceea ce privește angajarea mediatorilor sanitari, în perioada 2002-2007, numărul mediatorilor sanitari a crescut anual, ajungând în anul 2007 la numărul de 788 persoane înregistrate în baza de date a Ministerului Sănătății.

În anul 2007, Ministerul Sănătății a postat pe site-ul oficial al instituției, strategia de descentralizare a serviciilor de sănătate publică. În cadrul acestei strategii, programul de asistență medicală comunitară (în care este inclus și mediatorul sanitar) trecea în subordinea autorităților locale, la serviciile sociale din cadrul Primăriilor.

În perioada ianuarie 2007- noiembrie 2008, au fost purtate o serie de discuții în cadrul Comisiei Ministeriale pentru Romi din cadrul MSP ca mediatorul sanitar să rămână în subordinea Ministerului Sănătății astfel încât munca de mediere sanitară să nu se denatureze. Bineînțeles că părerile au fost împărțite. Voci din societatea civilă romă, fără experiență în programul de mediere

sanitară, au afirmat că este benefic pentru programul de mediere sanitară această schimbare însă au fost și păreri care au menționat că fără o evaluare a capacității autorității locale de administrare a programului de mediere sanitară să nu se treacă la faza de transfer. Au fost făcute o serie de demersuri însă fără nici un rezultat.

În luna noiembrie 2008, Ministerul Sănătății a emis un ordin prin care s-a aprobat transferul mediatorilor sanitari și asistenților medicali comunitari către autoritatea locală, în baza unui protocol de preluare, finanțarea asigurându-se în continuare de la bugetul Ministerului Sănătății.

Din noiembrie 2008 a început declinul programului de mediere sanitară. Mare parte dintre autoritățile locale care au fost contactate au refuzat preluarea mediatorilor sanitari deoarece nu aveau siguranța că vor avea continuitate din punct de vedere financiar iar în unele cazuri autoritatea locală nu a înțeles rolul acestor mediatori sanitari și de ce trebuie să fie preluați de autoritatea locală. Nu a existat o metodologie foarte clară de predare a mediatorilor sanitari autorității locale. În luna martie 2011, experții Agenției Naționale pentru Romi menționau că în sistemul de mediere sanitară au fost preluați de către autoritățile locale un număr de cca 210 mediatori sanitari între care marea majoritate nu au un statut bine definit în procesul de mediere sanitară. Analizând comparativ datele din 2010 cu cele din 2007, vedem o scădere dramatică a numărului de mediatori sanitari cu aproximativ 73% din numărul total înregistrat în anul 2007.

Problemele cu care se confruntă programul de mediere sanitară

Studiul realizat în anul 2005 de către Maria Mailat, antropolog francez, a scos în evidență experiența Romani CRISS în domeniul medierii sanitare însă în același timp a scos în evidență și anumite probleme cu care se confruntă programul de mediere sanitară din perspectiva activității în comunitățile cu romi. De exemplu, Maria Mailat și-a exprimat îngrijorarea cu privire la nivelul de instruire a mediatorului sanitar în domeniul sănătății reproducerii. În acea perioadă, în România, Ministerul Sănătății implementa un program în domeniul sănătății reproducerii unde beneficiari erau membrii comunităților defavorizate din România, în special din mediul rural. Conform programului național de sănătate, mediatorul sanitar era plătit din banii acestui program și în fișa de post a mediatorului sanitar era stipulată obligația de a promova în comunitatea cu romi activități ale sănătății reproducerii, încadrat în sistemul cultural-tradițional al comunității. Activitatea mediatorului sanitar în acest domeniu sensibil nu s-a realizat încadrat în sistemul cultural al comunităților cu romi. În unele comunități tradiționale au fost înregistrate plângeri ale membrilor comunității la adresa activității mediatorului sanitar. Mediatorul sanitar era obligat să raporteze

activități în domeniul sănătății reproducerii conform machetelor de raportare. O altă problemă semnalată de Maria Mailat a fost lipsa unui sistem de monitorizare și evaluare a activității mediatorului sanitar. Pentru că Romani CRISS monitoriza activitatea mediatorilor sanitari, Direcțiile de Sănătate Publică Județene nu s-au implicat în această activitate și s-au rezumat numai la întâlniri lunare în care mediatorul sanitar prezenta raportul de activitate. Maria Mailat nu facea aprecieri cu privire la impactul mediatorului sanitar în comunitățile cu romi, ea menționa doar că este un program benefic comunităților cu romi și recomanda adoptarea unor măsuri concrete de monitorizare și evaluare a activității mediatorilor sanitari astfel încât pe termen mediu să poată fi analizat impactul activității mediatoarelor sanitare și să asigure sustenabilitatea programului de mediere sanitară.

Studiu realizat în anul 2006 de Open Society Institute, constituie o analiză comparativă a activității de mediere sanitară în 5 țări. În acest studiu, pentru România autorul analizează un program de educație pentru sănătate implementat de DOW în România, program prin care au fost instruite un număr de 15 educatori pentru sănătate și pune în oglindă programul de educație pentru sănătate cu programul de mediere sanitară. Și acest studiu scoate în evidență faptul că programul de mediere sanitară este o practică pozitivă și că experiența României trebuie preluată și în alte țări candidate la UE. Studiul prezintă faptul că programul din România a înregistrat unele progrese importante și că munca mediatorului sanitar contribuie pe deplin la rezolvarea problematicii romilor în domeniul sănătate. Și aici, însă, se face referire la sistemul deficitar de monitorizare și evaluare a activității de mediere sanitară și se recomandă îmbunătățirea procesului de instruire a mediatorilor sanitari și continuarea activității de mediere sanitară.

În ceea ce privește impactul programului de mediere sanitară în comunitățile cu romi, acesta este apreciat ca fiind pozitiv însă metodele de cercetare folosite nu sunt relevante pentru analizarea impactului.

În anul 2007, JSI Research and Training Institute România realizează un raport cu privire la activitatea mediatorilor sanitari din România. Trebuie menționat faptul că JSI a implementat în România un program de instruire a mediatoarelor sanitare în domeniul sănătății reproducerii și a realizat un manual al mediatorului sanitar pentru sănătatea familiei și a comunității. Studiu aprofundează activitatea mediatorului sanitar în domeniul sănătății reproducerii, oferă o serie de date cantitative și calitative cu privire la activitatea mediatoarelor sanitare în domeniul sănătății reproducerii însă nu face referire la riscurile la care este supus programul de mediere sanitară în conformitate cu strategia de descentralizare a serviciilor de sănătate publică. În concluzii și

recomandări regăsim sintagma că *programul de mediere sanitară este o practică pozitivă și că impactul mediatorului sanitar în comunitățile cu romi este pozitiv*, însă studiul nu scoate în evidență aspectele amenințătoare la care poate fi supus programul de mediere sanitară.

De menționat este faptul că, în urma analizei rapoartelor întâlnirilor de lansare a studiilor/cercetarilor, participanții au oferit feedback autorilor, în special cu privire la nivelul de instruire, monitorizare și evaluare. S-a adus în discuție statutul mediatorului sanitar de angajat pe perioadă determinată în cadrul Spitalelor Județene, s-a adus în discuție necesitatea de îmbunătățire a legislației care reglementează programul de mediere sanitară, discuțiile concentrându-se doar pe statutul mediatorului sanitar. Din păcate, reprezentanții Ministerului Sănătății au acceptat recomandările însă nu au făcut demersurile necesare pentru a îmbunătăți programul de mediere sanitară. În plus, reprezentanții Ministerului Sănătății nu au comunicat cu partenerii din societatea civilă cu privire la inițiativa Guvernului României de a descentraliza serviciile de sănătate publică. În ceea ce privește impactul programului de mediere sanitară, participanții au avut păreri împărțite, respectiv cei care cunoșteau programul de mediere sanitară au menționat că este prea devreme să analizăm impactul mediatorului sanitar în comunitate deoarece programul era încă în construcție, iar cei care aveau cunoștințe minime au apreciat doar că munca mediatorilor sanitari are un impact pozitiv în comunitățile cu romi.

În anul 2009, în contextul descentralizării serviciilor de sănătate publică, Sastipen-Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate a realizat o cercetare cu privire la accesului romilor la serviciile de sănătate publică în 30 de comunități cu romi în care activau mediatori sanitari. Concluziile studiului au scos la iveală faptul că în marea majoritate a comunităților, după anul 2008, activitatea mediatoarelor sanitare s-a diminuat și în unele cazuri s-a denaturat. Respondenții au menționat faptul că mediatoarele sanitare nu îi mai vizitează așa de des și că acum locul lor de muncă s-a mutat în cadrul primăriei, unde mulți dintre membrii comunităților cu romi nu au acces. Din interviurile aprofundate realizate cu mediatoarele sanitare s-a constatat că munca de mediere sanitară nu este recunoscută de autoritatea locală și că în conformitate cu noul context, mediatoarea sanitara sprijină activitatea departamentului de asistență socială din cadrul primăriei. Fișa de post nu este respectată și în unele cazuri activitatea de mediere sanitară este desfășurată după orele de program de la primărie și considerată ca munca voluntară. Totodată, autorii studiului afirmă în secțiunea concluzii și recomandări faptul că *„Singura inițiativă transformată în politică publică – mediatorul sanitar rom – deși începuse să dea rezultate bune, riscă, din cauza procesului de descentralizare, să rămână doar un experiment social - doar o treime dintre romi au, în*

comunitatea din care fac parte, un mediator sanitar căruia i se pot adresa în situații deosebite”. Se recomandă înființarea de birouri regionale de monitorizare și evaluare activității și se recomandă identificarea de soluții sustenabile ca programul de mediere sanitară să beneficieze de asistență metodologică din partea DSP Județene. Acest raport nu analizează impactul programului de mediere sanitară în comunitățile cu romi, însă prin datele oferite scoate în evidență timid anumite aspecte calitative ale activității mediatorilor sanitari.

Cel mai recent studiu în domeniul medierii sanitare este realizat în perioada aprilie-iunie 2011 de către organizația nonguvernamentală Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate – Sastipen și urmărește, pe de o parte, măsurarea impactului real pe care mediatorii sanitari l-au avut în procesul de îmbunătățire a accesului romilor la serviciile de sănătate, iar pe de altă parte, evaluarea modului în care s-a desfășurat procesul de descentralizare cu efectele acestuia. Potrivit concluziilor analizei, reprezentanții autorităților administrației publice locale precizează faptul că mediatoarele sanitare au în comunitate un rol distinct, respectiv că activitățile acestora nu se suprapun deloc sau se suprapun doar într-o mică măsură cu cele îndeplinite de alți actori comunitari, precum medicul de familie și asistenta medicală, asistentul medical comunitar, asistentul social din primărie, consilierul local pe probleme de romi, liderul informal din localitate, mediatorul școlar sau reprezentanții Direcțiilor Județene de Sănătate Publică. Analiza de impact a programului de mediere sanitară a evidențiat o anumită lipsă de comunicare între Direcțiile de Sănătate Publică (DSP) și primării, în sensul în care reprezentanții DSP-urilor nu știu motivele pentru care în unele primării nu mai există mediatorii sanitari, iar uneori activitatea DSP se rezumă la contabilizarea primăriilor în care s-au păstrat aceste posturi. Reprezentanții DSP au o atitudine ambiguă față de program, uneori fiind evidentă tendința lor de a se delimita de orice responsabilitate cu privire la program. Cu privire la monitorizarea și evaluarea activității mediatoarelor sanitare, studiul Sastipen evidențiază faptul că, deși în contractele de muncă este stipulată obligația de a prezenta regulat rapoarte de activitate, acestea rămân doar o formalitate, în condițiile în care mediatoarele sanitare primesc rar feed-back pe conținutul lor. Există situații foarte diferite în teritoriu în ceea ce privește monitorizarea și evaluarea. Astfel, există primării care cer rapoarte de activitate săptămânale, dar acestea sunt mai degrabă excepțiile, însă aproape o treime din reprezentanții primăriilor, intervievați, precizează faptul că mediatoarele sanitare au fost evaluate cel puțin o dată, în cadrul primăriei sau a Direcției de Asistență Socială, prin aceasta înțelegând o analiză a activității lor mai serioasă decât simpla lectură a rapoartelor periodice de activitate.

În ceea ce privește activitățile mediatorilor sanitari, studiul Sastipen menționează că nu există un calendar al activităților, mediatoarea sanitară lucrează după un program variabil care este influențat de cazurile care apar pe teren, de programările pentru vaccinare, de campaniile de sănătate. În stabilirea priorităților de acțiune ale mediatoarei sanitare, potrivit concluziilor studiului, un rol esențial îl are medicul de familie. Pe de altă parte, mediatoarele desfășoară și activități care nu sunt prevăzute în fișa postului, acestea având legătură cel mai adesea cu activitatea Direcției de Asistență Socială, pentru anchete sociale sau pentru sprijin în alcătuirea dosarului necesar evaluării eligibilității pentru anumite ajutoare (alocație pentru susținere, ajutor social, indemnizație pentru creșterea copilului, ajutor pentru încălzire, alocație de susținere pentru familiile cu mulți copii). Legat de nevoia de formare a mediatorilor sanitari, atât reprezentanții DSP cât și mediatoarele sanitare declară că este necesar ca acestea din urmă să participe cu regularitate la cursuri de formare. Cursurile de instruire considerate ca necesare nu ar urma să se refere mai ales la informații medicale, ci să ofere pregătire în alte domenii cum ar fi comunicare, informatică, psihologie, asistență socială etc. Salarizarea mediatorilor sanitari este diferită de la o localitate la alta în funcție de grila de încadrare a spitalului în care mediatoarele sanitare au funcționat anterior. Mediatoarele sanitare manifestă o stare de insatisfacție cu privire la nivelul salariilor și nesiguranța locului de muncă, ceea ce reprezintă, potrivit concluziilor analizei de impact, principalele surse de orientare către alte meserii, atunci când apar oportunități de acest tip.

Ce aduce nou acest studiu este faptul că cercetătorii au analizat în oglindă comunități care au mediatorii sanitari și comunități care nu au mediatorii sanitari. Din această analiză rezultă clar impactul pozitiv al mediatorilor sanitari în comunitățile cu romi și nevoia de a consolida programul de mediere sanitară astfel încât să asigure sustenabilitatea și multiplicarea programului și în alte comunități.

Studiile și cercetările analizate scot în evidență faptul că programul de mediere sanitară s-a dezvoltat într-un ritm amețitor, ritm care nu a permis actorilor implicați în procesul de implementare să identifice din timp posibile amenințări care ar putea denatura activitatea de mediere sanitară. Faptul că actorii implicați în procesul de implementare a programului de mediere sanitar nu au cunoscut intențiile Ministerului Sănătății de a transfera programul către autoritatea locală a constituit un punct negativ al programului și a determinat o scădere a numărului de mediatorii sanitari activi în sistem.

Lipsa unei structuri de implementare a programului și lipsa unui cadru legal coerent a afectat programul de mediere sanitară. Metodologia de monitorizare și evaluare precum și o

structură responsabilă din partea Ministerului Sănătății nu a existat în adevăratul sens al cuvântului. În ordinul 619/2002 se menționa faptul că monitorizarea și evaluarea se realizează de către MS prin Direcțiile de Sănătate Publică Județene însă, în realitate, acest lucru nu s-a realizat. Din acest motiv, unele mediatore sanitare s-au rezumat numai la redactarea rapoartelor de activitate fără a mai implementa și activitățile din fișa de post. Verificarea activităților la fața locului nu s-a realizat, coordonatorul delegat de DSP mizând pe încredere și pe corectitudinea mediatorilor sanitare. În unele cazuri, liderii comunităților cu romi s-au revoltat cu privire la activitatea mediatorilor sanitare și au transmis adrese de informare către DSP Județene prin care semnalau faptul că unele mediatore sanitare nu își desfășoară activitatea în comunitatea cu romi. Aspectele semnalate nu au fost verificate, mediatorul sanitar beneficiind de imunitate în rândul DSP Județene și astfel în momentul transferării către autoritatea locală, liderii s-au împotrivit și au determinat autoritatea locală să nu asigure continuitatea programului.

Cadrul legal în care se desfășoară programul de mediere sanitară din România nu este actualizat. În continuare se ia în calcul Ordinul 619/2002 emis de MSP care reglementează funcționarea programului de mediere sanitară însă, în contextul descentralizării, acest ordin ar trebui actualizat și adaptat noului context. Autoritățile locale, atunci când au fost intervievate, au menționat faptul că vor asigura continuitatea programului doar pe perioada finanțării programului de către Ministerul Sănătății. (Sastipen, 2010, 64)

Cercetările analizate recomandă îmbunătățirea cadrului în care se desfășoară programul de mediere sanitară și dezvoltarea unui sistem de monitorizare și evaluare care să sprijine activitatea de mediere sanitară. Ca să poți dezvolta un sistem de monitorizare și evaluare a programului de mediere sanitară trebuie să consolidezi cadrul legal în care se desfășoară activitatea de mediere sanitară și să dezvolti instrumente de lucru pentru autoritățile locale responsabile de gestionarea programului de mediere sanitară. Fără aceste instrumente de lucru, autoritatea locală nu va asigura sustenabilitatea programului și există riscul ca într-un timp foarte scurt programul de mediere sanitară să se stingă.

Totodată, actorii implicați în procesul de consolidare a programului de mediere sanitară trebuie să adapteze fișa de post a mediatorului sanitar astfel încât să răspundă și nevoilor noului angajator. Autoritatea locală folosește în prezent mediatorul sanitar în activitățile derulate de serviciul social din cadrul autorității locale. Standardul ocupațional al mediatorului sanitar trebuie să aducă noi competențe mediatorilor sanitari în domeniul social. Fișa de post trebuie actualizată și adaptată în conformitate și cu noile atribuții distribuite de către autoritatea locală.

În ceea ce privește beneficiile programului de mediere sanitară, Sastipen menționează că munca mediatorului sanitar contribuie la ameliorarea stării de sănătate a populației rome. Din punct de vedere cost/eficiență, costul estimativ lunar alocat unui mediator sanitar este de cca 700 lei, suma care include: formare, monitorizare, evaluare și salarizare. Un mediator sanitar lucrează conform Ordinului 619/2002 cu un grup țintă de minim 700 persoane de etnie romă. Astfel, costul alocat lunar pentru un beneficiar al muncii mediatorului sanitar este de cca 1 leu. Prin munca pe care o desfășoară în comunitățile cu romi, educație pentru prevenirea îmbolnăvirilor, înscriere pe listele medicilor de familie, un mediator sanitar salvează pentru bugetul de stat o sumă care depășește net remunerația lui lunară. De exemplu, costul pentru tratamentul medicamentos acodat unui bolnav TB este de minim 450 lei pe lună. Prin munca de depistare activă a bolnavilor TB de către mediatorul sanitar, pentru un caz identificat, se previne infectarea aproximativ a altor 10 persoane din aceeași comunitate și, deci, păstrarea la bugetul de stat, lunar, a unei sume considerabile ce ar trebui alocată tratamentului persoanelor respective, sumă care echivalează cu salariul mediatorului sanitar pe 6 luni de zile. Din punct de vedere cost/eficiență, studiile și cercetările scot în evidență programul de mediere sanitară ca fiind o practică pozitivă și eficientă. (Sastipen, 2013, 5)

În ceea ce privește problemele cu care se confruntă programul de mediere sanitară, cea mai acută este incertitudinea cu privire la statutul mediatorului sanitar, statut care depinde de capacitatea de înțelegere a autorităților administrației publice locale cu privire la rolul și specificul activităților derulate de către mediatorul sanitar, capacitate uneori foarte scăzută, aparută pe fondul slabei comunicări dintre autoritățile finanțatoare (Ministerul Sănătății, prin intermediul Direcțiilor de Sănătate Publică) și autoritățile implementatoare (Primării). Incertitudinea derivă, de asemenea, din neclaritatea cadrului legislativ referitor la programul de mediere sanitară. Finanțarea cheltuielilor de personal pentru mediatorii sanitari se suportă din bugetul Ministerului Sănătății prin transferuri către bugetele administrațiilor publice locale. Bugetarea anuală a cheltuielilor cu salarizarea mediatorilor sanitari conduce către contractarea acestora pe perioadă determinată de un an de zile și la încetarea contractelor lor de muncă la sfârșitul anului bugetat. Atragem atenția asupra ilegalității reînnoirii succesive a mai mult de 3 contracte individuale de muncă pe perioadă determinată conform Codului Muncii (articolul 82, Legea 53/2003 cu modificările și completările ulterioare) precum și a impactului negativ în ceea ce privește siguranța locului de muncă asupra mediatoarelor sanitare active și a coerenței activităților lor desfășurate în comunitățile cu romi. (Sastipen, 2013, 14)

Necesitatea mediatorilor sanitari în comunitățile cu romi

Așa cum am menționat și anterior, au fost relizate o serie de studii, cercetări, analize în domeniul medierii sanitare care au scos în evidență programul de mediere sanitară ca fiind practica pozitivă și un program care aduce beneficii membrilor comunităților cu romi din perspectiva accesului la servicii de sănătate. Datorită interacțiunii cu populația romă, mediatoarea sanitară a devenit persoana reusă în comunitățile cu romi în procesul de incluziune socială a romilor. Organizații non-guvernatale, lideri formali și informal, autoritățile locale, au găsit în persoana mediatorului sanitar soluția optimă de a interacționa cu populația de etnie romă. (Sastipen, 2013,8).

În ceea ce privește activitățile mediatoarelor sanitare, potrivit studiului Sastipen, din anul 2011, se menționează că suprasolicitarea acestora este vizibilă nu doar prin analiza numărului de zone de romi acoperite, ci și prin analiza numărului de beneficiari, mai bine de 1400 de romi în medie, în condițiile în care, conform Ordinului 619/2002 mediatorul sanitar deservește între 500-750 persoane. Activitățile de care se ocupă cel mai frecvent mediatoarele sanitare, sunt de facilitare a vaccinării copiilor, de catagrafierea gravidelor, de catagrafierea lehuzei, de consiliere pentru sarcină, de consiliere pentru îngrijirea și alăptarea sugarului. Printre cele mai importante activități pe care le desfășoară mediatoarele se află informarea privind vaccinarea precum și depistarea și consilierea gravidelor.

În ceea ce privește beneficiile programului de mediere sanitară, autorii raportului Romani CRISS menționează că acest program contribuie la îmbunătățirea accesului populației defavorizate la serviciile de sănătate, la creșterea numărului de persoane înscrise pe lista medicului de familie, la creșterea numărului de persoane asigurate, la creșterea numărului de persoane care accesează și beneficiază de servicii preventive de sănătate (identificarea gravidei, vaccinări, urmărirea lehuzei și a nou-născuților) dar, mai ales, în ceea ce privește starea de sănătate a mamei și copilului.

Satisfacția beneficiarilor cu privire la activitatea mediatoarelor sanitare a fost evaluată în anul 2011 de către Sastipen. Conform raportului de cercetare, autorii menționează că 84% dintre respondenții din rural întâlnesc mediatoarea sanitară în zonă cel puțin săptămânal, 71% dintre respondenții au declarat că au fost ajutați cel puțin o dată de aceasta în procesul de rezolvare a problemelor, 85% dintre romii din comunitățile cu mediator sanitar au declarat că s-au înscris la medicul de familie cu sprijinul mediatoarelor sanitare, romii din comunitățile cu mediatori sanitari merg într-o măsură mai ridicată la medic, inclusiv pentru afecțiuni ușoare sau pentru consultări preventive, tot mediatoarele au reușit să crească nivelul de instruire al femeilor romă cu privire la

importanța sănătății reproducerii și prevenirii avorturilor, au crescut rata de vaccinare a copiilor romi în comunitățile deservite, iar 53% dintre femeile din comunitățile cu mediatori sanitari au menționat că s-au adresat serviciilor medicului de familie sprijinite de mediatoarele sanitare, (Sastipen, 2012, 29-42).

Programul de mediere sanitară a constituit o prioritate atât pentru Ministrul Sănătății în perioada de aderare a României la structurile UE, cât și pentru alte instituții și organisme neguvernamentale. În perioada de implementare a programului de mediere sanitară, respectiv perioada 2002-2012, conform estimărilor documentate de asociația Sastipen, instituțiile publice, instituțiile interguvernamentale, programele europene și organizațiile nonguvernamentale au investit în programul de mediere sanitară următoarele sume: (Sastipen, 2013, 4)

- Fonduri publice Bugetul Național – cca 64.840.000 lei
- Fonduri ONG – cca 6.232.500 lei
- Fonduri din programe europene (Phare, POSDRU) - cca 8.027.000 lei
- Fonduri instituții europene (OSCE, CoE) – cca 2.742.500 lei

În ceea ce privește obligațiile Guvernului României cu privire la programul de mediere sanitară, în conformitate cu HG nr. 1221/2011 care aprobă *Strategia Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității romilor pentru perioada 2012-2020*, la capitolul *Sănătate* se evidențiază impactul pozitiv al programului de mediere sanitară și se specifică faptul că în *Declarația de la Strasbourg (2010)* reprezentanții țărilor membre au agreat implicarea Consiliului Europei și a Comisiei Europene în implementarea Programului European de Formare a Mediatorilor Romi pentru a consolida actualele programe de formare și pentru o folosire cât mai eficientă a resurselor, a standardelor și metodologiei rețelelor și infrastructurii existente la nivel național, în strânsă cooperare cu autoritățile locale și naționale. De asemenea, conform acestei Strategii, Guvernul României recunoaște programul de mediere sanitară ca practică pozitivă și își asumă creșterea numărului mediatorilor sanitari și finanțarea programului pentru o perioadă cât mai lungă de timp.

Unul dintre obiectivele acestei strategii este de a stimula măsurile de promovare a sănătății care să contribuie la creșterea accesului cetățenilor aparținând minorității rome la serviciile de sănătate și la creșterea speranței de viață. Principalele direcții de acțiune pentru îndeplinirea acestui obiectiv sunt reprezentate de: instituționalizarea programului de mediere sanitară, continuarea formării și angajării mediatorilor sanitari. (HG1221/2011, cap. Sănătate)

În momentul de față se impun noi viziuni, noi paradigme și noi conduite în procesul de îmbunătățire a programului de mediere sanitară, caci, dacă în perioada următoare acest program nu se va schimba funcțional, devine tot mai evident că efectele cronicizării situației sanitare a romilor vor evolua în direcții tot mai dificil de controlat.

4.4 Concluzii cu privire la programele adresate sănătății populației rome

Intervențiile și programele implementate cu scopul de a îmbunătăți accesul romilor la serviciile de sănătate publică în vederea îmbunătățirii stării de sănătate s-au concentrat pe necesitatea de a instrui persoane resursă din comunitate care să devină responsabile de implementarea unor campanii de educare, conștientizare și informare a populației care să conducă la schimbarea comportamentului romilor față de propria sănătate.

Programul Phare 2002 - *Sprijin pentru strategia națională de îmbunătățire a situației romilor*, programul USAID, programul Fondului Global pentru Malarie, HIV/SIDA și Tuberculoza au încurajat formarea și implicarea mediatorilor sanitari în campanii de educare a membrilor comunităților cu romi în domeniul prevenirii îmbolnăvirilor.

Programul de mediere sanitară este menționat de autorii diferitelor studii ca practică pozitivă în procesul de îmbunătățire a situației sanitare a romilor însă fără să se aducă argumente solide în acest sens. Ministerul Sănătății a investit o sumă considerabilă în acest program însă nu a asigurat normele metodologice de funcționare a programului de mediere sanitară. Dacă analizăm evoluția programului de mediere sanitară constatăm că, încă din faza de concepție, această inițiativă nu avut sustenabilitate și în contextul descentralizării, trecerea programului în administrarea autorităților locale fără o metodologie clară de gestionare a constituit “*un început de sfârșit*” pentru acesta inițiativă.

Analizând sustenabilitatea inițiativelor prezentate, indicatorii stării de sănătate ai populației rome precum planul de măsuri din Strategia Națională de Îmbunătățire a Situației Romilor, constatăm că, timp de 12 ani, problematica sănătății romilor a fost delegată mediatoarelor sanitare rome care, cu un nivel minim de cunoștințe trebuiau să asigure îmbunătățirea stării de sănătate a populației.

Un alt argument care susține această afirmație o reprezintă fișa de post a mediatoarelor sanitare. Dacă analizăm în detaliu fiecare activitate din fișa de post și o relaționăm cu acțiunile din planul de măsuri al strategiei de îmbunătățire a situației romilor, cu mici diferențe, aceasta răspunde tuturor măsurilor regăsite în planul de acțiune.

În planul de acțiune al Strategiei pentru Romi HG 430/2001-Capitolul Sănătate, sunt prevăzute măsuri specifice care au ca obiectiv îmbunătățirea stării de sănătate, respectiv:

- Instituționalizarea programului de mediere sanitară, formarea și angajarea mediatorelor sanitare.
- Îmbunătățirea accesului romilor la serviciile medicale publice preventive și curative,
- Includerea romilor în sistemul asigurărilor de sănătate, înscrierea la medicul de familie
- Conceperea și implementarea unor programe de informare sanitară, consultanță medicală și planning familial pentru femeile din comunitățile de romi, cu accent pe protecția mamei și a copilului, campanii de vaccinare în comunitățile de romi,
- Implementarea de campanii de depistare a TBC, infecțiilor HIV/SIDA, afecțiunilor dermatologice, bolilor cu transmitere sexuală: În fișa de post a mediatorului sanitar regăsim aceste măsuri, după cum urmează:
- Catagrafiază gravidele și lehuzele, în vederea efectuării controalelor medicale periodice prenatale și post-partum, le explică necesitatea și importanța efectuării acestor controale și le însoțește la control facilitând comunicarea cu medicul și celelalte cadre medicale;
- Explică noțiunile de bază și avantajele planificării familiale, încadrat în sistemul cultural, tradițional al comunității de romi;
- Catagrafiază populația infantilă a comunității, urmărește înscrierea nou-născuților pe listele medicului de familie și explică noțiunile de bază și importanța asistenței medicale a copilului;
- Sprijină personalul medical în urmărirea și înregistrarea efectuării imunizărilor în populația infantilă din comunitate;
- Explică avantajele includerii persoanelor în sistemul asigurărilor de sănătate, precum și procesul prin care poate fi obținută călitatea de asigurat medical;
- Explică avantajele igienei personale, a locuinței și a spațiilor comune, promovează în comunitate măsurile de igienă, dispuse de autoritățile competente;
- Facilitează acordarea primului ajutor, prin anunțarea cadrelor medicale/serviciului ambulanță și însoțirea echipelor care acordă asistența medicală de urgență;
- Mobilizează și însoțește membrii comunității la acțiunile de sănătate publică (campanii de vaccinare, campanii de informare, educare, etc.) explică rolul și scopul acestora;
- Participă la depistarea activă a cazurilor TBC și a altor boli transmisibile sub îndrumarea medicului de familie sau a cadrelor medicale din cadrul DSP;

- La solicitarea cadrelor medicale, sub îndrumarea strictă a acestora explică rolul tratamentului medicamentos prescris, reacțiile adverse posibile ale acestuia și supraveghează administrarea medicamentelor;
- Însoțește cadrele medico-sanitare în activitățile legate de prevenirea sau controlul situațiilor epidemice, facilitând implementarea măsurilor adecvate;
- Semnalează cadrelor medicale apariția problemelor deosebite din cadrul comunității (focarele de boli transmisibile, parazitoze, intoxicații, probleme de igiena a apei, etc.)

Practic, prin programul de mediere sanitară, autoritățile responsabile au răspuns măsurilor regăsite în planul de acțiune, fără să fie nevoie să investească alte resurse financiare în derularea de acțiuni specifice. În afara programului de mediere sanitară, în rapoartele care analizează stadiul implementării strategiei naționale pentru romi, nu sunt menționate alte inițiative relaționate cu măsurile din HG 430/2001 –Capitolul Sănătate.

În perioada 1998-2000 Ministerul Sănătății analiza posibilitatea dezvoltării programului de asistență medicală comunitară adresat populației vulnerabile. Tot în această perioadă Guvernul României a început negocierile cu societatea civilă romă pentru realizarea Strategiei de Îmbunătățire a Situației Romilor, negocieri care au implicat și Ministerul Sănătății. Analizând acest context apare o întrebare pertinentă: *Problematica sănătății romilor trebuia abordată separat, într-un document specific de politică publică sau era suficient ca Ministerul Sănătății să includă direct în programul de asistență medicală comunitară și problematica sănătății populației de etnie romă?*

În ceea ce privește progresele înregistrate în domeniul sănătății romilor, în perioada 2008-2012, Ministerul Sănătății nu a prezentat nici un raport cu privire la stadiul implementării acțiunilor menite să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a populației, a accesului romilor la serviciile de sănătate publică și a calității vieții romilor din perspectiva sănătății. Ministrul Sănătății a continuat să finanțeze programul de mediere sanitară adresat populației romă însă cu serioase probleme de funcționare privind cadrul legal de funcționare a programului și a normelor metodologice de funcționare, demonstrând astfel un dezinteres față de acest program considerat de specialist ca pactică pozitivă care a adus beneficii atât membrilor comunităților cu romi cât și autorităților sanitare.

Capitolul 5 - Descrierea proiectului de cercetare si a metodologiei de culegere a datelor

5.1 Descrierea proiectului de cercetare

În România există o serie de grupuri sociale excluse și procese de excluziune evidente. O categorie socială care se confruntă cu grave probleme de excludere și care are nevoie de intervenția statului o reprezintă populația de etnie romă.

Sărăcia și excluziunea socială afectează valorile indicatorilor de sănătate ai romilor care, conform studiile de specialitate, sunt semnificativ mai slabi decât cei ai populației majoritare. O stare bună de sănătate reprezintă o componentă importantă a capitalului uman, permițând oamenilor să își desfășoare activitățile, să își îndeplinească țelurile, să aibă o viață completă și să fie membri activi ai societății.

Indicatorii stării de sănătate ai populației (indicatorii ECHI), analizați în studiile și cercetările în domeniu, scot în evidență diferențele majore dintre populația romă și populația neromă. Conform unui studiu realizat de Banca Mondială în anul 2011, speranța de viață generală în rândul romilor este cu 13 ani mai mică decât în rândul majoritarilor (61.5 ani în rândul romilor și 74,5 în rândul neromilor). Dacă în ceea ce privește speranța de viață în rândul bărbaților, s-a păstrat diferența de 10 ani, (61 ani în rândul romilor și 71 ani în rândul neromilor) o situație îngrijorătoare o întâlnim în rândul femeilor rom, diferența înregistrată fiind de 16 ani (78 ani în rândul neromilor și 62 ani în rândul romilor). Alte valori care arată diferența semnificativă dintre romi și neromi cu privire la indicatorii de sănătate sunt: Mortalitate generală mai ridicată în rândul populației romă cu 6,3 % decât în rândul populației majoritare (18,3% romi și 12% în neromi). Mortalitatea infantilă înregistrează valori duble în rândul populației romă (23,1 % romi și 11,6 % neromi, mortalitatea maternă este mai mare cu 11 % în rândul romilor (38 % în rândul populației romă și 27 % în rândul populației majoritare) și rata natalității mai ridicată în comunitățile cu romi cu cca 3 % decât populația generală (12,6 % în rândul populației romă și 9,9 % în rândul populației nerome).

Dupa 12 ani de asumare a problematicii accesului romilor la îngrijire medicală, studiile și cercetările în domeniu menționează că în prezent autoritățile responsabile de domeniul sănătății publice nu înregistrează rezultate notabile în acest domeniu prioritar din documentele de politici publice.

În condițiile în care îmbunătățirea stării de sănătate a populației de etnie romă constituie un obiectiv major în documentele de politici publice asumate de România, ***în cadrul acestui proiect de cercetare imi propun să realizez o analiză critică a modului de implementare și a impactului politicilor publice adresate îmbunătățirii stării de sanatate a populației de etnie romă.***

5.2 Descrierea metodologiei de culegere a datelor

Pornind de la experiența personală în programe destinate populației de etnie romă, prin filtrul informațiilor teoretice colectate prin intermediul literaturii de specialitate și utilizând metoda triangulației metodologice (Tashakkori, 2010, 212), combinând atât metode de tip cantitativ cât și calitativ, am generat ”un diagnostic” documentat al politicilor publice pentru romi în domeniul sănătății, studiu care oferă răspunsuri numeroaselor critici comprehensive a principalelor strategii naționale și internaționale adresate incluziunii sociale a minorității romilor din România.

Obiectivele evaluării sunt:

- Realizarea unei analize comparative între populația de etnie romă și populația majoritară, din comunitățile incluse în programul de cercetare științifică. privind accesul și opinia lor despre propria sănătate
- Evaluarea gradului de preocupare față de propria sănătate a populației incluse în programul de cercetare științifică.
- Identificarea frecvenței accesării serviciilor medicale de către populația inclusă în programul de cercetare științifică.
- Identificarea principalelor bariere ridicate de accesarea serviciilor medicale de către populația inclusă în programul de cercetare științifică.
- Identificarea principalelor surse de satisfacție/insatisfacție față de procesul de furnizare a serviciilor medicale ale populației incluse în programul de cercetare științifică.
- Evaluarea percepției populației incluse în programul de cercetare științifică față de programele naționale de sănătate specifice
- Analiza gradului de cunoaștere a politicilor publice care vizează îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sanatate, la nivel local, atât în rândul respondenților romi incluși în eșantionul pentru aplicarea chestionarelor cât și în rândul actorilor cheie, responsabili pentru aplicarea acestor măsuri la nivel județean/național.
- Evaluarea gradului de cunoaștere a măsurilor care vizează îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sanatate de către populația de etnie romă .

- Evaluarea contribuției mediatorului sanitar și asistentului medical comunitar la asigurarea accesului populației incluse în programul de cercetare științifică la serviciile de sănătate.
- Culegerea altor tipuri de date sociale care să fundamenteze viitoare decizii și măsuri privind optimizarea accesului romilor la servicii și îngrijiri de sănătate.
- Analiza nevoii de a aborda specific populația de etnie romă în procesul de realizare și aplicare a politicilor publice în domeniul sănătății.

În scopul atingerii obiectivelor stabilite va fi realizată o cercetare bidimensională, care va cuprinde **cercetarea calitativă** bazată pe aplicarea unui ghid de interviu actorilor implicați în procesul de implementare a măsurilor politicilor publice la nivel județean și național și **cercetarea cantitativă** bazată pe aplicarea de chestionare, atât respondenților de etnie romă, cât și respondenților neromi.

Tehnici și metode de colectare de date utilizate

Cercetarea cuprinde o serie de tehnici de investigare (desk research, studii cantitative și calitative) și a fost realizată pe mai multe niveluri – central (guvernamental, nonguvernamental, interguvernamental, internațional), regional și local (la nivel de comunitate).

În scopul atingerii obiectivelor stabilite a fost realizată o cercetare multidimensională care cuprinde: Cercetarea de birou; Opiniile experților; Observarea directă; Interviul în profunzime; Studiul de caz; Sondajul de opinie.

Populația țintă și subiecții investigați

În vederea realizării obiectivelor propuse au fost incluse în studiu mai multe categorii implicate (beneficiari, furnizori de servicii, reprezentanți ai societății civile etc.) după cum urmează:

1. Beneficiari

- populației de etnie romă (mediu rural și urban)
- populație majoritară (mediu rural și urban)

2. Decidenți:

- Reprezentant al Ministerului Sănătății
- Reprezentant al Agenției Naționale pentru Romi;
- Reprezentant al DSP Județene
- Reprezentant al Instituției Prefectului.
- Reprezentanți ai Autorităților locale

3. Furnizori de servicii medico-sociale

- Medici de familie
- Medici specialiști
- Asistenți medicali comunitari
- Mediator sanitar
- Lucrători sociali

4. Reprezentanți ai societății civile active în domeniu:

- Experți în cadrul organizațiilor implicate în problematica romilor
- Lideri formali și informal din comunitățile

Zona geografică vizată:

Inițial, în cadrul programului de cercetare au fost incluse toate județele din regiunea N-E, respectiv: Botoșani, Vaslui, Suceava, Neamț, Bacău și Iași. În urma transmiterii unei adrese către Birourile Județene pentru Romi din cadrul Instituțiilor Prefectului din cele 8 județe, prin care am solicitat date cu privire la numărul populației de etnie romă (oficial și neoficial), singura autoritate județeană care a răspuns în timp util și care și-a manifestat intenția de a sprijini procesul de cercetare, a fost Biroul Județean pentru Romi din cadrul Instituției Prefectului Județului Neamț.

Având în vedere aceste aspecte, am selectat județul Neamț pentru a putea aplica metodologia de cercetare cantitativă și calitativă.

La nivelul județului Neamț a fost explorată în detaliu implementarea politicilor în domeniul sănătății adresate romilor și accesul populației incluse în programul de cercetare științifică la serviciile de sănătate și îngrijire.

Locațiile din județul Neamț în care s-au colectat datele au fost:

Urban: Piatra Neamț, Roman, Bicăz, Tg. Neamț, Roznov

Rural: Boghicea, Valeni, Bahna, Crăcăoani, Pipirig

Metode și tehnici de colectare a datelor

Cercetarea documentară

Scopul utilizării acestei metode a fost de a realiza un inventar al intervențiilor și programelor de finanțare adresate romilor începând cu anul 2000 și până în prezent, cu accent pe programele și intervențiile din domeniul sănătății, bazate pe documentele de politici publice care vizează îmbunătățirea situației romilor.

A fost realizată trecerea în revistă a tuturor programelor și intervențiilor specifice, a documentelor relevante, a cercetărilor existente, a cărților, a rapoartelor etc. În cadrul acestui

studiu au fost culese informații relevante, date și statistici privind situația politicilor publice care au vizat îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate publică.

Cercetarea a fost realizată prin analizarea surselor de informare disponibile: statistici oficiale, cadrul legislativ, date deținute de către organizații guvernamentale și nonguvernamentale sau alte tipuri de organizații implicate în problematica romilor, rapoarte de cercetare elaborate anterior. Pentru obținerea informațiilor au fost studiate articole, statistici, rapoarte precum și alte documente disponibile pe internet sau la sediul diverselor organizații, au fost realizate discuții cu reprezentanți ai diverselor instituții și organizații. În cadrul aceleiași activități a fost realizată și identificarea organizațiilor relevante în domeniul problematicii romilor ai căror reprezentanți au fost intervievați în cadrul componentei calitative a cercetării.

Cercetare calitativă

Componenta calitativă a presupus realizarea de **interviuri** cu persoane cheie, profesioniști, mediatori sanitari și alte persoane implicate în prezent sau în trecut în dezvoltarea sau implementarea de programe și politici publice care au vizat îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate publică.

Grupuri țintă

NIVEL CENTRAL (6 interviuri aprofundate)

- Reprezentant al Ministrului Sănătății
- Reprezentant al Agenției Naționale pentru Romi
- Experți în problematica sănătății publice
- Experți în problematica sănătății romilor
- Reprezentanți ai unor ONG-uri naționale implicate în problematica romilor

NIVEL JUDEȚEAN (3 interviuri aprofundate)

- Reprezentant al Biroului Județean pentru Romi din cadrul Instituției Prefectului
- Coordonatori ai programului de asistență medicală comunitară de la nivelul Direcțiilor de Sănătate Publică

NIVEL LOCAL (5 interviuri aprofundate)

- Primar
- Expert romi/consilier din cadrul Primăriei
- Mediator sanitar (MSR)
- Asistent medical comunitar (AMC)
- Medic de familie

Teme de interviu:

Aspecte generale

Cum se implică instituțiile publice în problematica persoanelor de etnie romă?

Descrierea situației persoanelor de etnie romă în contextul actual al României?

Probleme majore cu care se confruntă populația de etnie romă din România?

Politici publice pentru romi

Cum au influențat politicile publice viața persoanelor de etnie romă?

Care au cele mai importante măsuri luate la nivel central în ultimii 10 de ani legate de problematica persoanelor de etnie romă?

Care au cele mai importante măsuri luate la nivel central în ultimii 10 de ani, legate de accesul populației de etnie romă la serviciile de sănătate?

Care sunt măsurile legate de accesul populației de etnie romă la serviciile de sănătate cu efectul cel mai slab?

Care sunt efectele descentralizării asupra accesului romilor la serviciile de sănătate?

Având în vedere indicatorii ECHI privind starea de sanatate, au romii nevoie de masuri speciale în domeniul sănătății?

Rolul ONG-urilor și a finanțatorilor

Care factorii cheie implicați în realizarea și implementarea politicilor publice în domeniul sănătății adresate romilor pornind de la nivel central și ajungând la nivel local?

Cum se implică autoritățile în procesul de îmbunătățire a stării de sănătate a romilor?

Cum se implică organizațiile nonguvernamentale centrale și locale în acest domeniu?

Cum se implică finanțatorii în procesul de îmbunătățire a stării de sănătate a romilor?

Cum se implică organizațiile internaționale și instituțiile Europene în domeniul sănătății romilor?

Nivelul local/județean

Cum se implică DSP în sprijinul îmbunătățirii accesului romilor la servicii de sănătate? Care este aportul liderilor locali formali și informal în sprijinul îmbunătățirii accesului romilor la servicii de sănătate?

Care este aportul medicilor de familie în sprijinul îmbunătățirii accesului romilor la servicii de sănătate?

Care este impactul mediatorilor sanitari pentru romi în procesul de îmbunătățire a accesului romilor la servicii de sănătate?

Care este rolul BJR în procesul de îmbunătățire a situației stării de sanatate a populației rome?

Cum va fi adresabilitatea populație romă la serviciile medicale în contextul descentralizării?

Cum au fost implementate la nivel local/județean politicile publice care vizează îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate publică?

Care este gradul de cunoaștere de către membrii comunităților de romi a politicilor de sănătate care îi vizează? Cum au fost implementate la nivel local/județean politicile publice care vizează îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate publică?

Cum au fost evaluate politicile publice locale/regionale care vizează îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate publică?

Discriminare/tratament diferențiat al romilor în accesarea serviciilor

Romii sunt discriminați în ceea ce privește accesul la servicii în general și la servicii de sănătate în special? Sunt cunoscute măsurile anti-discriminare care vizează asigurarea accesului egal la servicii de sănătate de calitate pentru romi? Populația neromă întâmpină probleme în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate publică?

Accesul la serviciile de sanatate

Care sunt problemele legate de accesul romilor la serviciile de sănătate?

Care sunt problemele legate de accesul romilor la sistemul de asigurări de sănătate?

Care sunt problemele legate de accesul romilor la serviciile medicale primare?

Care sunt problemele legate de accesul romilor la serviciile medicale spitalicești?

Care sunt problemele legate de accesul romilor la serviciile medicale de urgențe (camere de gardă ale spitalelor, ambulanță? Care sunt problemele legate de accesul romilor la alte servicii medicale (stomatologice etc.)?

Programul de asistență medicală comunitară

Care este utilitatea MSR în procesul de îmbunătățire a accesului populației de etnie romă la serviciile publice în general? Care este percepția factorilor de decizie cu privire la sustenabilitatea programului de mediere sanitară?

Alte aspecte

Care sunt deciziile care ar contribui la creșterea accesului romilor la serviciile medicale publice?

Care este utilitatea politicii publice specific adresate romilor în domeniul sănătății?

Cercetare cantitativă

Testarea instrumentelor cercetării s-a realizat prin aplicarea unui **chestionar principal pentru romi și unul pentru neromi** în 2 comunități (câte 10 chestionare în fiecare comunitate).

Culegerea datelor

În vederea determinării volumului eșantionului pentru populația de etnie romă s-au luat în considerare principalele localități din județ, atât din mediul urban cât și rural, în care au fost heteroidentificate comunități cu număr semnificativ de romi.

În vederea determinării volumului eșantionului de populație majoritară, s-au luat în considerare datele recensământului populației și locuințelor din 2011. Astfel, chestionarele au fost aplicate în mod similar, atât pentru populația de etnie romă cât și pentru populația majoritară, cu ajutorul operatorilor de interviu, în diferite tipuri de comunități:

- a. comunități cu mediatorii sanitari și/ sau asistent medical comunitar. Întrucât ne așteptăm să fie diferențe între rezultate (i.e. acces la servicii) în funcție de mediul de rezidență au fost selectate atât comunități din mediul rural cât și comunități din mediul urban. Localitățile au fost selectate în funcție de existența mediatorilor sanitari și/sau asistenților medicali comunitari angajați din localitățile selectate în proiectul de cercetare.
- b. comunități similare cu cele de la punctul a, în care nu există mediatorii sanitari și/sau asistenți medicali comunitari. Atât pentru comunitățile din rural cât și pentru comunitățile urbane au fost selectate comunitățile similare pe cât posibil din cadrul aceleiași localități (pentru a controla astfel alți factori ce ar putea diferenția comunitățile alese). Similaritatea în cadrul aceleiași localități a fost dată de indicatori precum: tipul cartierului (blocuri tip ghetou, zonă de case periferică, zonă centrală etc.)

Teme ale chestionarului pentru romi:

- Date socio-demografice
- Stare de sănătate
- Accesul la servicii de asistență medicală primară
- Existența mediatorului sanitar/asistentului medical comunitar
- Sistemul de asigurări de sănătate
- Servicii spitalicești
- Accesul la servicii medicale de urgență
- Accesul la servicii furnizate de farmacii
- Informare privind serviciile de informare
- Servicii sociale
- Locuința și gospodărie
- Venituri și cheltuieli

Fișa comunității a fost aplicată la nivelul comunei în mediul rural și la nivelul comunității/zonei în mediul urban cu sprijinul Biroului Județean pentru Romi a județului Neamț.

Fișa comunității cuprinde informații privind:

- Caracteristici ale comunităților de romi – număr de romi pe zone/sate, tipul de comunități (comunități compacte, cu populație mixtă etnic etc), tradițională sau nu.
- Caracteristici ale localității – număr de locuitori, număr de medici de familie, număr de dispensare (dacă există), număr de asistente medicale etc., distanța până la cel mai apropiat dispensar etc.
- Informații referitoare la impactul activității de mediere sanitară și asistență medicală comunitară.

Eșantionul este unul reprezentativ pentru populația inclusă în programul de cercetare științifică, din localitățile incluse în proiect de cercetare. Numărul romilor heteroidentificați, conform datelor furnizate de BJR Neamț, în localitățile selecționate este de 18.110 de romi, iar numărul de persoane din populația majoritară conform INS este de 16.6936. Volumul eșantionului a fost stabilit utilizând software-ul realizat de Creative Research System.

Numărul total al respondenților: **759 de persoane (376 persoane de etnie romă și 383 persoane din râdul populației majoritare).**

Metoda de cercetare: sondaj – interviu față-în-față pe bază de chestionar administrat de operatorul de interviu.

Eroare maximă tolerată: +/-5-10 % la un nivel de încredere de 95%.

Eșantionare: Cercetarea a folosit un model de eșantionare probabilistă, stadial stratificată. În primul stadiu au fost selectate gospodăriile din fiecare comunitate din localitățile incluse în proiect. Gospodăriile și persoanele care au făcut parte din eșantion au fost selectate aleator ținându-se cont de următoarele criterii de stratificare: mediul de rezidență și tipul de comunitate (compactă sau diseminată).

În situația comunităților compacte selecția gospodăriilor s-a realizat după metoda drumului aleator iar în situația comunităților diseminate selecția gospodăriilor se va realiza după *metoda bulgărelui de zăpadă*. În fiecare gospodărie s-a ales o persoană cu vârsta peste 18 ani, folosindu-se regula zilei de naștere.

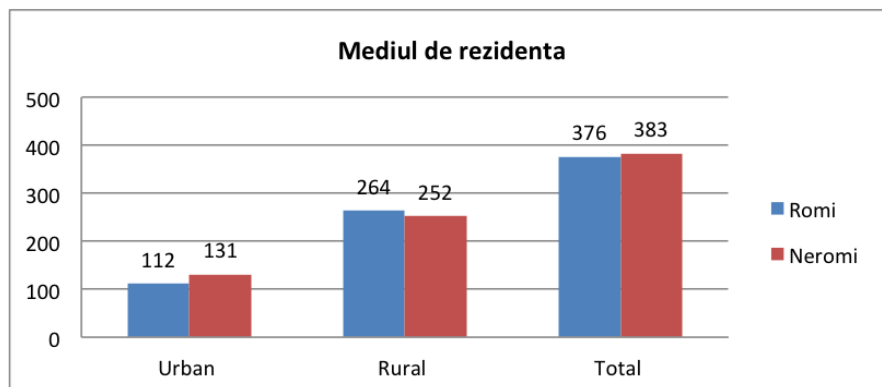
Colectarea datelor/aplicarea chestionarelor s-a realizat cu sprijinul unei echipe de 5 operatori instruiți, cu experiență anterioară în culegerea de date.

Capitolul 6 - Interpretarea datelor.

REZULTATE COMPONENTA CANTITATIVĂ

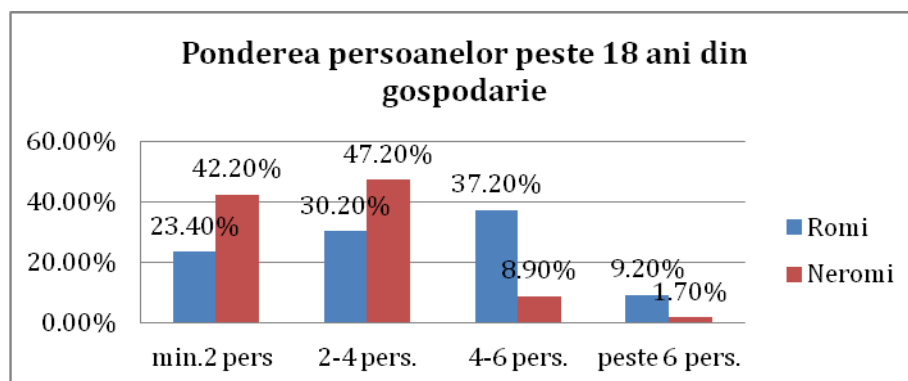
Mediul de rezidență și selecția respondenților

În cadrul proiectului de cercetare au fost aplicate un număr de 759 de chestionare, 376 chestionare aplicate respondenților de etnie romă și 383 de chestionare aplicate respondenților din rândul populației majoritare.

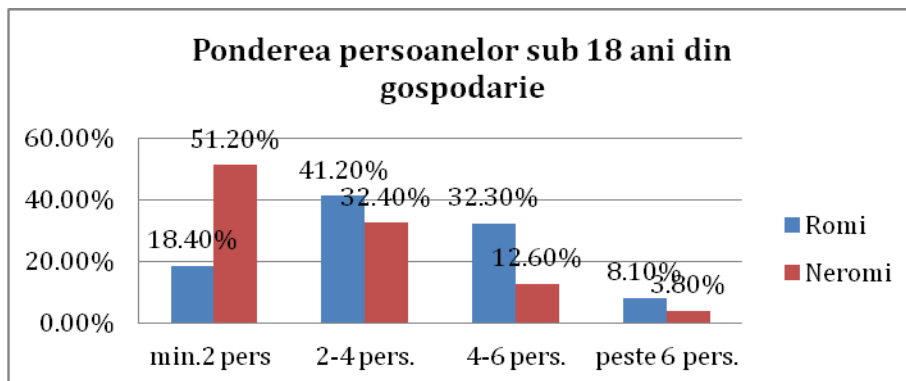


În ceea ce privește mediul de rezidență al respondenților, în mediul urban au fost aplicate un număr de 243 de chestionare (121 în rândul populației rome și 131 în rândul populației majoritare) și în mediul rural au fost aplicate un număr de 416 chestionare (264 în rândul populației rome și 252 chestionare în rândul populației nerome).

Ponderea persoanelor peste 18 ani din gospodărie diferențiază net cele două categorii de populații chestionate. În rândul populației rome s-a observat o densitate mai mare de persoane majore la *indicatorul 4-6 persoane*, respectiv 30,20% dintre respondenții rome menționând că locuiesc mai mult de 4 persoane în gospodărie în comparație cu respondenții majoritari care au înregistrat o valoare mai mare doar la *indicatorul 2-4 persoane*, respectiv 54,40%.



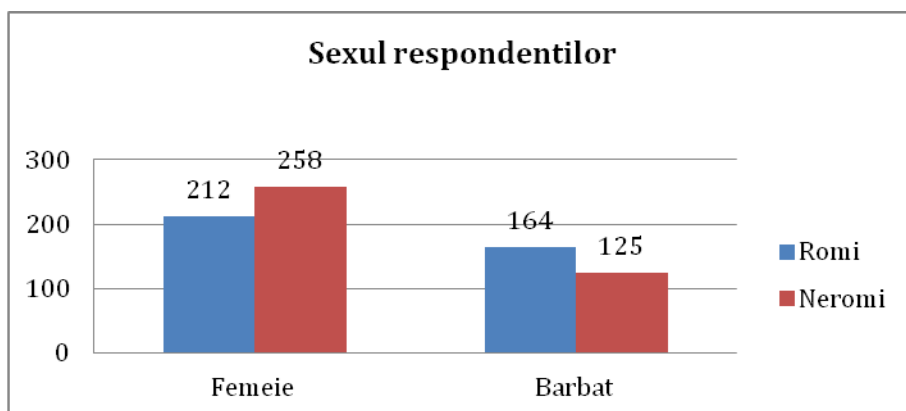
În ceea ce privește situația minorilor din gospodăriile chestionate se regăsește o situație asemanătoare, respectiv romii înregistrează valori mai mari la *indicatorul 4-6 persoane* (32,30%) în comparație cu populația majoritară care înregistrează valori mai mari la *indicatorul min.2 persoane* (51,20%).



Analizând datele cu privire la ponderea persoanelor din gospodărie putem concluziona că, în rândul populației rome, numărul minorilor din gospodăriile romilor este mai mare decât în rândul populației majoritare, ceea ce conduce la concluzia că rata natalității este mai ridicată în rândul populației rome decât în rândul populației majoritare. Însă în același timp, analizând datele cu privire la populația adultă care locuiește în aceeași gospodărie constăm că, datorită situației precare a locuirii (lipsa locuințelor) în aceeași gospodărie locuiesc minim două familii. În acest caz, punând în balanță valorile înregistrate cu privire la minori, constatăm că numărul copiilor care aparține unei familii se situează în jurul indicatorului min.2 copii/familie.

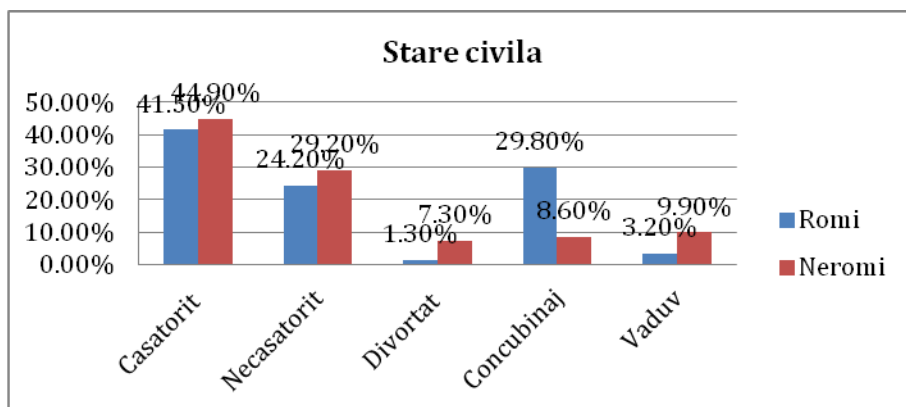
Date socio-demografice

În cadrul cercetării, numărul femeilor care au răspuns operatorilor de teren a fost mai mare decât numărul bărbaților.

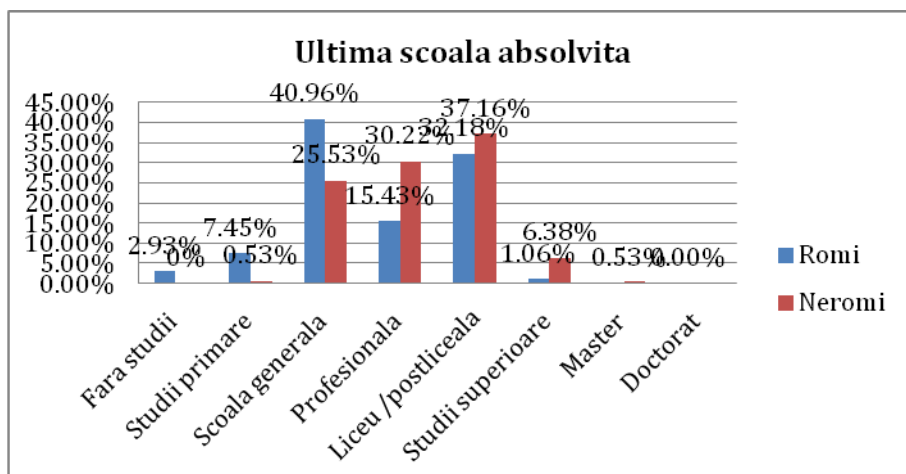


Cu privire la limba maternă a respondenților, limba română este recunoscută de majoritatea respondenților ca fiind limbă maternă (100% neromi și 63.83% romi). În ceea ce privește respondenții de etnie romă, 31.17% recunosc limba romani ca fiind limba maternă.

În ceea ce privește starea civilă a respondenților, un procent semnificativ dintre respondenți sunt căsătoriți (41.50% romi și 44.90% neromi). Variabilele utilizate în colectarea de informații scot în evidență o diferență a valorilor înregistrate la indicatorul *concubinaj* unde respondenții romi înregistrează valori mai mari, respectiv 29.80% romi și 8.60% neromi.



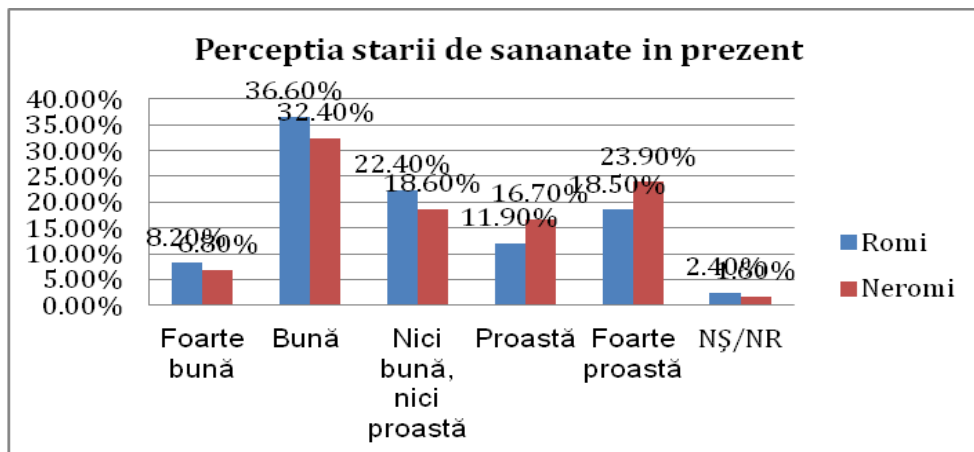
Nivelul de instruire al respondenților romi se situează în jurul indicatorului școala generală, (40.96% romi și 25.53% neromi) față de respondenții neromi care înregistrează valori mai mari la indicatorul *școala profesională* (30.22% neromi și 15.43% romi). La nivelul indicatorului *liceu* valorile înregistrate nu sunt semnificativ diferite între respondenții romi și respondenții neromi (37.16% neromi și 32.18% romi).



Aspecte generale

În ceea ce privește percepția respondenților cu privire la starea de sănătate, atât romii cât și neromii își percep starea de sănătate ca fiind bună. Diferența înregistrată la acest indicator (36,60%

dintre respondenții romi își apreciază starea de sănătate ca fiind bună în comparație cu 32,40% dintre respondenții neromi care își apreciază starea de sănătate ca fiind bună), ne determină să afirmăm că romii sunt mai optimiști (sau mai puțin informați, sau naivi) în aprecierea stării de sănătate.



În schimb la *indicatorul stare de sănătate foarte proastă* populația majoritară înregistrează valori mai mari, ceea ce donată faptul că, populația majoritară este mai realistă atunci când își apreciază starea de sănătate. 18,50% romi își apreciază starea de sănătate ca fiind foarte proastă în comparație cu 23,90% dintre neromi care își apreciază starea de sănătate ca fiind foarte proastă.

În ceea ce privește problemele cu care se confruntă respondenții, atât romii cât și neromii menționează lipsa banilor ca fiind cea mai mare problemă. 61,40% dintre romi și 63,80% dintre neromi apreciază că lipsa banilor îi afectează în foarte mare măsură.

Locul de muncă este o altă problemă care îi afectează pe respondenți, 54,80% dintre romi și 49,40% dintre neromi menționează că lipsa locurilor de muncă îi afectează în foarte mare măsură, ea determinând lipsă de venituri.

Starea de sănătate nu este considerată o problemă prioritară, situație caracteristică la nivel național, doar 32,80% dintre romi și 35,60% dintre neromi menționând că starea de sănătate îi afectează în mare măsură. Studiile de specialitate menționează că în topul problemelor prioritare, sănătatea ocupă în general locul al treilea, după resursele financiare și locurile de muncă. (Duminică et al, 2013)

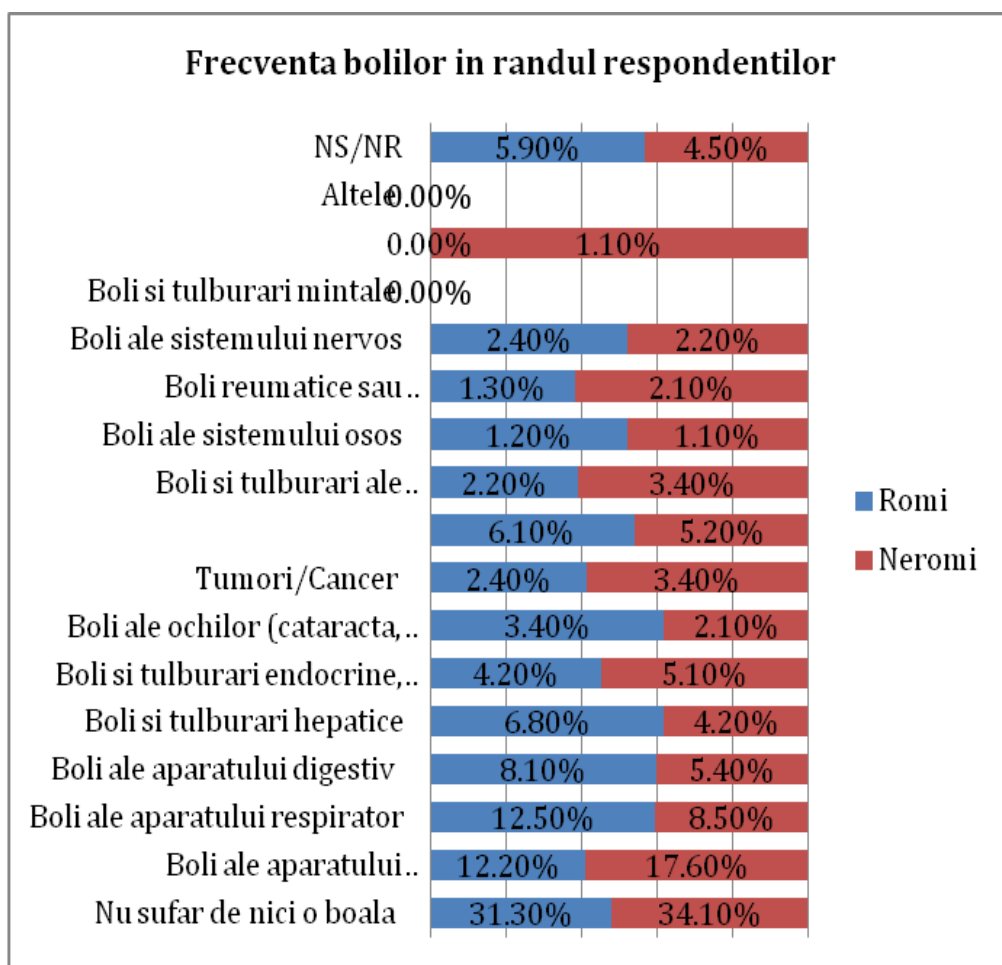
În ceea ce privește percepția respondenților cu privire la tratamentul diferențiat, bazat pe criteriul etnic, practicat de prestatorii de servicii, peste 45% dintre respondenții neromi apreciază că în comparație cu membrii etniei romilor, în accesarea serviciilor furnizate de școală, dispensar și

primărie sunt tratați la fel. În ceea ce privește populația romă, tot la această întrebare, un procent de peste 65% dintre respondenții romi au afirmat că sunt tratați diferențiat atunci când accesează serviciile furnizate de școală, dispensar și primărie. Luând în considerare intenția proiectului de cercetare de a analiza în oglindă răspunsurile celor două categorii de respondenți, comparația nu poate fi realizată deoarece trebuie să analizăm teoriile privind populațiile majoritare și populațiile minoritare. Însă, putem concluziona că, în cazul populației majoritare, respondenții nu cunoșteau sentimentul de a fi tratat diferit datorită apartenenței la un grup minoritar însă cunoșteau sentimentul de a fi tratat diferit bazat pe apartenența respondentului la un grup cu un statut inferior prestatorului de servicii. Dacă luăm în calcul această ipoteză, precum și datele obținute, putem concluziona că prestatorii din instituțiile menționate (spital/dispensar, școală, primărie) tratează diferențiat ambele categorii de populație.

În ceea ce privește situația actelor de identitate, cu mici diferențe, ambele categorii au menționat că sunt în posesia acestora, respectiv: certificate de naștere (99.47% respondenți romi și 100% respondenți neromi, cărți de identitate (95.92% respondenți romi și 97.41% respondenți neromi). Atât în cazul respondenților romi cât și în cazul respondenților neromi, lipsa certificatelor de naștere și lipsa cărților de identitate nu reprezintă faptul că nu au avut niciodată aceste acte de identitate. În momentul aplicării chestionarelor, aceștia au menționat că le-au pierdut și că se aflau în proces de a intra în posesia lor.

Starea de sănătate

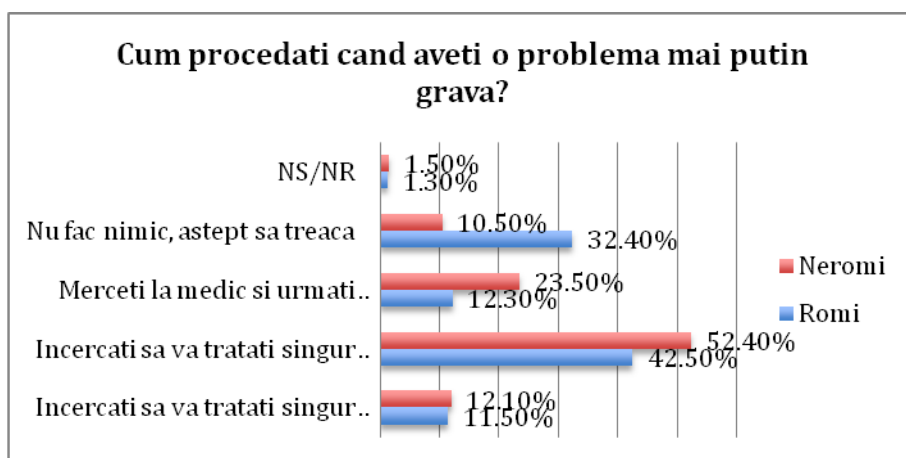
În ceea ce privește bolile cu care au fost diagnosticați respondenții, un procent semnificativ menționează că nu suferă de nici o boală (31.30% respondenți romi și 34.10% respondenți neromi). În domeniul bolilor cardiovasculare, 17.60% dintre respondenții neromi au menționat că au fost diagnosticați de către medic că suferă de boli cardiovasculare în comparație cu 12.20% dintre respondenții romi care suferă de același afecțiuni. În domeniul bolilor aparatului respirator, 12.50% dintre respondenții romi au menționat că suferă de afecțiuni ale aparatului respirator comparativ cu 8.5% dintre respondenții neromi diagnosticați cu afecțiuni similare. Dacă analizăm per ansamblu răspunsurile, constatăm că atât romii cât și neromii, cu mici diferențe, au fost diagnosticați de medic cu aceleași afecțiuni.



În ceea ce privește controlul medical preventiv, în lipsa bolii, , atât respondenții romi cât și respondenții neromi, au menționat că nu se adresează medicului (96,85% romi și 93.10% neromi) sau unui spital (92.32% romi și 89.90% neromi) pentru un control medical doar preventiv. De aici rezultă faptul că atât romii cât și neromii nu dau importanță necesității de a preveni îmbolnăvirile, adresându-se personalului medical numai atunci când apar simptome ale îmbolnăvirilor.

Atunci când apar probleme mai puțin grave de sănătate, respondenții încercă să se trateze singuri folosind medicamentele pe care le cumpără de la farmacie (42.5% romi și 52.40% neromi) sau prin metode terapeutice naturale.

Tot la această întrebare 32.40% dintre respondenți romi în comparație cu 10.5% dintre respondenții neromi preferă să nu facă nimic și să aștepte să treacă.



Analizând datele de mai sus observăm că 23.5% dintre respondenții neromi apelează la serviciile unui medic și urmează un tratament prescris în comparație cu 12.3% respondenți romi.

Accesul la servicii de asistență medicală primară

Asistența medicală primară este asigurată de medicul de familie. La întrebarea *sunteți înscris pe listele unui medic de familie*, marea majoritate a respondenților au răspuns afirmativ, respectiv 92.70% respondenți neromi și 86.17% respondenți romi.

În cazul respondenților care nu erau înscriși pe lista unui medic de familie, principala cauză care afectează această situație o reprezintă lipsa asigurărilor de sănătate (32.10% dintre respondenții romi și 28.20% respondenți neromi), urmată de neglijență (11.8% respondenți romi și 16.10% respondenți neromi) și de lipsa medicului de familie din localitate/comunitate (12.00% respondenți romi și 10.30% respondenți neromi).

Una dintre cauzele care afectează doar populația romă este reprezentată de refuzul medicilor de a-i înscrie pe lista de beneficiari, 6.10% dintre respondenții romi se confruntă cu această problemă.

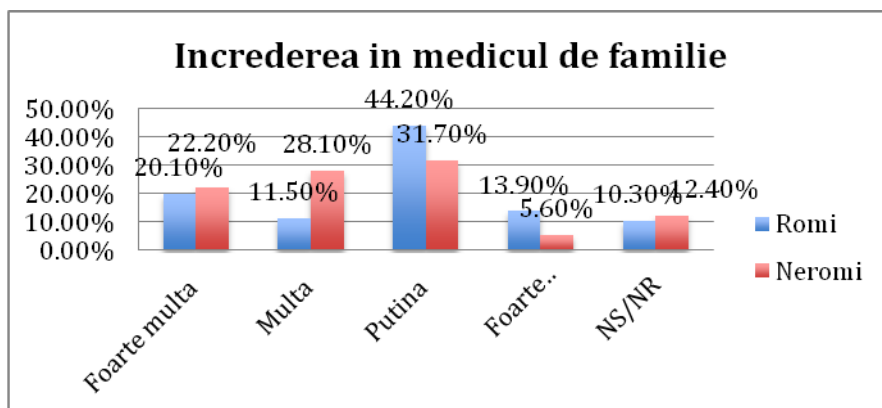
Alte cauze menționate de respondenți au fost:

- *Nu am știut că trebuie* (8.50% romi și 4.40% neromi)
- *Nu am avut nevoie* (12.20% romi și 22.30% neromi)
- *Nu am avut bani* (5.20% romi și 6.40% neromi)

Aceste răspunsuri denotă lipsa de informare a respondenților cu privire la funcționarea sistemului de asistență medicală primară. Faptul că nu au avut nevoie de serviciile medicale ne conduce la concluzia că, în continuare accesul la serviciile medicale este perceput din perspectiva lipsei bolii.

În conformitate cu drepturile pe care le conferă statutul de asigurat medical, pacientul are dreptul de a-și alege medicul de familie. La această întrebare 68.10% respondenți romi și 74.10% respondenți neromi au afirmat că și-au ales singuri medicul de familie, restul menționând că nu au avut această posibilitate, medicul la care sunt înscrși fiind singurul medic din localitate.

În ceea ce privește încrederea acordată medicului, răspunsurile respondenților romi cât și cei neromi sunt variate. Valorile cele mai mari le regăsim la *indicatorul puțin*, respectiv 44.20% dintre respondenții romi și 31.70% respondenți neromi, au menționat că au puțină încredere în medicul de familie.



În ceea ce privește frecvența cu care respondenții au apelat la medicul de familie în ultimul an, marea majoritate au răspuns că au apelat o dată la serviciile medicului respectiv 47.20% neromi și 32.20% romi. Însă, dacă analizăm răspunsurile primite la *indicatorul 2-3 ori* (42.10% respondenți romi și 36.40% respondenți neromi) și la *indicatorul 4-5 ori* (20.30% romi, 13.4% neromi) constatăm că frecvența romilor crește iar frecvența neromilor scade. Dacă corelăm răspunsurile de la această întrebare cu răspunsurile anterioare, putem concluziona că, în ciuda slabei încrederi pe care o au în medicul de familie, în prezența bolii sau a altor necesități, în lipsa unei alternative, aceștia apelează frecvent la serviciile de asistență medicală primară.

Principalele cauze pentru care respondenții au apelat la medicul de familie sunt:

Cauze	Romi	Neromi
Consultatie/Nu ma simțeam bine	14.20%	28.10%
Control din proprie inițiativă	5.20%	8.60%
Control la solicitarea medicului	23.10%	20.20%
Trimitere la medic specialist	6.80%	8.30%
Vaccinarea copiilor	15.80%	14.60%

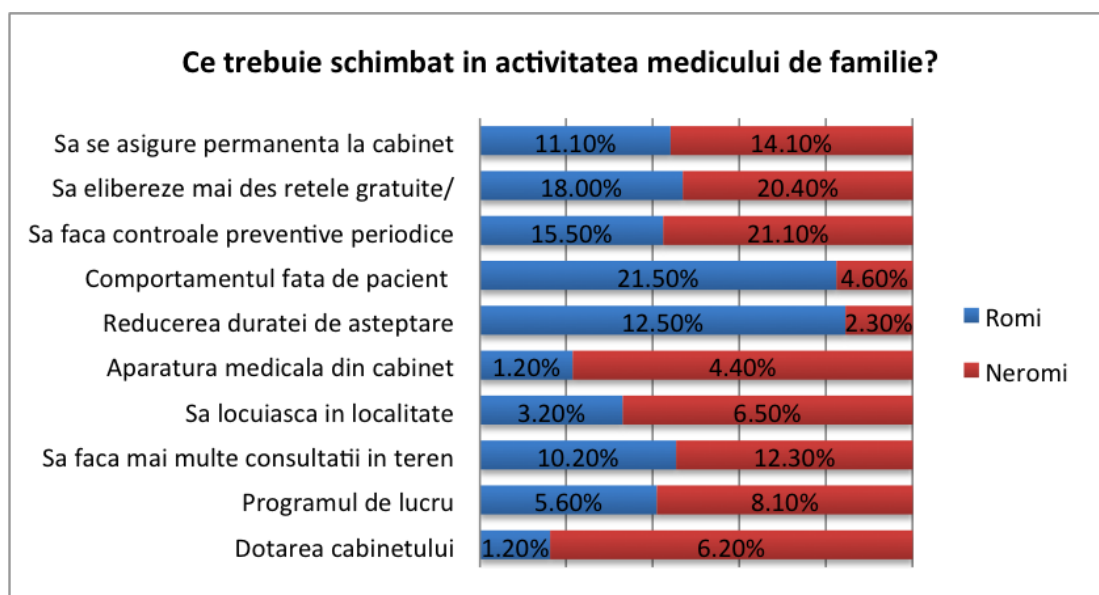
Analize medicale-sumar	8.20%	9.80%
Eliberarea rețetelor compensate	8.50%	3.10%
Eliberare de avize medicale	18.20%	7.30%

Analizând datele de mai sus constatăm că la *indicatorul eliberarea de avize medicale* valorile înregistrate de respondenții romi (18.20%) sunt net superioare valorilor respondenților neromi (7.30%). În schimb la *indicatorul consult medical* valorile înregistrate de neromi (28.10%) sunt aproape de doua ori mai mari decât valorile înregistrate de respondenții (14.20%), conducându-ne la ideea că populația majoritară este mult mai preocupată de evoluția stării de sănătate și identificarea problemelor de sănătate, încă din faza de debut.

În ceea ce privește activitatea și atitudinea medicului față de pacient, respondenții sunt nemulțumiți de faptul că: medicul refuză să acorde asistență medicală la domiciliu (92.80% romi și 96.20% neromi), nu respectă ordinea sosirii la cabinet (83.70% romi și 93.30% neromi), de multe ori lipsește de la program (63.30% romi și 71.10% neromi), nu cheamă pacienții la examenul de bilanț (62.50% romi și 57.80% neromi). În plus, cu privire la atitudinea medicului față de pacient, în cazul respondenților romi s-a întâmplat ca medicul să se comporte sau să vorbească urât cu aceștia (58.20 % romi), să facă remarci jignitoare cu privire la apartenența lor etnică (42.20% romi), sau să-i cheme altă dată pentru consultul medical, deși ar fi putut să ofere în acel moment consultația medicală de care pacientul avea nevoie (24.70% romi).

În ceea ce privește satisfacția respondenților cu privire la activitatea medicului de familie, un procent semnificativ dintre respondenți (52.50% romi și 43.60% neromi) au menționat că sunt nemulțumiți.

Analizând datele din graficul de mai jos, observăm că în rândul respondenților romi, valorile mai mari fac referire la necesitatea de a se schimba comportamentul medicului față de pacienții romi (21.50% romi) precum și reducerea duratei de așteptare (12.50% romi). În rândul populație majoritare valorile obținute fac referire la necesitatea ca medicul să asigure permanența la cabinet (14.10% neromi) și dotarea cabinetului (6.2% neromi). În ceea ce privește punctele comune pe care ambele tipuri de respondenți le-am schimba sunt: efectuarea de controale medicale periodice (15.50% romi și 21.10% neromi) și să elibereze mai des rețete gatuite și compensate (18.00% romi și 20.40% neromi).



În ceea ce privește vizitele la domiciliul ale medicului, atât respondenții romi (89.3% romi) cât și respondenții neromi (77.70 %) au menționat că niciodată nu au fost vizitați la domiciliu de către medicul de familie. Aceași situație se regăsește și în cazul asistenței medicale, respectiv 90.4% dintre respondenții romi și 69.9% dintre respondenții neromi au menționat că nu au fost vizitați nicodată la domiciliu de către asistenta medicală. Având în vedere contractul cadru al medicului de familie încheiat cu CAS, constatăm că medicul de familie încalcă prevederile contractului în care se menționează explicit necesitatea efectuării vizitelor la domiciliul pacienților. Această situație afectează în mod egal atât pacienții romi cât și pacienții neromi.

Programul de asistență medicală comunitară

În ceea ce privește existența programului de asistență medicală comunitară, am încercat să evidențiem importanța activităților asistentului medical comunitar -AMC (în cazul respondenților neromi) și importanța activității mediatorului sanitar rom -MSR (în cazul respondenților romi).

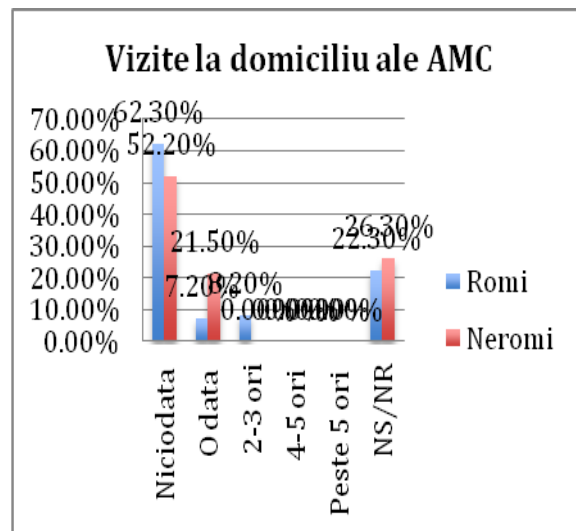
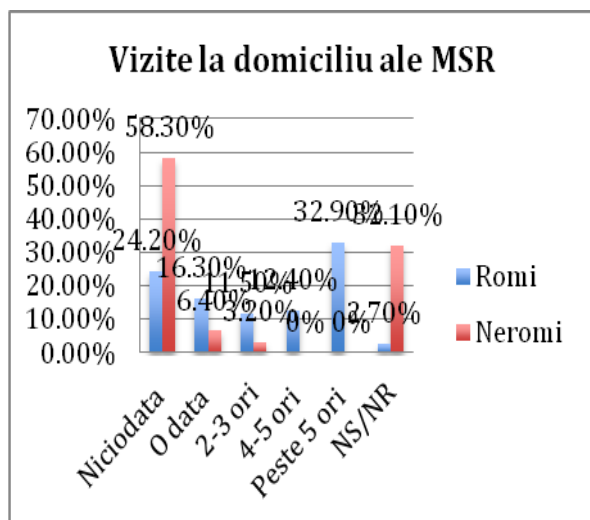
La întrebarea ”Comunitatea dvs este deservită de un AMC?”, în cazul neromilor 32.90% au menționat că există un AMC și 22.70% au răspuns că nu există AMC. Îngrijorator este răspunsul *Nu știu/Nu răspund* unde valoarea înregistrată este de 44.40%. În această situație interpretarea are doua sensuri respectiv: varianta 1 - respondentul nu a vrut să răspundă și varianta 2 – respondentul nu știa nimic despre activitate AMC. Întrebările de mai jos ne vor ajuta să înțelegem care va fi ipoteza de lucru.

La întrebarea ”Comunitatea dvs este deservită de un MSR?”, în cazul romilor 59.60% au menționat că există un MSR în comunitatea lor și 23.90% au răspuns că nu există un MSR în

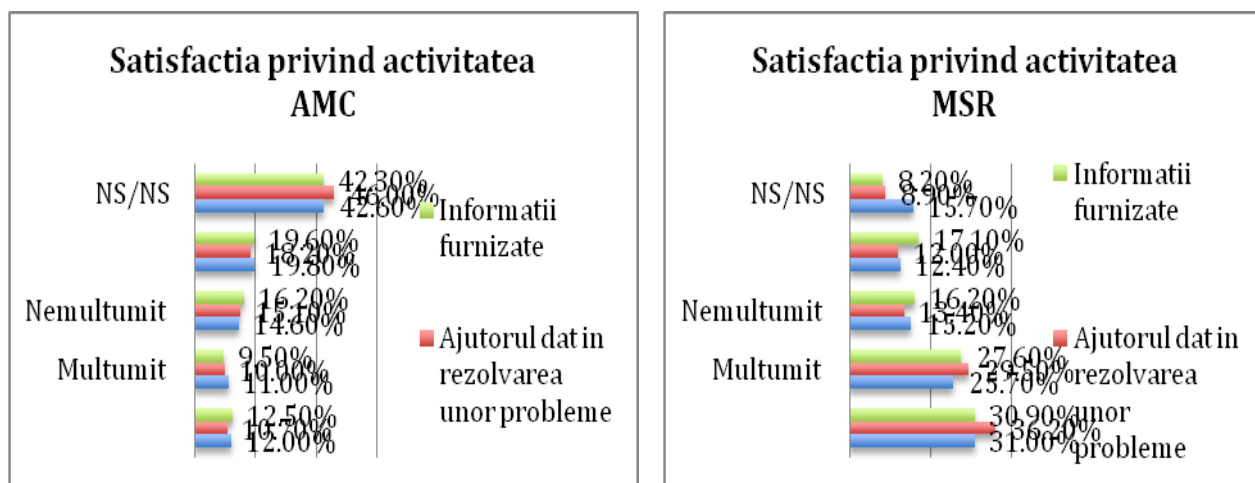
comunitate. Și în această situație avem o valoare la *indicatorul NS/NR* însă este mult mai mică în comparație cu valorile înregistrate la cele două variabile de răspuns. În acest sens, valoarea înregistrată la NS/NR nu va fi luată în calcul. În plus, respondenții romi au menționat că în comunitatea lor există și AMC care deservește comunitatea.

În ceea ce privește frecvența vizitelor la domiciliu ale AMC și MSR, analizând datele constatăm că MSR și AMC se preocupă mai mult de situația stării de sănătate a populației rome. Astfel, 32.90% dintre respondenții romi afirmă că au fost vizitați de MSR de peste 5 ori și 8.2% respondenți romi afirmă că au fost vizitați de AMC de 2-3 ori, lucru normal în conformitatea cu fișa de post a AMC.

În cazul respondenților majoritari, 62.30% au menționat că nu au fost vizitați niciodată de AMC însă interesant este faptul că 6.4% dintre aceștia au menționat că au fost vizitați o dată de MSR și 3.2% au menționat că au fost vizitați de mai mult de 2 ori de MSR. Analizând aceste date constatăm că MSR, chiar dacă nu are în fișa de post ca grup țintă populația majoritară, acesta oferă servicii și neromilor.



În ceea ce privește satisfacția respondenților privind activitatea AMC și MSR, am înregistrat următoarele date:



În cazul AMC, răspunsurile cu privire la satisfacția respondenților cu privire la informațiile furnizate, ajutorul dat în rezolvarea unei probleme și sfaturile acordate, se încadrează în categoria foarte nemulțumit (cu o medie de cca 19,2 %) și nemulțumit (cu o medie de cca 15.3%). Însă, având în vedere ponderea mare de respondenți care au refuzat să răspunda la întrebare, consider că nu putem emite o judecată de valoare cu privire la activitatea AMC.

În cazul MSR, situația este diferită în sensul că, răspunsurile cu privire la satisfacția respondenților cu privire la informațiile furnizate, ajutorul dat în rezolvarea unei probleme și sfaturile acordate, se încadrează în categoria foarte mulțumit (cu o medie de cca 32,7 %) și mulțumit (cu o medie de cca 27.6%). Adunând aceste două valori constatăm că procentul depășește 50% și în acest caz putem oferi MSR calificativul satisfactor pentru munca depusă.

În ceea ce privește informațiile transmise de AMC și MSR beneficiarilor, conform datelor obținute, situația este următoarea:

	AMC			MSR		
În ultimele 12 luni AMC/MSR v-au vorbit despre:	Da	NU	NS/NR	DA	NU	NS/NR
Planificare familială, metode contraceptive	7.00%	84.40%	8.60%	38.40%	53.80%	7.80%
Prevenire și combaterea violenței în familie	0.00%	92.50%	7.50%	2.80%	88.60%	8.60%
Infecții cu transmitere sexuală, HIV/SIDA	8.80%	78.70%	12.50%	24.60%	67.40%	8.40%
Sarcina, graviditate, lăuzie	26.20%	67.10%	6.70%	43.00%	50.20%	6.80%
Îngrijirea nou-născutului, vaccinări	15.60%	76.20%	8.20%	41.60%	50.90%	7.50%

Cancerul genital sau mamar	6.00%	87.20%	6.80%	24.30%	69.50%	6.20%
TBC și tratamentul acestuia	10.20%	81.40%	8.40%	38.60%	52.80%	8.60%
Asistență medicală a copilului și nou născutului	8.80%	83.70%	7.50%	52.10%	39.70%	8.20%
Promovarea alăptării la sân	6.00%	84.90%	9.10%	41.60%	50.20%	8.20%
Stil de viață sănătos, igiena personală	3.30%	85.10%	11.60%	38.40%	52.20%	9.40%
Cum se pot obține actele de identitate	2.70%	93.50%	3.80%	27.30%	64.30%	8.40%
Drepturile pe care le au cetățenii	1.30%	89.10%	9.60%	38.20%	55.00%	6.80%
Instituțiile care vă soluționează un caz de discriminare	0.00%	90.50%	9.50%	3.20%	88.20%	8.60%
Cum se accesează anumite servicii sociale	2.80%	88.60%	8.60%	46.50%	45.90%	7.60%
Atele (înscriere la medic, cursuri de formare, s.a)	1.30%	83.10%	15.60%	6.50%	84.10%	9.40%

Subiectele menționate în tabel, fac parte din fișele de post ale MSR și AMC.

În cazul MSR, analizând în detaliu tabelul de mai sus, constatăm că un procent semnificativ dintre respondenți au primit aceste informații. Nu știm în ce măsură putem să analizăm rezultatele pe termen lung a acestor sesiuni de instruire organizate de MSR în comunitățile pe care le deserveșc. Totuși constatăm că sunt subiecte mai puțin abordate în comunitate și anume, violența domestică, infecțiile cu transmitere sexuală și problemele legate de discriminare. Dacă în primele două cazuri manualul mediatorului sanitar atenționează MSR să trateze aceste subiecte încadrat în sistemul cultural, tradițional al comunităților, încă nu este clar, în condițiile în care 42.20% dintre respondenții romi sancționează remarcile jignitoare ale personalului medical cu privire la apartenența lor etnică, care este motivul pentru care MSR nu abordează cu beneficiarii subiectul legat de discriminare.

În cazul AMC, respondenții au primit în mică măsură informațiile. Din tabelul de mai sus, constatăm că informațiile despre sarcină și lăuzie înregistrează cea mai mare valoare, respectiv 26.2%. Restul indicatorilor înregistrează valori foarte mici, ceea ce ne conduce la ideea că munca AMC nu este suficient cunoscută în comunitățile pe care le deservește.

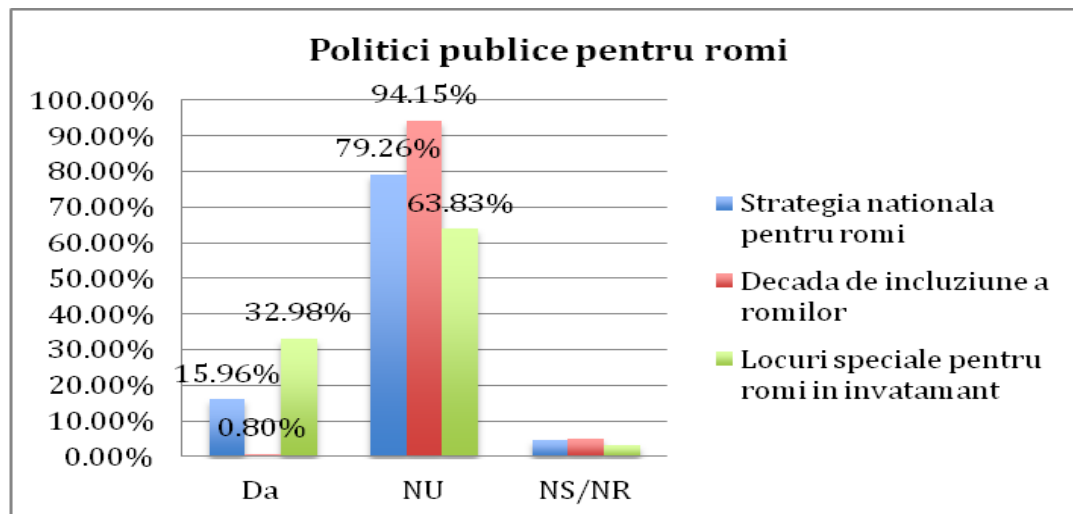
Analizând rezultatele obținute de cele două poziții AMC și MSR, constatăm că MSR este mai prezent în viața comunității decât AMC. Nu putem emite judecați de valoare cu privire la

statutul celor două poziții însă din datele rezultate reiese clar necesitatea că acest tip de lucrator trebuie să locuiască în comunitate, astfel încât să fie aproape de semenii lui. În cazul MSR, acesta este membru al comunității, cunoaște comunitatea și din această cauză are mai multă notorietate decât AMC care nu este obligatoriu să facă parte din comunitatea pe care o deservește. Programul de asistență medicală comunitară presupune că cele două poziții să alcatuiască echipa comunitară. Să lucreze împreună și să se completeze în activitate. MSR nu are studii în domeniul medical și nu este implicat în partea curativă a actului medical. Se ocupă de prevenție profilaxie, educarea comunității pentru schimbarea comportamentului față de importanța sănătății. AMC are în fișa de post și activități cu implicații în partea curativă a actului medical. În bagajul AMC este o trusă medicală care poate fi folosită în comunitate, în funcție de nevoie. Faptul că respondenții acestei cercetări nu știau de existența AMC sau erau nemulțumiți de activitatea acestuia, trebuie privit ca un semnal de alarmă pentru responsabili din Ministerul Sănătății care gestionează programul. În condițiile în care medicul de familie nu vizitează pacienții la domiciliul, AMC și MSR trebuie să completeze această situație delicată și programul de asistență medicală comunitară să devină mâna prelungită a prestatorilor de servicii medicale în promovarea acțiunilor de educație pentru sănătate.

Politici publice pentru romi

Pentru a identifica nivelul de informare al populației rome cu privire la politicile publice care le afectează viața, în cazul respondenților romi am aplicat două întrebări diferite față de respondenții majoritari.

La întrebarea *"Ați auzit de politicile publice pentru romi?"*..., am primit următoarele răspunsuri:

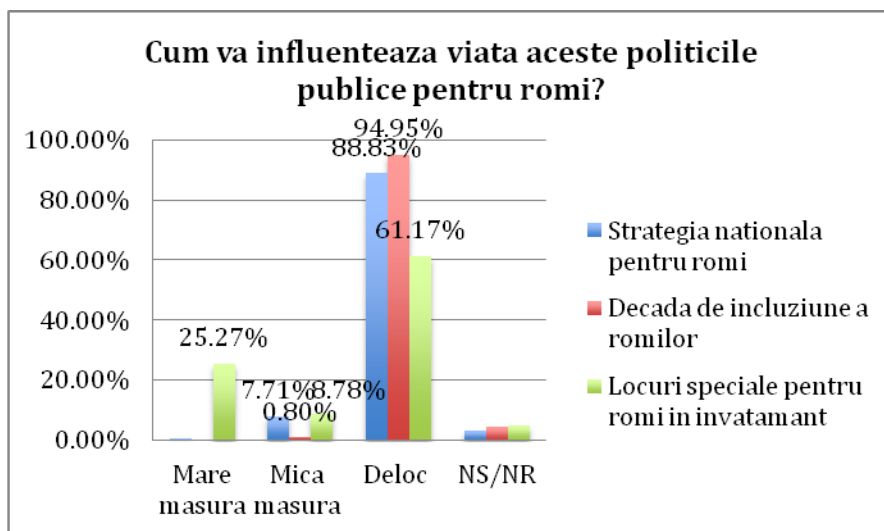


Din tabelul de mai sus, observăm că peste 63% dintre respondenți nu sunt informați cu privire la politicile publice care li se adresează .

Înregistrăm valori mai mari în ceea ce privește locurile speciale din învățământ, ceea ce denotă faptul că respondenții romi fie au pe cineva din familie beneficiar direct al acestei măsuri, fie sunt direct interesați de continuarea studiilor.

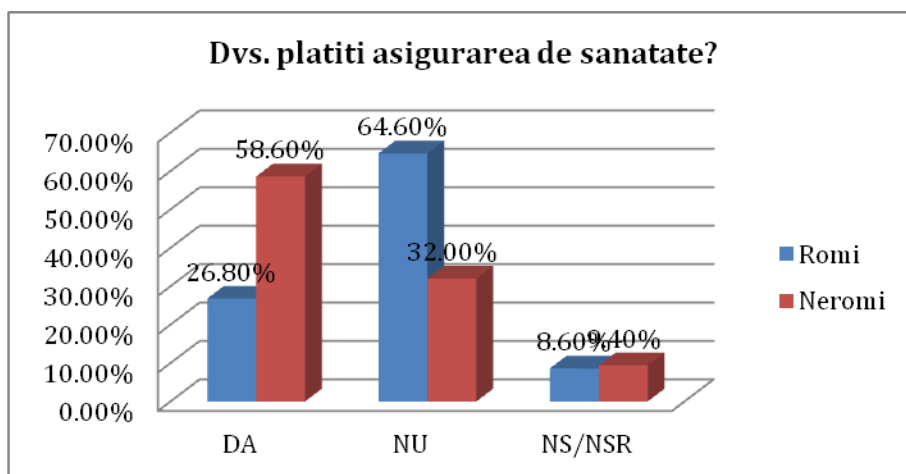
La întrebarea ”Cât de mult sunteți afectați de aceste politici?”, un procent semnificativ peste 60% din rândul respondenților au răspuns *deloc*.

Locurile speciale din învățământ constituie singura măsură care vine în sprijinul respondenților romi, respectiv 25.27%.



Sistemul asigurărilor de sănătate

În timp de 58.60% dintre respondenții majoritari menționează că plătesc asigurările de sănătate, în ceea ce privește neplata asigurărilor de sănătate, 64.60% dintre respondenții romi menționează că nu plătesc asigurările de sănătate. În aceeași situație de neplată se regăsește și un procent de 32.00% din rândul populației majoritare.



Principalele motive pentru neplata asigurărilor de sănătate invocate de respondenți sunt: lipsa banilor (30.5% romi și 26.30% neromi), nu au știut că trebuie să plătească CAS (6.5% romi și 3.5% neromi), nu au avut nevoie de asigurare de sănătate (11.60% romi și 6.80% neromi), lipsa locurilor de munca (37.8% romi și 40.5% neromi), nu știu cum să procedeze (6.8% romi și 2.6% neromi) și neglijență (3,2% romi și 4.80 neromi).

În ceea ce privește principalele motive pe care le invocă, atât romii cât și neromii vorbesc despre aceleași motive, respectiv lipsa banilor și lipsa locurilor de muncă.

În ceea ce privește modalitatea de plată a contribuției la CAS, marea majoritate dintre respondenți cunosc procedura prin care pot deveni asigurat medical, menționând reținerea contribuției de către angajator (38.5% romi și 42.5% neromi), plata directă la CAS în baza unui contract individual (12.60% romi și 16.20% neromi), în calitate de coasigurat (8.4% romi și 18.3% neromi), se reține din pensie (6.8% romi și 7.4% neromi) și în calitate de beneficiar al venitului minim garantat (22.4% romi și 5.3% neromi) - principale metode de plată.

Servicii spitalicești

În ceea ce privește serviciile spitalicești, în continuare plata informală/șpaga reprezintă cea mai mare problemă cu care se confruntă respondenții (26.4% romi și 29.60% neromi). Indicatorul *comportamentul față de pacienți* înregistrează și aceste valori ridicate în comparație cu alți indicatori, cu cca 5% mai mult în rândul beneficiarilor romi (16.60% romi și 11.20% neromi).

In opinia dvs. ce trebuie schimbat in spitalele din România	Romi	Neromi
Atenția, înțelegerea acordată pacienților de către personalul medical	11.80%	14.20%
Modernizarea unităților medicale	5.60%	6.20%
Plățile neoficiale/șpaga	26.40%	29.60%
Dotarea cu aparatură modernă	1.80%	2.80%

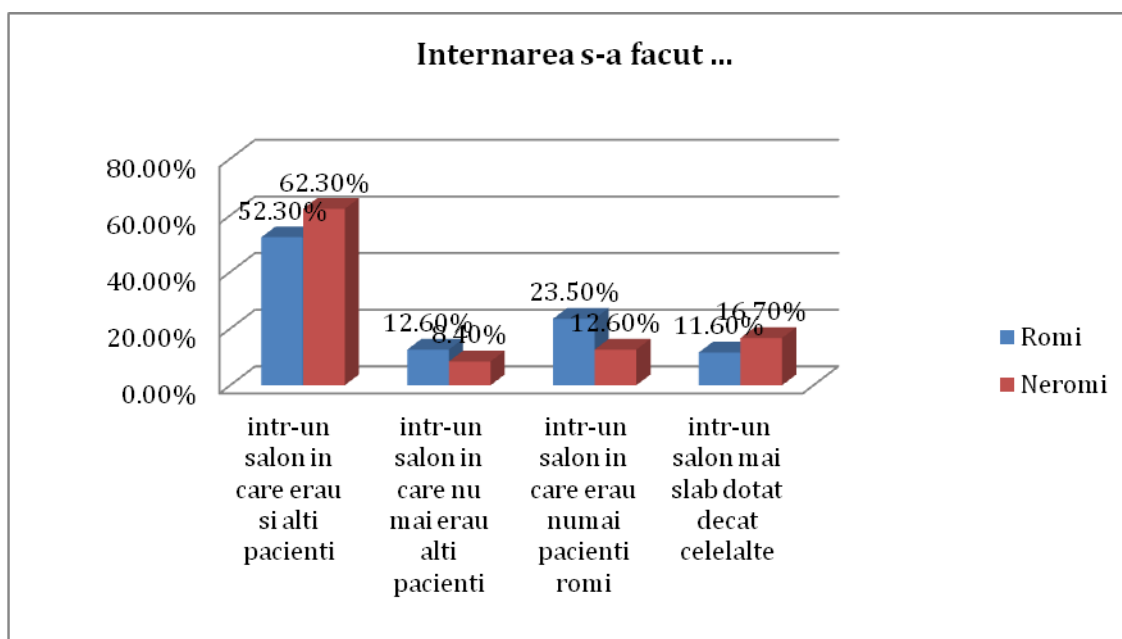
Mâncarea bolnavilor	2.80%	2.60%
Comportamentul față de pacient	16.60%	11.20%
Profesionalismul, seriozitatea medicilor	5.80%	6.40%
Igiena, curățenia din spital	10.40%	12.50%
NU ar trebui schimbat nimic	0.50%	0.70%
Altele (co-plata)	10.50%	8.20%
NS/NR	7.80%	5.60%

În plus, igiena și curățenia din spital sunt alți factori care necesită o intervenție imediată din punctul de vedere al respondenților (10.40% romi și 12.50% neromi). Având în vedere ultimile modificări legislative, co-plata este un alt factor care afectează accesul la serviciile spitalicești care, din punctul de vedere al beneficiarilor trebuie eliminată (10.50% romi și 8.20% neromi).

Întrebați dacă în ultimile 12 luni respondentul sau cineva din familie a fost internat în spital, respondenții au răspuns afirmativ în mică măsură, respectiv 18.2% romi și 25.50% neromi. Din acest procent, întrebați de câte ori au fost internați, peste 65% au menționat o singură dată (77.0% romi și 68.80 neromi).

Conform răspunsurilor primite, internarea pacienților s-a realizat prin Unitatea de Primiri Urgențe –UPU (73.4% romi și 57.2% neromi) și prin programare cu bilet de trimitere de la medicul de familie (26.60 romi și 42.80 % neromi). În continuare, valorile obținute ne duc la concluzia că în lipsa medicului de familie, romii se adresează cu precădere serviciilor UPU de la unitățile spitalicești.

Conform datelor obținute, în marea majoritate a cazurilor internarea pacienților s-a făcut în saloane în care erau și alți pacienți (62.30% neromi și 52,30% romi). Într-un procent mai mic, unii respondenți au menționat că au fost internați în saloane în care erau numai pacienți romi (23,50% romi și 12.60% neromi). Valorile obținute la acest indicator ne conduc pe două piste, respectiv în cazul romilor internarea s-a realizat în saloane segregate, special adresate populației rome, practica neoficială în cadrul unităților medicale cu paturi și în cazul majoritarilor internați în saloane în care erau numai pacienți romi, ipoteza se leagă de faptul că unitățile spitalicești tratează diferențiat populația pe baza statutului social inferior (persoană saracă, fără venituri, s.a).



În ceea ce privește comunicarea cu pacienții, din răspunsurile primite, constatăm că populația de etnie romă (74.47%), într-un procent mult mai mare decât populația majoritară (46,04%) nu primește informații despre procedurile medicale. Cu privire la posibilitatea de a refuza sau de a întrerupe o intervenție medicală, atât romii (93.9%) cât și neromii (81.20%) se confruntă cu aceeași problemă, nu primesc informații despre această posibilitate. Posibilitatea de a beneficia de o a doua opinie medicală nu se află în bagajul de informații al personalului medical pe care să-l livreze pacientului. Atât respondenții romi (70.74%) cât și respondenții neromi (62.40%) își manifestă dezaprobarea față de această practică.

În plină criză a sistemului medical românesc, lipsa medicamentelor din unitățile spitalicești reprezintă o barieră pentru pacient, care este nevoit să cumpere din exterior medicamentele și instrumentele sanitare de care are nevoie. Această problemă afectează în egală măsură toată populația. În studiul nostru 82.98% respondenți romi și 84.60% neromi menționează că au fost nevoiți să cumpere medicamente și alt instrumentar sanitar dintr-o unitate farmaceutică din exteriorul spitalului.

F 6. In timpul spitalizarii ...?	Da		Nu		NS/NR	
	Romi	Neromi	Romi	Neromi	Romi	Neromi
Ați primit explicații despre procedurile medicale la care ați fost supus?	22.34%	48.04%	74.47%	46.04%	3.19%	5.32%
Ați primit explicații despre diagnosticul stabilit,prognosticul și evoluția bolii?	59.57%	74.15%	36.70%	21.70%	3.72	4.15%
Ați primit explicații despre posibilitatea de a refuza sau de a întrerupe o intervenție medicală	2.66%	15.15%	93.09%	81.20%	4.26%	3.65%
Intervențiile medicale au fost efectuate cu consimțământul dvs?	85.11%	89.10%	11.17%	6.00%	3.72%	4.20%
Ați fost informat cu privire la posibilitatea de a beneficia de o a doua opinie medicală?	22.34%	32.38%	70.74%	62.40%	6.91%	5.22%
Ați primit explicații despre identitatea și statutul profesional al cadrelor medicale?	64.89%	77.80%	31.12%	15.95%	3.99%	6.25%
Ați fost nevoit să cumpărați medicamente sau alte materiale sanitare?	82.98%	84.60%	12.23%	10%	4.79%	5.60%

În ceea ce privește satisfacția respondenților cu privire la activitatea personalului medical, din analiza datelor rezultă că în marea lor majoritate, respondenții romi sunt nemulțumiți de prestația prestatorilor de servicii medicale din unitățile spitalicești, cu o valoare mai mare (59,57%) față de prestația infirmierelor.

Respondenții majoritari înregistrează o valoare mare la indicatorul privind prestația medicului, respectiv 48,9% dintre aceștia menționează că sunt foarte mulțumiți și 34.04% sunt mulțumiți. În ceea ce privește insatisfacția respondenților majoritari,valorile cele mai mari sunt înregistrate de prestația nesatisfacătoare a infirmierelor, urmând asistentele medicale cu o medie peste 26%.

Punctele comune de insatisfacție a respondenților romi și neromi sunt reprezentate de prestația infirmierelor și a asistetelor medicale. În ceea ce privește activitatea medicului, ambele categorii de respondenți au menționat că sunt mulțumiți cu o medie de peste 33 % și foarte mulțumiți cu o medie de peste 36%, cu o valoare mai mare în rândul respondenților majoritari.

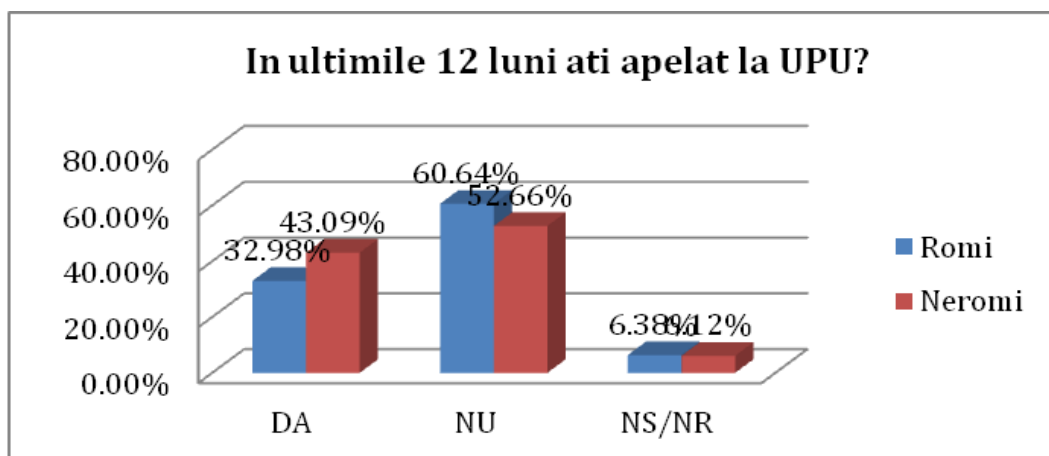
În ceea ce privește întrebarea ”În ultimile 12 luni s-a întâmplat să NU apelezi la serviciile spitalicești deși aveai nevoie?”, răspunsurile pozitive la ambele categorii de respondenți sunt peste 50%, respective 75.53% dintre respondenții romi au menționat că s-a întâmplat să nu apeleze la

serviciile spitalicești deși aveau nevoie și 58.85% dintre respondenții romi au menționat același aspect.

Cu privire la motivele care au stat la baza acestui răspuns, atât romii cât și neromi menționează -lipsa banilor (22.34% romi și 30.59% neromi), plata informală și coplata (20.74% romi și 36.97% neromi), lipsa asigurărilor medicale (14.89% romi și 11.97% neromi), distanța față de spital (14.63% romi și 11.97%), și comportamentul personalului medical față de pacient, acestea fiind principale cauze care determină această situație.

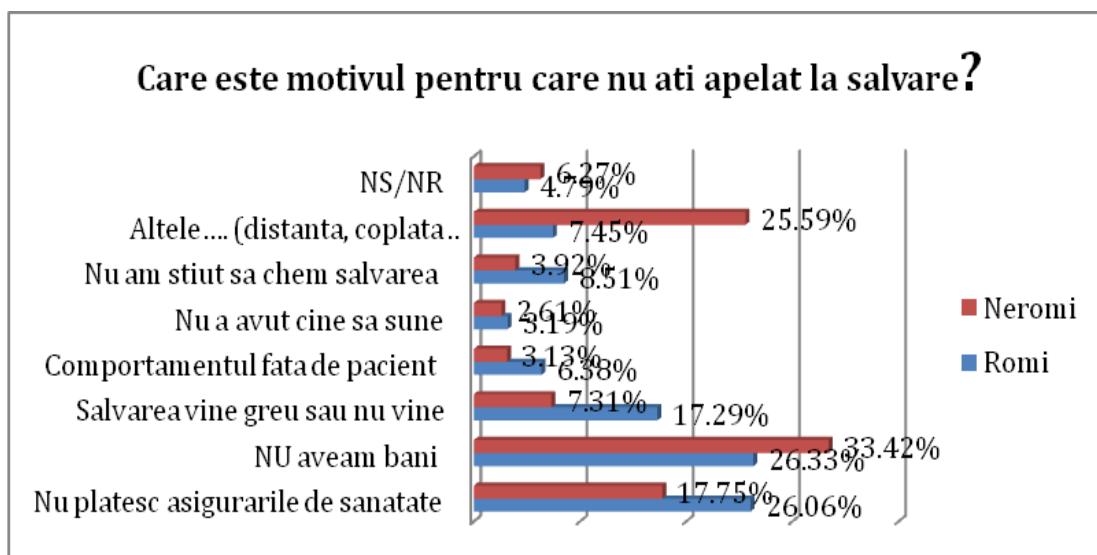
Accesul la serviciile medicale de urgență

În ultimile 12 luni, respondenții neromi (43.9%) au menționat că au apelat la serviciile de urgență în comparație cu 32,98% respondenți romi. Cu toate acestea dacă corelăm valorile înregistrate la această întrebare constatăm o diferență de cca 10% între respondenți, rezultând concluzia că populația majoritară consumă mai des servicii de urgență în comparație cu populația romă. Această afirmație combate unele concluzii ale altor cercetări care menționează că populația de etnie romă se adresează mai des serviciilor de urgență.



În ceea ce privește solicitarea ambulanței, rezultatele obținute scot în evidență faptul că atât romii (80.32%) cât și neromii (72.07%) au solicitat o singură dată în ultimul an serviciile ambulanței. Tot din răspunsurile primite, s-a întâmplat ca de multe ori respondenții romi (65.16%) și neromi (59.57%) să nu solicite serviciile ambulanței chiar dacă aveau nevoie.

Cauzele care au determinat această situație sunt: lipsa banilor (26.33% romi și 33.42% neromi), lipsa asigurărilor (26.06% romi și 17.75% neromi), distanța, coplata (7.45% romi și 25.59% neromi)



În cazul respondenților romi, constatăm că 17.29% au menționat că salvarea vine greu sau nu vine în comunitate, situație pe care o regăsim și în alte studii și rapoarte care analizează starea de sănătate a romilor.

Și în cazul apelării la serviciile de gardă ale unităților spitalicești situația este la fel ca în cazul apelării serviciilor UPU, respectiv 29.8% respondenții romi și 39.70% neromi au menționat că în ultimul an NU au apelat la serviciile de gardă ale unităților spitalicești. Diferența între serviciile de gardă și serviciile UPU ale spitalelor constă în faptul că serviciile de gardă nu dispun de aparatură și servicii dezvoltate ca în cazul serviciilor UPU. De obicei, serviciile de garda sunt oferite de un medic generalist care, în cazuri de urgență, acordă primul ajutor și, în funcție de gravitate, solicită Ambulanța pentru transportul pacienților la spitalele județene cu servicii UPU.

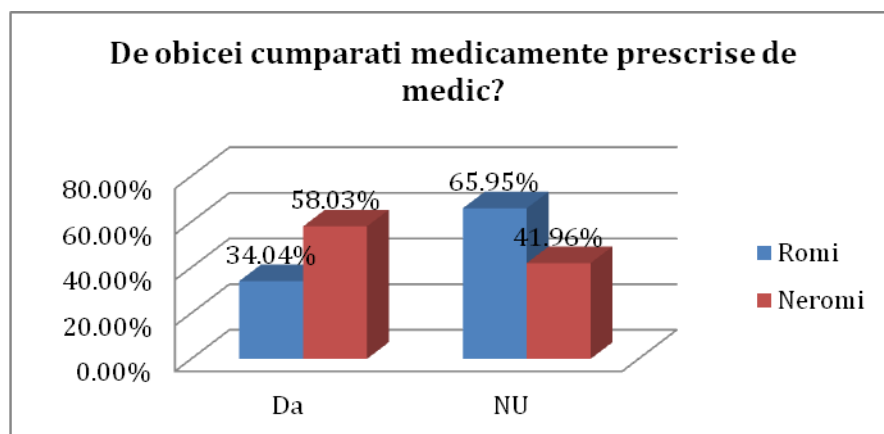
Principalele motive care determină respondenții să nu apeleze la serviciile de gardă sunt: lipsa resurselor financiare (15.40% romi și 14.10% neromi), nu a avut cine să-i însoțească (20.50% romi și 29.20% neromi) și timpul de așteptare prea mare (9.60% romi și 22.50% neromi).

Accesul la serviciile furnizate de farmacii

Conform răspunsurilor primite, în ultimile 12 luni, atât respondenții romi (59.60% romi) cât și respondenții neromi (69.40% neromi) au menționat că au cumpărat medicamente sau alte produse de la farmacie.

În ceea ce privește locația farmaciei, respondenții romi (62.70%) cât și respondenții neromi (71.80%) au menționat că farmacia se afla în localitatea în care aceștia își au domiciliul. Răspunsurile negative ne conduc la concluzia că, un procent semnificativ dintre respondenții romi și neromi se confruntă cu o problemă majoră atunci când trebuie să cumpere medicamente. Lipsa unei farmacii în localitatea poate constitui un factor de risc privind sănătatea populației.

În ceea ce privește consumul de medicamente, dacă analizăm răspunsurile primite constatăm că un procent de 65.95% dintre romi cumpără medicamente fără prescripția medicului în comparație cu 58.03% dintre respondenții romi care menționează că achiziționează medicamente pe baza unei prescripții medicale.



În cazul în care nu au o rețetă eliberată de un medic, în caz de îmbolnăvire, respondenții achiziționează medicamente bazându-se în mod special pe recomandarea farmacistului (73.60% neromi și 47.30% romi). O parte dintre respondenți au menționat că știu care sunt medicamentele de care au nevoie în caz de îmbolnăvire (22.60% romi și 16.10% neromi) și în cazul romilor se observă o valoare mai ridicată la consultarea cu un membru al familiei sau un prieten atunci când au o problemă de sănătate și nu dețin o rețetă medicală (25.8% romi și 6.20% neromi).

Informare privind serviciile medicale

Conform datelor colectate, în comunitățile în care au fost completate chestionarele, 59.90% dintre romii chestionați și 29.20% dintre neromii chestionați au menționat că în comunitatea lor există o persoană care promovează informații privind serviciile medicale.

În ceea ce privește furnizori de servicii de informare a populației privind serviciile medicale, respondenții plasează pe primele două locuri MSR (75.30% romi și 3.90% neromi) și AMC (64% neromi și 6.40% romi). Medicul de familie (6.60% romi și 9.40% neromi), asistentul medical (4.30% romi și 14.10% neromi) și asistentul social (3.20% romi și 4.70% neromi), sunt categorii de persoane care au informat membrii comunității cu privire la serviciile medicale. Analizând aceste aspecte putem concluziona că, în continuare programul de asistență medicală comunitară constituie principala metodă de informare a populației cu privire la serviciile medicale.

În ceea ce privește subiectele discutate cu lucrătorii comunitari care au vizitat comunitatea, respondenții menționează: planificarea familială (6.60% romi și 12.00% neromi), violența domestică (3.20% romi și 7.30% neromi), sarcina, graviditate (12.00% romi și 9.10% neromi), îngrijirea nou-născutului (17.30% romi și 11.70% neromi), programul de vaccinari (18.10% romi și 14.60% neromi), alăptarea nou-născutului (15.40% romi și 11.00% neromi), stil de viață sănătos (11.40% romi și 22.70% neromi), cum se accesează serviciile de sănătate (12.80% romi și 6.80% neromi), venitul minim garantat, obținere acte de identitate (3.20% romi și 4.80% neromi). Variantele de răspuns coincid cu activitățile din fișele de post a AMC și MSR. Având în vedere valorile obținute, putem concluziona că programul de asistență medicală comunitară este foarte util din perspectiva informării membrilor comunității și schimbarea comportamentului populației față de starea de sănătate, atât în rândul populației romă cât și în rândul populației majoritare.

În ceea ce privește informarea prin intermediul materialelor informative, 54.80% dintre respondenții majoritari și 38.80% dintre respondenții romi au menționat că au primit materiale informative. În general acestea sunt distribuite prin intermediul cabinetelor medicale și prin intermediul lucrătorilor de teren (AMC și MSR).

Informarea privind serviciile sociale

În ceea ce privește nivelul de informare a respondenților cu privire la modalitatea prin care o persoană poate beneficia de programe/ajutoare sociale s-au înregistrat următoarele valori:

În ce măsură cunoașteți modalitatea prin care o persoana poate beneficia de următoarele ajutoare/programe	Romi	Neromi
Ajutor pentru rechizitele școlare	6.10%	11.70%
Alocații familiale	9.30%	13.30%
Burse pentru elevi și studenți	3.20%	9.40%
Alte ajutoare acordate de DPC	11.20%	12.50%
Ajutor social (VMG)	27.10%	17.00%
Ajutor special pentru persoane cu handicap	8.00%	8.10%
Ajutoare de urgență acordate de AL	6.90%	12.00%
Alte ajutoare acordate de AL (încălzire)	17.30%	9.10%
Ajutoare oferite de ONG-uri	9.30%	6.30%
Masa la cantina socială	1.60%	0.50%

Analizând tabelul de mai sus, constăm că din punct de vedere al nivelului de cunoaștere a modalității de obținere a beneficiilor promovate de serviciile sociale nu sunt diferențe majore. În cazul romilor (27.10% romi și 17.00% neromi) constatăm valori mai mari la indicatorul *venitul minim garantat* și la indicatorul *alte ajutoare acordate de AL* (17.30% romi și 9.10% neromi). Corelând răspunsurile cu sursa de venit, constatăm că în cazul romilor sunt înregistrate valori mai mari la indicatorul privind venitul minim garantat (16.49% romi și 7.32% neromi). De aici putem concluziona că romii cunosc mai bine procedura de acordare a VMG și a altor ajutoare (încălzire) acordate de AL, deoarece au calitatea de beneficiari direcți.

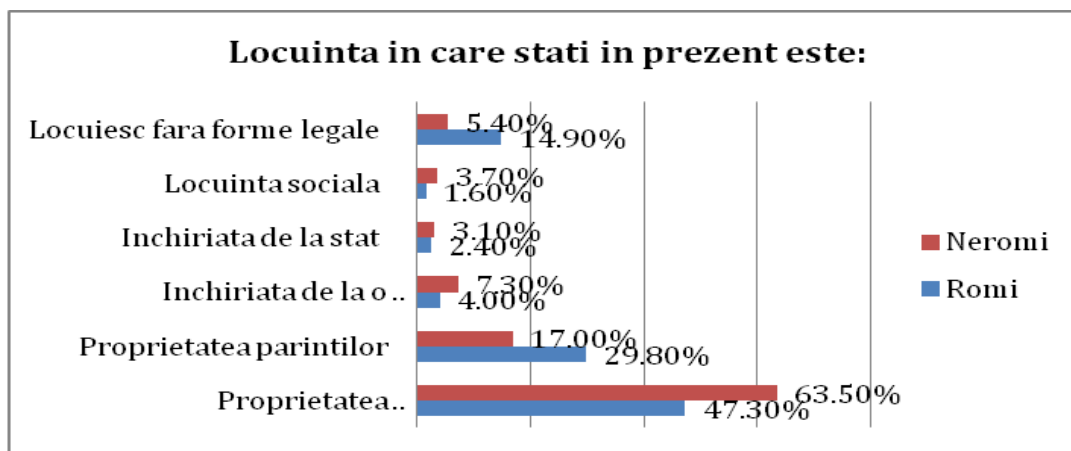
În schimb, respondenții majoritari înregistrează valori mai mari la indicatorul *ajutor pentru rechizite școlare* (11.70% neromi și 6.10% romi) și la indicatorul *ajutoare de urgență acordate de AL* unde sunt înregistrate valori mai mari (12.00% neromi și 6.90% romi)

La întrebarea ”*Dacă în ultimile 12 luni, au beneficiat de programele oferite de serviciile sociale?*”, constatăm că există o diferență înregistrată între romi (23,70% romi) și neromi (19.80% neromi) la indicatorul *venit minim garantat* precum și la ajutoarele oferite de ONG-uri unde romii (10.10% romi) înregistrează valori mai mari decât neromii (3.10% neromi). Valori diferite regăsim și la indicatorii *ajutoare de urgență alocate de AL* unde respondenții majoritari înregistrează valori mai mari (19.80% neromi și 14.40% romi) la indicatorul *alte ajutoare oferite de AL (încălzire)* unde respondenții romi înregistrează valori mai mari (25.00% romi și 16.20% neromi).

În ultimile 12 luni, în gospodăria dvs a beneficiat cineva de următoarele ajutoare/programe	Romi			Neromi		
	DA	NU	NS/NR	DA	NU	NS/NR
Ajutor pentru rechizitele școlare	17.30%	76.30%	6.40%	14.10%	85.90%	6.80%
Alocații familiale	9.60%	84.60%	5.90%	8.90%	91.10%	6.00%
Burse pentru elevi și student	6.40%	87.00%	6.60%	14.60%	85.40%	6.30%
Alte ajutoare acordate de DPC	8.50%	85.90%	5.60%	16.20%	83.80%	6.50%
Ajutor social (VMG)	23.70%	69.70%	6.60%	19.80%	80.20%	5.70%
Ajutor special pentru persoane cu handicap	4.00%	91.20%	4.80%	4.70%	95.30%	5.00%
Ajutoare de urgență acordate de AL	14.40%	69.40%	5.60%	19.80%	80.20%	6.50%
Alte ajutoare acordate de AL (încălzire)	25.00%	78.70%	6.90%	16.20%	83.80%	6.50%
Ajutoare oferite de ONG-uri	10.10%	84.30%	5.60%	3.10%	96.90%	5.70%
Masa la cantina socială	0.80%	96.00%	3.20%	1.30%	98.70%	3.70%

Date despre locuință și gospodărie

În ceea ce privește locuința, marea majoritate a respondenților au menționat că locuința se află în proprietatea lor sau a partenerului lor (47.30% romi și 63.50% neromi). Un alt segment dintre respondenți (posibil persoane tinere necăsătorite) au menționat că locuința este în proprietatea părinților (29.80% romi și 17.00% neromi). La indicatorul *persoane care locuiesc fără forme legale* se înregistrează valori mai mari la populația romă (14.90% romi) decât la populația majoritară (5.30% neromi).



În ceea ce privește dotarea gospodăriei s-au înregistrat valori diferite la indicatorii *autoturism* (14.90% romi și 22.50% neromi), *mașină de spălat automată* (11.20% romi și 40.70% neromi), *frigider* (29.80% romi și 75.50% neromi) și *Wc în interiorul locuinței* (29.80% romi și 41.50% neromi). Compararea acestor indicatori ne conduce la ideea că gospodăriile romilor sunt mai puțin dotate cu lucruri necesare de zi cu zi (frigider și mașină de spălat) care pot afecta starea de sănătate. Lipsa frigiderului poate însemna alterarea alimentelor și consumul acestora poate duce la îmbolnăvirea gravă a persoanei. Lipsa mașinii de spălat poate însemna o igienă personală și a familiei precară care poate conduce la îmbolnăviri.

Prezența telefonului mobil atât în rândul romilor cât și în rândul neromilor (94.70% romi și 96.10% neromi) reprezintă o necesitate și un instrument prin care populația poate solicita serviciile de urgență în caz de nevoie.

Prezența computerului în gospodăriile respondenților (17.30% romi și 25.10% neromi) poate constitui o sursă de informare în condițiile în care acesta este racordat la rețeaua de internet.

Aveți în gospodărie	Romi		Neromi	
	Da	Nu	Da	Nu
Autoturism	14.90%	85.10%	22.50%	77.50%
WC în interiorul locuinței	29.80%	70.20%	41.50%	58.50%
Telefon mobil	94.70%	5.30%	96.10%	3.90%

Telefon fix	3.20%	96.80%	17.80%	82.20%
Frigider	29.80%	70.20%	75.50%	24.50%
Masina de spalat automata	11.20%	88.80%	40.70%	59.30%
Computer	17.30%	82.70%	25.10%	74.90%

În ceea ce privește accesul la utilități, constatăm diferențe între romi și neromi datorate, pe de o parte, distanței mari dintre comunitatea de romi și rețeaua de utilități, iar pe de alta parte, dezinteresului autorităților locale de a extinde rețelele și în comunitățile cu romi.

Aveți în gospodărie	Romi		Neromi	
	Da	Nu	Da	Nu
Apa curentă (la rețea)	33.50%	66.50%	64.80%	35.20%
Curent electric	95.20%	4.80%	97.50%	2.50%
Canalizare	23.10%	76.90%	64.80%	35.20%
Gaze	24.50%	75.50%	66.80%	33.20%
Salubritate	23.10%	76.90%	75.50%	24.50%

În general, răspunsurile pozitive ale romilor cu privire la accesul la utilități sunt culese în special din rândul respondenților din localitățile urbane (112 respondenți romi în mediul urban). În mediul rural, chiar dacă situația este nesatisfăcătoare din punctul de vedere al respondenților, populația neromă beneficiază în mai mare măsură de accesul la utilități decât populația romă.

Singurul indicator care nu poate face diferență între romi și neromi este indicatorul *acces la rețeaua electrică* unde valorile înregistrate sunt peste 90% atât în rândul romilor (95.20%) cât și în rândul neromilor (97.50%).

Situația veniturilor respondenților

Cu privire la principalele surse de venit au fost înregistrate următoarele valori:

Principala sursă de venit?	Romi	Neromi
Salariu la stat	2.13%	7.31%
Salariu la particular	4.26%	9.92%
Pensie	7.45%	10.97%
Ajutor de somaj	3.19%	4.18%
Alocație copii	9.57%	3.57%
Munca zilier	6.38%	12.53%
Venit minim garantat	16.49%	7.32%
Ajutoare de urgență	3.19%	2.09%
Alte transferuri sociale	6.38%	7.31%
Bani primiti de la rude din străinătate	6.91%	2.87%
Pensie alimentară sau bani de la părinți	6.91%	3.13%

Profit afacere	2.13%	4.44%
Burse de studiu	1.60%	3.13%
Venituri din convenție civila	4.26%	6.53%
Niciuna	13.83%	2.87%
Altele...(vânzator ambulant, liber profesionist)	2.13%	8.96%
NS./NR	3.19%	2.87%

Analizând datele din tabel, constatăm că există o diferență semnificativă între romi și neromi la indicatorul privind *venitul minim garantat* (16.49% dintre romi menționând VMG ca principală sursă de venit în comparație cu 7.32% neromi) și la indicatorul *niciuna* în care romii menționează în proporție de 13.83% că nu au nici o sursă de venit în comparație cu 2.87% neromi care se confruntă cu aceeași problemă.

REZULTATE COMPONENTA CALITATIVĂ

În procesul de interpretare a datelor, am încercat să aprofundez și să colectez informații despre politicile publice pentru romi în domeniul sănătății implementate la nivel național și la nivel județean/local. Culegerea informației s-a realizat prin interviuri realizate cu subiecți romi și neromi, cu experiență diferită în procesul de implementare a politicilor publice pentru romi atât la nivel de decizie cât și la nivel de implementare/evaluare. Interviurile s-au realizat în baza grilei de întrebări transmise inițial respondenților însă în timpul discuțiilor, în funcție de claritatea răspunsurilor și în funcție de nevoia de cunoaștere, în calitate de operator de interviu, am adresat și alte întrebări care nu au fost incluse inițial în grila de întrebări.

Aspecte generale

Din discuțiile realizate cu respondenții, în prezent, chiar dacă România este stat membru UE, îndeplinindu-și obligațiile asumate în perioada de aderare față de problematica romilor, aceasta constituie încă un subiect important pe agenda publică, atât la nivel național cât și la nivel internațional. În contextul în care populația romă din România beneficiază de o politică specială care își propune incluziunea socială a populației defavorizate din comunitățile cu romi, situația acestei minorități este încă în stadiul de identificare a problemelor și planificarea soluțiilor.

„, Chiar dacă România, în perioada de aderare, și-a îndeplinit obiectivul impus de UE cu privire la problematica romilor, situația acestei minorități încă se află pe agenda publică românească și europeană. Asumarea unei strategii a constituit punctul culminant pentru Guvernul României. Am ”pozat” bine în fața reprezentanților UE însă, îmbunătățirea situației romilor nu se realizează doar prin asumarea unei strategii naționale adresate acestei minorități. Măsurile din strategie trebuiesc

implementate. Acest lucru înseamnă asumare și voință politică, asumare financiară și voință din partea funcționarilor din instituțiile publice în procesul de implementare”. (dr. în sociologie, bărbat rom, director ONG)

Principalele probleme cu care se confruntă un segment important din rândul membrilor minorității romă din România sunt reprezentate de gradul ridicat de săracie din care derivă și alte probleme. Lipsa locurilor de muncă, mentalitatea concentrată pe obținerea unor venituri minime necesare traiului de subzistență, lipsa veniturilor permanente care să asigure bunăstarea familiei, lipsa educației, acces redus la servicii sociale și medicale de bază, sunt factori care conduc la excluziunea socială a populației.

„ Imaginea susținută de mass-media românească, care, apropo, este formator de opinie, este cea a etnicului rom cu titlu de rege sau împărat, cu mult aur, palate și mașini scumpe, petreceri mari și luxoase. Însă, câți dintre romi traiesc în aceste condiții de lux exagerat? Cât dintre romi își permit luxul de a arunca cu bani lautarilor? Cu siguranță un procent foarte mic în comparație cu populația generală a romilor. În ceea ce privește bunăstarea, atât la romi, cât și la neromi este diferită de la caz la caz. Marea majoritate a romilor și în special cei din mediul rural, care trăiesc în așa zisele ”figăanii”, traiesc într-o săracie lucie. Nu își pot procura hrana de zi cu zi, nu au acces la servicii sociale și medicale de bază. Societatea îi respinge. Aceia reprezintă populația vulnerabilă din punct de vedere al excluziunii sociale” (doctor în sociologie, femeie romă, coordonatar programe ONG).

În ceea ce privește implicarea instituțiilor publice în procesul de îmbunătățire a situației romilor expuși riscului de excluziune socială, din discuțiile cu respondenții au rezultat două puncte de vedere diferite. Din punctul de vedere al funcționarilor din instituții, statul se implica foarte mult în rezolvarea problematicei romilor. Realizarea și asumarea unei strategii, implementarea de programe adresate romilor, participarea la întâlniri care analizează problematica romilor sunt principalele argumente care stau la baza afirmației că statul este implicat.

„ Avem o strategie pentru romi pe care instituțiile publice sunt obligate să o respecte și să o pună în aplicare. BJR monitorizează implementarea strategiei la nivel județean.” (barbat rom, consilier Instituția Prefectului –BJR)

„ Instituțiile se implică activ în problematica romilor. Realizarea de planuri locale pentru romi, angajarea unui expert rom care să se ocupe de implementarea planului, sunt argumente suficiente care demonstrează implicarea statului” (bărbat nerom, primar)

Din punctul de vedere al respondenților din societatea civilă, situația este diferită. Statul român, prin instituțiile publice, este implicat doar din perspectiva discursului public. Strategia pentru romi este doar pe hârtie și rezultatele întârzie să apară. O strategie națională care nu are buget și un set de indicatori de performanță care să permită măsurarea stadiului implementării constituie o problemă majoră care a fost semnalată statului român încă din anul 2005, odată cu realizarea primului raport de monitorizare a stadiului implementării strategiei pentru romi. La nivel local nici nu poate fi vorba de implicarea instituțiilor publice în procesul de îmbunătățire a situației romilor. Romii săraci beneficiază în mod egal cu majoritarii de prestațiile sociale oferite de statul român. Însă aceste prestații sociale nu sunt acordate pe criteriu etnic.

„ Nu se face nimic. În rapoartele de monitorizare se menționează foarte clar faptul că România nu acordă prea multă seriozitate implementării măsurilor din strategie. Instituțiile publice nu fac nimic, însă din când în când transmit raportări către factorii de decizie de la nivel național. De unde au date, cum și ce au implementat...nu știm.” (femeie romă, coordonator programe ONG)

„ Rolul instituțiilor publice în procesul de îmbunătățire a situației romilor este foarte șters. Un singur funcționar din instituție are trasată sarcina de a răspunde de romi însă, având în vedere cummul de funcții, funcționarul nu prea face nimic. Merge la întâlniri și ascultă acolo ce se vorbește. Noroc cu aceste întâlniri că mai învață și funcționarii câte ceva și astfel dă impresia, atunci când este întrebat, că este stăpân pe situație” (femeie neromă, expert sănătate publică)

Politici publice pentru romi

Așa cum am mai menționat, problematica romilor a constituit un subiect important pe agenda publică începând cu anul 1998 atunci când România era în plin proces de aderare la structurile UE. Rapoartele de țară realizate de experții UE au menționat în repetate rânduri faptul că România trebuie să intervină și să rezolve situațiile de excluziune socială cu care se confruntau romii.

„ Strategia pentru romi reprezintă cea mai importantă măsură luată la nivel central în ultimii 10 ani. Dar ce s-a întâmplat cu implementarea acestei strategii? Teoria formei fără fond este valabilă în cazul strategiei pentru romi.” (bărbat rom, doctor în sociologie, director ONG)

„Dacă analizăm modalitatea de negociere între GLAR (grupul de lucru al asociațiilor romilor) și experții de pe domeniile sectoriale cu siguranță constatăm că aceștia nu erau pregătiți pentru discuții. Ambele tabere aveau probleme de comunicare datorate lipsei experiențe în domeniul respectiv și diferența culturală dintre cele două părți. Trebuia să existe un document să arătăm

Europei că suntem mari. L-am făcut. Și? Cu siguranță a fost un act care trebuie să fie expus public însă strategia a rămas doar la stadiu de document.” (femeie romă, doctor în sociologie, coordonator programe ONG)

În practică, pentru a fi obiectivi, trebuie să menționăm măsurile afirmative din educație, ca parte a politicilor publice pentru romii care au influențat viața persoanelor de etnie romă. Faptul că, începând cu anul 2001, anual, o cohortă de tineri romi, au beneficiat de măsurile afirmative din domeniul educației, constituie un beneficiu. Însă, analizând rapoartele din acest domeniu constatăm că în continuare romii se confruntă cu problema lipsei educației, ratei mari a abandonului și absenteismului, nivelului redus de finalizare a studiilor obligatorii. Cine a beneficiat de programul măsurilor afirmative? La această întrebare, respondenții au menționat că „tot romii..însă romii asimilați, cei care în viața de zi cu zi au acces la resurse și informații. Pentru care asumarea apartenenței la etnia romilor este o oportunitate” (etnic rom, doctor în sociologie, director ONG)

În domeniul sănătății, singura măsură apreciată și vizibilă este programul de mediere sanitară pentru comunitățile cu romi. Practic, prin acest program, Ministerul Sănătății în parteneriat cu societatea civilă a instruit și angajat o cohortă de femei romi, cu studii minime obligatorii, provenite din comunitățile cu romi, pentru a asigura accesul la serviciile de sănătate publică. Însă, dacă analizăm fișa de post a mediatorului sanitar, în comparație cu măsurile din strategie, constatăm că prin intermediul mediatorului sanitar, Ministerul Sănătății a pus în practică toate măsurile din strategie, capitolul sănătate. Astfel, apare din nou întrebarea: ”De ce s-au creat măsuri speciale pentru romi și în sănătate dacă Ministerul Sănătății prin programul național de asistență medicală comunitară a angajat mediatorul sanitar care să lucreze în comunitățile dezavantajate cu romi?”

„ Nu m-am gândit până acum la această ipoteză. Da...se pare că Ministerul Sănătății tratează problematica sănătății romilor doar prin intermediul mediatorului sanitar. În practica, toată munca cade în sarcina mediatorul sanitar și în cazul în care este tras la răspundere Ministerul poate să spună că are un lucrator comunitar rom care lucrează în domeniul sănătății romilor” (femeie romă, expert sănătate)

„ Mediatorul sanitar este una dintre cele mai importante decizii pe care le-a luat statul român în vederea îmbunătățirii accesului romilor la serviciile de sănătate. Însă, analizând studiile în domeniu

și luând în considerare practica, această femeie nu are suficientă pregătire să răspundă de sănătatea romilor. Da...asigură comunicarea dintre romi și personalul medical, însă nu poate să facă mai mult.” (bărbat rom, expert local).

La întrebarea *”Cum au influențat politicile publice viața persoanelor de etnie romă?”*, răspunsurile persoanelor intervievate au fost diferite. Respondenții neromi au menționat faptul că aceste politici a atras atenția statului cu privire la necesitatea de a interveni și în același timp le-a oferit romilor posibilitatea să-și ceară drepturile. În schimb respondenții romi au menționat că aceste politici nu au influențat în nici un fel situația romilor ci din contra a creat haos în rândul funcționarilor care nu au știut cum să reacționeze. Efectul pervers al existenței politicilor publice este reprezentat de lipsa intervenției statului în procesul de rezolvare a problemelor cetățenilor români de etnie romă. În plus, respondenții cu experiență în problematica romilor menționează că *„ în practică, la firul ierbii, romii din comunitățile cu probleme nici nu știu ce înseamnă aceste politici.” (bărbat rom, consilier în cadrul Instituției Prefectului-BJR).*

„Noi cei care lucrăm cu aceste documente știm ce înseamnă asta. Însă, în comunitate, marea majoritate habar nu au de existența acestora. Nu îi încalzește cu nimic faptul că există documente. Ei nu se hrănesc cu documente. Nici nu îi interesează aceste documente. Vor practic să se întâmple ceva în bine pentru ei.” (bărbat rom, expert local).

În ceea ce privește situația indicatorilor privind starea de sănătate, respondenții cu experiență în domeniul sănătății menționează că romii înregistrează valori mult mai mari în comparație cu populația majoritară la indicatorii speranță de viață, mortalitate infantilă, și mortalitate maternă. Însă din punctul lor de vedere, acești indicatori sunt abordați în strategiile și intervențiile naționale de sănătate publică adresate întregii populații, nu în strategii adresate unei anumite categorii de populație.

„nu sunt studii care analizează specific datele înregistrate de romi la indicatorul speranță de viață însă un raport al UNICEF din anul 1998 menționa că speranța de viață în rândul romilor este cu 10 ani mai mica decât în rândul majoritarilor. Ce poate să facă strategia pentru romi în această privință? Nimic, cu siguranță!. Aici este vorba de o intervenție de sănătate publică adresată întregii populații. Rata natalității, rata mortalității, sunt indicatori urmăriți și evaluați de experți în sănătate publică. Abordarea specifică nu poate decât să adâncească mai mult problematica.” (femeie neromă, expert sănătate publică)

„adică să realizăm o strategie pentru romi ca să abordăm acești indicatori? Nu cred că este o idee bună. Păi trebuie să avem și un minister de sănătate pentru romi care să monitorizeze asta. Cred că este o pistă gresită și trebuie să ne gândim serios cum putem să facem ca în politicile naționale să includem și populația romă ca beneficiar alături de alte categorii de persoane defavorizate.” (bărbat rom, expert local)

Rolul ONG-urilor și a finanțatorilor

Din punctul de vedere al respondenților, principalii factori implicați în procesul de implementare a politicilor publice în domeniul sănătății sunt organizațiile neguvernamentale. Cu resurse financiare limitate, unele asociații înregistrează rezultate notabile însă cu un impact deosebit în domeniul sănătății romilor.

„păi dacă nu ar fi aceste asociații nu s-ar face nimic în beneficiul romilor. Partida Romilor a implementat un proiect prin care 150 de persoane rome, fără asigurări de sănătate, au beneficiat de analize gratuite. Un lucru bun, zic eu. Oamenii s-au bucurat de aceste analize gratuite. În lipsa banilor, mulți dintre ei nu au fost niciodată să se controleze.” (bărbat rom, expert local)

Respondekii cu experiență de lucru în sectorul non-guvernamental menționează că în ultimii ani rolul ONG-urilor în procesul de monitorizare și evaluare a politicilor publice a scăzut. Autoritățile locale și centrale nu mai sunt deschise la dialog și negociere cu experții din ONG-uri pentru a realiza documente strategice care să conducă la îmbunătățirea situației romilor.

„Statul nu mai ia în considerare ce spun experții din ONG-uri. De exemplu, strategia pentru romi, actualizată în anul 2011, a fost realizată de Guvernul României fără să includă măsuri propuse de societatea civilă. Motivul? Strategia este a Guvernului României nu a societății civile” (bărbat rom, doctor în sociologie, director ONG).

Rapoartele de monitorizare și evaluare a Strategiei de Îmbunătățire a Situației Romilor sunt realizate de ONG-urile romilor și neromilor. Aceste rapoarte sunt prezentate în dezbateri publice naționale și internaționale, însă nu sunt luate în considerare de factorii decidenți din cadrul instituțiilor publice. Unul dintre motive îl constituie „....slaba pregătire a experților din sectorul ONG în domeniul advocacy. Noua generație de ong-iști nu știe cum să facă presiuni și tratează cu superficialitate această situație. Nu mai avem calitatea de ”watch-dog” și în aceste condiții este normal ca statul să nu te ia în serios.” (femeie romă, coordonator programe ONG)

Din punctul de vedere al respondenților, principalul factor implicat în procesul de implementare a politicilor publice în domeniul sănătății este societatea civilă. Un exemplu care întărește această concluzie este programul de mediere sanitară.

„Programul de mediere sanitară a fost pilotat de asociația Romani CRISS. Dacă nu se faceau presiuni atunci, Ministerul Sănătății nu prelua și multiplica la nivel național programul de mediere sanitară. În plus, dacă analizăm programul de mediere sanitară constatăm că atât timp cât Romani CRISS a pus presiune pe Ministerul Sănătății lucrurile s-au mișcat. Din anul 2006, de când s-a schimbat echipa la Romani CRISS care a coordonat programul de mediere sanitară, presiunea a scăzut iar Ministerul Sănătății a pofit de asta.” (bărbat rom, doctor în sociologie, director ONG)

Un al rol important îl au instituțiile internaționale, de exemplu, programul de mediere sanitară s-a implementat în România și datorită implicării OSCE/ODIHR - Punctul de Contact pentru Romi și Sinti în procesul de advocacy.

În anul 2001, Ministerul Sănătății a semnat un protocol tehnic de colaborare cu Romani CRISS și OSCE/ODIHR prin care s-au trasat atribuții clare tuturor partenerilor. *„ODIHR a jucat rolul susținătorului politicii mediatorului sanitar incluzând această practică într-un document internațional intitulat „Strategia pentru Îmbunătățirea Situației Romilor și Sinti din spațiu OSCE” (bărbat rom, expert problematica romilor – ODIHR)*

Finanțatorii au un rol scăzut în procesul de implementare a politicilor publice în domeniul sănătății romilor. În prezent, societatea civilă din România menționează că problema importantă este lipsa finanțatorilor care să sprijine inițiative în domeniul sănătății. Până în anul 2007, USAID, Fondul Global, donori privați, programele PHARE, au susținut inițiative în domeniul sănătății romilor. După anul 2007, singurul finanțator care oferă granturi în domeniul sănătății romilor este OSI Budapesta- Programul de Sănătate pentru Romi. Programele FSE nu acordă sprijin financiar inițiativelor care tratează problematica sănătății, în special serviciile medicale. Conform termenilor de referință ai programului POSDRU, serviciile medicale și serviciile sociale sunt considerate activități neeligibile. În aceste proiecte, principalul domeniu este ocuparea, formarea profesională și anteprenoriatul. Componenta **sănătate și social** sunt considerate domenii conexe care vizează doar servicii de referiri către specialiștii din cele două domenii, servicii finanțate din alte programe sau din bugetul național.

„.....în prezent facem față cu greu în procesul de implementare a programelor și proiectelor care vizează îmbunătățirea stării de sănătate a romilor. În afară de OSI Budapesta nu sunt alți

finanțatori pe piața care să susțină acțiuni în domeniul sănătății. În proiectele FSE serviciile de sănătate sunt neeligibile și din această cauză nu putem implementa proiecte care să vizeze îmbunătățirea stării de sănătate.” (bărbat rom, doctor sociologie, director ONG)

Nivelul local/județean

La nivel județean, nivelul implementării politicilor publice în domeniul sănătății nu poate fi determinant deoarece lipsesc informațiile în acest domeniu. Planul județean de măsuri este realizat în conformitate cu cerințele ANR, însă implementarea acestuia nu înregistrează progrese deosebite. Autoritățile județene cu rol important în procesul de implementare a Strategiei pentru Romi, se reunesc periodic sub coordonarea BRJ și analizează și planifică măsuri prioritare care ar trebuie să contribuie la îmbunătățirea situației romilor. Însă, în practică, aceste măsuri nu se regasesc, în domeniul sănătății singura inițiativă este programul de mediere sanitară care, conform discuției purtate cu reprezentatul DSP, tinde să se stingă deoarece autoritatea locală nu înțelege utilitatea programului în beneficiul cetățeanului.

Autoritățile locale și județene nu dețin rapoarte de activitate care să reflecte impactul măsurilor publice în domeniul sănătății romilor. Direcția de Sănătate Publică participă la ședințele Comisiei Mixte funcționale la nivelul Instituției Prefectului, însă, analizând răspunsurile primite, constatăm că măsurile în domeniul sănătății romilor se rezumă numai la activitatea mediatorilor sanitar care activează în comunitățile cu romi din județ. Măsurile din domeniul sănătății regasite în strategia națională pentru romi sunt regăsite și în planul județean de măsuri însă acesta se află încă în stadiul de planificare, fără rezultate concrete.

„...la nivel de județ se discută în ședințele de la Prefectură necesitatea de a avea un plan de măsuri în domeniul sănătății romilor însă nu este relevant în raport cu necesitățile. Practic, avem documentul așa cum l-a solicitat Agenția Națională pentru Romi, însă, în practică, aceste măsuri nu se pun în aplicare. Doar mediatorul sanitar funcționează în acest proces, însă cu destul de multe probleme.” (bărbat rom, expert ong local).

La nivel județean rolul DSP în procesul de îmbunătățire a situației romilor se rezumă doar la participarea la ședințele comisiei mixte din cadrul prefecturilor și la coordonarea programului de mediere sanitară adresat populației rome. Din anul 2009, rolul DSP a scăzut în procesul de coordonare a programului de asistență medicală, iar singura preocupare adresată specific romilor este participarea la ședințele CMR din cadrul prefecturii.

„ Rolul DSP este să vegheze asupra implementării măsurilor de sănătate publică adresate populației indiferent de etnie. Noi nu am tratat diferit problemele de sănătate publică ale

comunităților cu romi decât prin intermediul programului de mediere sanitară. Însă, de când au trecut la autoritatea locală, rolul nostru se rezumă numai la oferirea de asistență metodologică autorităților locale în procesul de coordonare a programului de asistență medicală comunitară și avem reprezentant în Comisia de la Prefectură.” (femeie neromă, fost coordonator al DSP)

Pe parcursul anilor, prin intermediul DSP, au fost implementate campanii de educație sanitară de care au beneficiat și membrii comunităților cu romi precum și campanii de vaccinare a populației rome în conformitate cu programul național de vaccinare. Se menționează totuși rolul DSP de susținător al acțiunilor implementate de ONG-urile romilor și neromilor în beneficiul populației rome.

„ Am avut parteneriate cu romii și neromii interesați de problemele de sănătate ale romilor. De exemplu, a existat parteneriatul cu asociația Doctorii Lumii care au implementat un proiect în domeniul prevenirii TB în comunitățile cu romi. Am participat alături de ei la campaniile organizate în comunitățile cu romi. Am sprijinit și inițiativele mediatorilor sanitari prin oferirea de materiale necesare desfășurării activității.” (femeie neromă, fost coordonator al DSP)

Nici reprezentanții autorităților locale nu sunt mulțumiți de relaționarea cu DSP. În contextul descentralizării serviciilor de sănătate, autoritatea locală a primit în subordine programul de mediere sanitară fără o instruire în prealabil cu privire la modalitatea de gestionarea a acestui program.

„ Eu zic că DSP nu se implică cum trebuie. Am primit un telefon de la DSP prin care am fost invitat să particip la o întâlnire la județ ca să preluam noi asistenții comunitari și mediatorii sanitari. Am ajus acolo și, după o scurtă prezentare din care nu am înțeles nimic, am primit un protocol de predare prin care trebuia să ne asumăm angajarea mediatorilor romi și a asistenților. Am protestat atunci și apoi am fost sunat de mai sus ca să preiau. Am preluat ...însă nu cred că am făcut bine.” (bărbat nerom, reprezentant autoritate locală)

Respondekii romi sunt nemulțumiți de activitatea DSP deoarece aceasta nu s-a implicat prea mult în procesul de implementare a planurilor de măsuri din Strategia Județeană pentru Romi.

„Ce poate să facă DSP? Nimic....se folosește de mediatorii sanitari și ne raportează nouă la comisia pentru romi. Am semnalat de mai multe ori cazuri de discriminare și nu au luat atitudine. De exemplu situația de la Tg. Neamț unde medicul a fost sancționat de CNCD. Ce a făcut DSP în cazul acesta? Nici după ce au primit informarea de la noi nu l-au convocat pe medic să îl mustre măcar” (bărbat rom, expert local)

La nivel de comunitate, în afara experților romi care lucrează a nivelul autorităților locale, populația nu este informată cu privire la aceste politici publice. Nici măcar reprezentanții autorităților locale cu putere de decizie nu cunosc foarte bine aceste măsuri regăsite în aceste documente de politici publice.

„cine să îi informeze pe romi că au drepturi conform acestor startegii. Și dacă au strategie cu ce îi ajută? Startegia nu este cunoscută nici de către funcționarii locali care nici nu vor să audă de așa ceva. Eu cred că această startegie aduce și multe neazuri pentru că funcționarii îi trimit la mine să le rezolv problemele.” (femeie romă, mediator sanitar)

Medicul de familie este un prestator de servicii care are un rol limitat în oferirea de asistență medicală populației neasigurate. În afară de pachetul minim de servicii nu sunt menționate alte acțiuni întreprinse în beneficiul romilor.

„ Medicul nostru este deschis și nu face diferențe între romi și neromi. El își face treaba atât cât poate. Ce trebuie să facă? Să meargă acasă la romi și să îi caute? Eu cred că medicul trebuie să își facă treaba pentru toată populația, fără să discrimineze”. (bărbat rom, expert local)

Medicii de familie intervievați menționează că în relația cu pacienții primeaza actul medical în sine și nu atenția pe care trebuie să o acorde unuia sau altuia în funcție de apartenența etnică. Munca medicului de familie nu este condiționată de politicile publice existente.

„Domnule.....și țiganii și românii au probleme de sănătate. Sunt săraci și nu am ce să le fac. Uitati-vă la situația generală a țării! Ce pot să fac eu dacă nu am ce îmi trebuie să îmi fac treaba? Am zile când stau în cabinet mai mult decât trebuie numai că sa pot să îi consult pe toți. Și cu bani și fără bani eu trebuie să-mi fac treaba. Credeți că mă interesează pe mine, că sunt politici speciale pentru romi în sănătate? Ce beneficii îmi aduc mie aceste politici? Să se facă acolo la București. La noi, la țară, am mulți beneficiari fără asigurare. Eu am probleme cu romii că nu înțeleg faptul că nu le pot elibera tratament gratuit sau compensat. Sunt dificili și nu înțeleg că nu pot să fac asta”. (bărbat nerom, medic de familie)

Respondenții romi menționează că accesul la medicul de familie este condiționat și de plata informală (șpaga) și formală (coplata) pe care trebuie să o suporte beneficiarul. Lipsa resurselor financiare îi determină pe romi să nu se adreseze medicului de familie și să nu aibă încredere în munca medicului.

„ Daca nu ai bani... cam greu cu serviciile medicului de familie. Cum să mergi la medic fără bani? Medicul din localitatea noastră nu se uită la tine decât dacă dai ceva acolo. Mai nou, acum ne dă și chitanță. Nu vine acasă la noi, nu o trimite nici pe asistentă. Noi avem o relație bună cu

dna asistentă care ne mai ajută. Medicul, fără asigurare și 10 lei, nu te primește la ușa lui” (bărbat rom, expert local)

Programul de mediere sanitară funcționează în județ încă din anul 2002. Munca mediatorilor sanitară este recunoscută atât de către membrii comunității cât și de către autoritățile locale/județene. La nivelul DSP nu există o evaluare a activității mediatorilor sanitară, fostul director al DSP menționând că „...nu am evaluat munca acestor femei deoarece nu am avut o metodologie de monitorizare. A monitorizat activitatea cineva de la Romani CRISS însă niciodată nu am primit un raport care să reflecte munca mediatorilor sanitară. Dacă nu au fost reclamații cred că și-au făcut treaba...”

Tot cu privire la activitatea mediatorilor sanitară, respondenții romi au menționat faptul că în unele comunități se poate observa activitatea benefică a mediatorilor sanitară în ceea ce privește educația pentru sănătate și îmbunătățirea comunicării dintre romi și autoritățile medicale.

„ La nivelul județului nostru se vede o schimbare datorită muncii mediatorului sanitar. Nu sunt multe mediatore sanitară în județ însă acolo unde sunt, romii s-au învățat să vină cineva să le vorbească despre vaccinări și despre boli. Un exemplu este comunitatea din Vânători unde se poate vedea rezultatul muncii mediatorii sanitară. Acum, în comunitatea din Vânători, starea de sănătate este mult mai importantă decât alte probleme. Din păcate, acolo avem și cazuri de discriminare din partea medicilor însă s-au schimbat multe în bine, și asta este meritul mediatorii sanitară” (bărbat rom, consilier în cadrul Instituției Prefectului-BJR)

Descentralizarea serviciilor de sănătate nu este privită cu ochi buni de către respondenți. Din punctul lor de vedere, atât romii, cât și neromii, consideră că o să întâmpine din ce în ce mai multe bariere care afectează negativ starea de sănătate. Autoritățile locale nu pot să gestioneze problema asistenței medicale comunitare și nici nu pot impune cabinetelor medicilor de familie să ofere servicii beneficiarilor. Lipsa unei metodologii de funcționare, delegarea responsabilităților fără o pregătire în prealabil, lipsa de resurse financiare și materiale, lipsa specialiștilor în domeniu, în contextul descentralizării, pun autoritățile locale în imposibilitatea de a oferi asistență medicală populației.

„Noi nu suntem pregătiți să oferim servicii medicale. Noi avem probleme mari în a acoperi nevoile departamentului social din cadrul primăriei. Acum trebuie să angajez o persoană care să se ocupe și de problemele medicale ale comunității. Suntem o comună săracă, iar banii pe care îi avem încercăm să-i folosim cu prioritate pentru domeniul asistenței sociale și îmbunătățirea

infrastructurii. De unde bani să ne ocupăm de punctul sanitar care să ofere servicii de urgență cetățenilor din comună sau de unde bani să angajăm pe perioada nedeterminată mediatoarea sanitară? De asta trebuie să se ocupe Ministerul Sănătății.” (bărbat nerom, primar)

Discriminare/tratament diferențiat al romilor în accesarea serviciilor

Respondenții au menționat faptul că sunt înregistrate și cazuri în care medicii au îngreunat accesul romilor la serviciile medicale atât la nivelul unităților spitalicești cât și la nivelul asistenței medicale de bază. „, Noi am monitorizat situația discriminării romilor la serviciile medicale și am realizat și testări la serviciul de primiri urgențe și la medicii de familie. La Roman se practică tratamentul diferențiat al romilor și în spitale și la medicul de familie. Nu știu care este cauza însă medicii au o atitudine agresivă atunci când romii se adresează serviciilor lor.” (bărbat rom, lucrator în cadrul unui ONG local)

Însă, situația nu este generală. Din discuțiile purtate, a rezultat faptul că această situație se întâlnește mai des în zonele în care există comunități mari cu romi și în special comunități tradiționale.

„, Da și noi românii suntem tratați diferit de către medici. Depinde de câți bani ai și cât de bine te îmbraci”. (bărbat nerom, reprezentant al autorității locale)

Așa cum menționează respondenții, situația tratamentului diferențiat este o practică care are la bază pe lângă statutul etnic și statutul socio-economic al pacientului. Practica de a discrimina romii nu este o practică generală, însă sunt înregistrate cazuri de discriminare sancționate de CNCD pentru județul Neamț. Față de această problemă, Colegiul Medicilor Neamț nu a întreprins nici o acțiune prin care să promoveze măsurile și legislația din domeniul antidiscriminării. „,Am avut două cazuri sancționate la CNCD. Noi am încercat să implicăm Colegiul Medicilor în procesul de rezolvare a litigiului cu medicul care a săvârșit fapta de discriminare însă se pare că această instituție are rolul de a proteja medicii, indiferent de situație. În urma transmiterii sesizării noastre, Colegiul Medicilor Neamț ne-a transmis o adresă prin care ne-a informat că nu este vorba de discriminare în acel caz. Practic, prin acea adresă, Comisia de disciplină a Colegiului Medicilor s-a propunat în acest caz fără să țină cont de ordonanța 137/2001 care menționează că singura instituție care se propună, dacă este sau nu discriminare este CNCD.” (bărbat rom, expert domeniul drepturile omului, ONG)

La nivelul instituțiilor medicale nu sunt promovate măsurile dispuse de autoritățile competente în ceea ce privește discriminarea. DSP sau Colegiu Medicilor nu organizează sesiuni

de instruire a personalului medical prin care să informeze cu privire la prevederile legislației în domeniul discriminării.

Accesul la serviciile de sănătate

Respondenții subliniază faptul că problemele ce țin de accesul la serviciile de sănătate sunt asemănătoare în comunitățile de romi și neromi și cauzele acestora, țin mai ales de insuficiența mijloacelor financiare pentru plata asigurărilor de sănătate.

„ problema accesului la serviciile de sănătate trebuie privită din perspectiva lipsei asigurărilor de sănătate. Însă această situație se regăsește și în rândul populației majoritare. În cazul romilor, problema de acces are legătură mai degrabă cu statutul de etnic rom.” (femeie romă, coordonator programe ONG)

În cazul romilor problema accesului la serviciile de sănătate este prezentată de respondenți din perspectiva barierelor informale izvorâte din stareotipurile și prejudecățile personalului medical față de minoritatea romilor.

„ eu nu cred că romii nu au acces la serviciile de sănătate doar din cauza sistemului sanitar. O problemă o constituie din punctul meu de vedere educația sanitară precară a acestora cu privire la prevenirea îmbolnavirilor. Dacă mergi la medic doar atunci când ești bolnav este normal să ai anumite așteptări și atunci ți se pare orice gest al medicului o jignire.” (femeie neromă, medic sănătate publică)

Programul de asistență medicală comunitară

Respondenții au menționat că scopul muncii mediatorului sanitar este de a contribui la îmbunătățirea stării de sănătate în comunitate prin facilitarea relației medic-pacient, la creșterea accesibilității la serviciile de sănătate existente, la amplificarea acțiunilor și serviciilor cu caracter preventiv și curativ, la îmbunătățirea contextului social în care se desfășoară activitățile sanitare și de sănătate publică și la ridicarea nivelului de educație sanitară a romilor.

„Prin mediatorul sanitar, acea comunitate a conștientizat că e nevoie să aibă controale periodice, mă rog, efectiv, când are o problemă, să știe cui să se adreseze, ce serviciu trebuie să acceseze și așa mai departe.” (bărbat rom, expert local pe problemele romilor)

Deși profesia este de mediator sanitar, respondenții menționează că informațiile medicale la care au acces prin formarea profesională sunt extrem de puține. Această situație atrage unele critici extrem de dure ce vizează atât necesitatea și justetea existenței unui astfel de program (considerat inutil), cât și desconsiderarea activității profesionale a mediatorilor sanitari. *„Nu sunt formați*

pentru a interveni în sectorul sanitar. Este mai degraba un facilitator de comunicare.” (femeie neromă, medic de familie)

Pentru că aprecierile pozitive asupra activității mediatorului sanitar prevalează, înființarea unui asemenea post pentru dezvoltarea serviciilor medico-sociale integrate la nivelul comunităților de romi este considerat foarte util, astfel problema selecției femeilor de etnie romă care să fie pregătite pentru această activitate s-a făcut, în unele cazuri, fără probleme și conform prevederilor legislative și de procedură.

”Am gestionat tot programul acesta încă din procesul de selecție a persoanelor, pentru că la noi nu s-a făcut nimic formal, ne-am implicat efectiv, de la selecția lor și am făcut o selecție, un proces de selecție foarte transparent și eficient zicem noi. A fost un proces permanent de formare continuă a acestor categorii profesionale.” (femeie neromă, fost coordonator DSP)

Mediatorul sanitar a devenit prin activitatea sa, care adesea iese din sfera atribuțiilor și sarcinilor ce îi revin conform fișei postului, o interfață între membrii comunităților de romi, structurile medicale și instituțiile locale. Sunt situații în care mediatorul sanitar ajunge să se definească ca un mijlocitor între două părți adverse: comunitatea pe de o parte și primăria, spitalul și celelalte autorități ale statului, pe de altă parte. „Trebuie să fie colaborare atât între primărie, între medicul din localitatea respectivă, și de multe ori au fost și situații în care activitatea lor a fost benefică, au rezolvat.. au mai înscris mulți care nu erau asigurați, au mai luat parte la anumite campanii de vaccinare, de supraveghere, deci cei care sunt în colectivitate și vor să se implice, se implică.” (femeie neromă, fost coordonator DSP)

Acest rol de interfață este acceptat și apreciat de partenerii instituționali atât din punctul de vedere al facilitării comunicării, cât și al ajutorului în depășirea dificultăților de înțelegere a unui mod de viață altfel de neînțeles celor mai mulți dintre români. Mediatorul sanitar este așadar puntea de legătură dintre comunitate și restul societății majoritare, inclusiv autoritățile de orice fel, nu doar cele sanitare. ”Odată cu apariția mediatorului sanitar probabil ca unii dintre primari, unele primării au constientizat importanța acestui mediator prin simplu fapt că ei, cunoscând problemele cu care se confruntă și venind, mai mult în sprijinul lor, au constientizat faptul că într-adevăr există o problemă și chiar trebuie rezolvată. Până la urmă este o problemă a întregii comunități, nu este doar o problema de ordin personal” (bărbat rom, expert local)

Relația cu beneficiarii este în general bună depinzând în mare măsură de tipul de comunitate în care se intră și de compatibilitatea dintre cultura mediatorului sanitar pentru romi și cea a neamului de romi căruia i se adresează. Un rol important îl joacă și aptitudinile de

comunicare și negociere ale mediatorilor sanitar pentru romi. Cheia succesului în relaționarea cu beneficiarii este acceptarea mediatorului sanitar pentru romi de către comunitate. În acest sens, elementul decisiv este reprezentat de către abilitățile sale de comunicare și de capacitatea sa de a convinge. Primele contacte cu comunitatea sunt considerate a fi foarte importante pentru stabilirea unei bune relații viitoare. De asemenea, mediatorul sanitar trebuie să aibă abilitatea necesară în a se poziționa în comunitate, fără a aduce atingere poziției liderilor (formali sau informal) romi, fără a se constitui în pol de putere. ” *Într-o primă fază a fost o reticență oarecum atât din partea autorităților cât și din partea comunităților de romi, pentru că în primul rând comunitatea de romi nu știa care este roul lor, ei îl credeau efectiv ca și un lider. Intrând în legătură directă tot timpul cu autoritățile, ei credeau că îi un lider.* ” (barbat rom, expert local)

În ceea ce privește activitatea de mediere sanitară, respondenții apreciază că mediatorii sanitari fac în momentul de față mai mult decât este prevăzut în fișa postului. Mediatorul sanitar a devenit aproape indispensabil pentru medicii de familie, mediind comunicarea dintre aceștia și comunitatea de romi pe care o deservește. Este cel care încearcă să medieze conflictele care pot să apară între medic și pacienții din comunitatea de romi. „*Mediatorul sanitar pentru romi identifică cazurile de copii nevaccinați și îi aduce la vaccinare, identifică copiii și adulții fără certificat de naștere și îi ajută să obțină aceste acte. Tot el intermediază legătura dintre familiile acestora și medicul de familie, identifică gravidele și le îndrumă către medicul de familie, de multe ori vine cu ele la cabinet, informează populația...face de toate,*” (femeie neromă, medic de familie)

Respondenții menționează că programul de mediere sanitară este util în comunitățile defavorizate și în continuare este nevoie de această meserie în condițiile în care asistența medicală comunitară a devenit o prioritate pentru Ministerul Sănătății. „ *În condițiile în care din ce în ce mai puțini oameni au acces la serviciile de sănătate, programul de asistență medicală comunitară trebuie să funcționeze. Prin mediator și asistent medical comunitar sănătatea publică interacționează cu populația vulnerabilă. Trebuie să avem educația de prevenire a îmbolnăvirilor și nu tratarea bolilor.* (femeie neromă, expert sănătate publică)

În prezent, unii respondenți din societatea civilă menționează faptul că munca mediatorii sanitare s-a denaturat. Medierea sanitară în prezent se rezumă la anunțarea la vaccin și întocmirea de anchete sociale. „*Cum poți să faci educație sanitară cu femeile rom dacă în timpul programului nu ai unde să organizezi sesiunile de instruire. În prezent, mediatorii stau la birou și lucrează la dosarele de asistență socială împreună cu cei din serviciul social. Educația sanitară*

nu mai reprezintă o prioritate în munca mediatorului sanitar” (femeie romă, coordonator programe ONG)

Așa acum am prezentat în capitolele anterioare, viitorul programului de mediere sanitară este incert. În condițiile lipsei finanțării, autoritățile locale nu vor continua să asigure sustenabilitatea activității de mediere sanitară. Lipsa unei viziuni strategice cu privire la activitatea de mediere sanitară afectează pe de o parte programul în sine și pe de altă parte persoanele implicate în programul de mediere sanitară. Respondenții au menționat faptul că motivația mediatorilor sanitară de a continua munca de mediere sanitară a scăzut, unele dintre ele orientându-se spre alte profesii care au legătură cu munca pe care au desfășurat-o în beneficiul comunității. *„Unele dintre mediatoarele sanitare care au studii medii au participat anul trecut la cursuri de formare profesională în meseria de expert local. În cazul nostru, avem o mediatoră sanitară care a renunțat la poziție agajându-se în poziția de expert local în primărie” (bărbat rom, consilier instituția prefectului-BJR)*

Situația actuală în care se derulează programul de mediere sanitară impune necesitatea dezvoltării unei noi viziuni. Respondenții au menționat faptul că, dacă în perioada următoare acest program nu se va schimba funcțional, cu siguranță vom asista la stingerea unui program care, prin natura lui, constituie singura măsură vizibilă în domeniul sănătății romilor. Autoritatea locală nu este pregătită să asigure în continuare salarizarea mediatorilor sanitară din două motive, respectiv: reprezentanții autorităților locale nu văd utilitatea mediatorilor sanitară în condițiile în care serviciile sociale din primării se confruntă cu o lipsă acută de personal de specialitate și cadrul legislativ care privește angajarea de personal nou în cadrul instituțiilor publice finanțate din bugetul de stat este ambiguu și nu permite reprezentanților autorităților locale să angajeze mediatorii sanitari. Aceștia nu au loc în organigrama primăriilor și, pentru că salariile lor sunt încă plătite din fondul Ministerului Sănătății, nu intră nici în plafonul de cheltuieli al primăriei.

„ Eu chiar dacă aș vrea să angajez mediatorii sanitari nu am cum, pentru că legislația nu îmi permite. Și ce să facă un mediator sanitar cand eu am nevoie de asistenți sociali. Am postul de asistent social blocat la primarie și nu pot să angajez. O folosesc acum pe mediatoarea sanitară, însă dacă rămânem fără finanțare o să întrerupem contractul de muncă” (bărbat nerom, primar)

Alte aspecte

Respondenții au menționat în finalul discuțiilor că nu este nevoie de o abordare separată pentru problemele de sănătate ale romilor. Din punctul de vedere al respondenților, aplicarea noii

reforme în sănătate trebuie să aibă în vedere centrarea pe beneficiar și nu pe calitatea lui de asigurat sau nu. Dreptul la îngrijirea sănătății este asigurat prin Constituție tuturor cetățenilor români. Romii, alături de alte categorii vulnerabile, sunt cetățenii români care au dreptul de a beneficia de serviciile de sănătate publică.

„În primul rând problema principală este a sistemului de sănătate publică care necesită o intervenție. Sistemul de sănătate este bolnav și trebuie ca statul să intervină prin noua reformă. Dacă nu se schimbă ceva în sistemul de sănătate, toți cetățenii avem de suferit.” (femeie neromă, specialist sănătate publică)

Din punctul de vedere al specialiștilor în domeniul sănătății publice, cea mai buna decizie care poate afecta în bine toate categoriile de populație este investiția în programul de asistență medicală comunitară. Mediatoarea sanitară, asistenta medicală comunitară și un medic pot să asigure populației, la nivel comunitar, servicii de asistență medicală primară.

„Eu aș investi în sănătate comunitară, în dezvoltarea serviciilor de asistență medicală comunitară care să aparțină de autoritatea locală. În felul acesta asigur acces la sănătate întregii comunității.” (femeie neromă, expert sănătate publică)

Din punctul de vedere al respondenților în domeniul sănătății nu este nevoie de măsuri speciale adresate romilor deoarece încă nu există o situație clară cu privire la indicatorii de sănătate care să demonstreze necesitatea unei intervenții specifice acelei categorii de populație. Problemele de sănătate ale populației rome nu sunt diferite de problemele de sănătate ale neromilor.

„Problemele de sănătate sunt diverse, începând de la boli cu transmitere sexuală, până la boli ale aparatului respirator. Le găsești în orice comunitate ca întreg, deci nu sunt diferite.” (femeie neromă, fost coordonator DSP)

„Avem nevoie ca personalul responsabil de livrarea serviciilor de sănătate să nu trateze diferențiat romii atunci când se adresează serviciilor. Trebuie să constientizăm faptul că pacientul nu trebuie să aibă culoare. El are o boala care, netratată, poate afecta întreaga comunitate.” (femeie romă, coordonatoare programe ONG)

6.1 Concluzii generale proiect cercetare

În general, atât romii cât și neromii își percep starea de sănătate ca fiind bună. Diferența foarte mică de percepție privind starea bună de sănătate (de cca 4% mai mare în rândul romilor decât în rândul neromilor), ne determină să afirmăm că romii sunt mai optimiști în aprecierea stării

de sănătate decât majoritarii. Însă, așa cum menționează și alți autori, din datele prezentate rezultă faptul că respondenții își percep starea de sănătate din perspectiva lipsei bolii.

Lipsa banilor și lipsa locurilor de muncă sunt probleme care afectează în mod egal atât romii cât și neromi în viața de zi cu zi. În condițiile în care, zilnic, respondenții caută soluții pentru bunăstare financiară, problema sănătății nu constituie o problemă prioritară. În contextul în care populația aflată în dificultate este preocupată de “*grija zilei de mâine*”, din interviurile realizate a rezultat faptul că sănătatea nu este considerată o prioritate pentru populația din România, în general. Lipsa banilor a devenit bariera formală în procesul de accesare a serviciilor medicale. Introducerea co-plății în sistemul de sănătate publică a adâncit prapastia accesării serviciilor de sănătate de către populația vulnerabilă, indiferent de etnie.

În ceea ce privește percepția respondenților cu privire la tratamentul diferențiat, constatăm că romii se confruntă mai des cu această problemă în special în relația cu funcționarii din sistemul sanitar, școlar și instituțional, în general. . Însă, luând în calcul răspunsurile populației majoritare, constatăm că în general tratamentul diferențiat este o practică utilizată frecvent de funcționarii din instituții în relația cu beneficiarii de orice etnie. În cazul neromilor nu poate fi vorba de un tratament diferențiat bazat pe apartenența etnică însă discutăm de un tratament diferențiat bazat pe ***statutul social inferior***.

Lucrători din cadrul ONG-urilor menționează faptul că instituțiile sanitare nu provovează în rândul prestatorilor de servicii medicale măsurile din legislația națională cu privire la nondiscriminare. Un exemplu îl constituie lipsa unei metodologii de analiză și soluționare a cazurilor de discriminare semnalate Colegiului Medicilor.

Cu privire la bolile care afectează respondenții constatăm, ca nu sunt diferențe semnificative între bolile cu care au fost diagnosticați romii și bolile cu care au fost diagnosticați neromii. Unele dintre acestea au legătură directă cu mediul de resedință, situația socio-economică a indivizilor și cu stilul de viață. Datele scot în evidență faptul că nu sunt diferențe majore care să presupună necesitatea intervenției centrată pe o anumită categorie de populație (romi sau neromi). Experții în sănătate publică, intervievați, susțin faptul că nu trebuie să pornim de la premisa că problemele de sănătate ale romilor sunt diferite față de problemele de sănătate ale neromilor.

În ceea ce privește controlul medical pentru prevenirea îmbolnăvirilor, constatăm că respondenții (atât romi cât și neromi) nu dau importanță acestor aspecte. Prevenirea îmbolnăvirilor nu este o practică uzuală în rândul populației din România. Consultăm un medic doar în cazul în care apar simptomele unei îmbolnăviri. Dacă simptomele sunt minore, în primă fază, ambele

categorii de respondenți se adresează unei farmacii și, pe baza sfaturilor acordate de farmacist, încerca să se trateze fără să apeleze la medicul de familie sau medic specialist.

Medicul de familie și asistenta medicală sunt văzuți de către respondenți ca prestatori de servicii care nu prezintă foarte multă încredere. Însă, cu toate că nu au încredere în medicul de familie, atât romii cât și neromii, în prezența bolii sau altor necesități (eliberarea de adeverințe medicale, avize, trimiteri către specialist, rețete, s.a), în lipsa unei alternative, apelează frecvent la serviciile de asistență medicală primară.

Nemulțumirile respondenților romi și neromi față de activitatea cabinetelor de medicină de familie sunt variate însă nu diferite. Faptul că medicul nu face vizite la domiciliu, că nu respectă ordinea sosirii la cabinet, că lipsește de la program, că prezintă dezinteres față de problemele de sănătate ale populației, sunt câteva exemple din nemulțumirile menționate de respondenți. În cazul populației de etnie romă, comportamentul discriminatoriu al personalului medical este un motiv de nemulțumire în plus, însă aceștia nu iau atitudine deoarece nu cunosc procedurile de sancționare a cazurilor de discriminare și le e teamă de repercusiuni.

În lipsa vizitei la domiciliu a medicului de familie și a asistenței medicale, respondenții menționează că sunt vizitați frecvent de personalul implicat în programul de asistență medicală comunitară, respectiv MSR și AMC. Analizând în oglindă aceste două poziții, din perspectiva datelor furnizate de respondenți, constatăm că programul de mediere sanitară este mai prezent în rândul beneficiarilor decât programul AMC. Dovadă sunt datele furnizate de respondenții neromi care menționează într-un procent de 62.30% că nu au fost vizitați niciodată de un AMC. În schimb programul MSR este cunoscut în rândul beneficiarilor romi (59,60% dintre romi menționează că știu de existența MSR) și că interacționează frecvent cu aceștia. Un alt argument în favoarea notorietății programului de mediere sanitară îl constituie răspunsul neromilor care menționează în proporție de 6.4% că au primit vizita unui MSR. Din punctul de vedere al specialiștilor, AMC și MSR trebuie să lucreze în echipă și să formeze echipa comunitară medicală. În condițiile în care medicul de familie nu vizitează pacienții la domiciliu, AMC și MSR trebuie să completeze această situație delicată și programul de asistență medicală comunitară să devină mâna prelungită a prestatorilor de servicii medicale în promovarea acțiunilor de educație pentru sănătate. Această afirmație este susținută și de către experții în sănătate publică care văd în programul de asistență medicală comunitară singura soluție de intervenție în beneficiul populației defavorizate.

Cu privire la asigurările de sănătate, în continuare lipsa resurselor financiare reprezintă una dintre problemele care afectează în egală măsură cele două categorii de populație. În continuare

venitul minim garantat reprezintă una dintre modalitățile de a obține asigurare medicală atât în cazul romilor cât și în cazul neromilor cu situații sociale precare.

Cu privire la accesul populației la serviciile spitalicești atât romii, cât și neromii menționează plata informală (șpaga) și co-plata ca principale probleme cu care se confruntă atunci când apelează la acest tip de servicii. Dacă despre medicii de spital, un număr semnificativ de respondenți romi și neromi menționează că sunt mulțumiți de calitatea muncii medicului, nu același lucru îl afirmă și despre asistentele medicale și infirmiere.

În plină criză a sistemului medical românesc, lipsa medicamentelor din unitățile spitalicești reprezintă o barieră pentru pacient care este nevoit să cumpere din exterior medicamentele și instrumentele sanitare de care are nevoie.

În studiul nostru, 82.98% respondenți romi și 84.60% neromi menționează că au fost nevoiți să cumpere medicamente și alt instrumentar sanitar dintr-o unitate farmaceutică din exteriorul spitalului.

În ceea ce privește internarea pacienților în saloane “speciale” constatăm că situația este alarmantă atât în cazul romilor cât și în cazul neromilor. Din datele obținute, constatăm că fenomenul de separare/triere a pacienților în unitățile spitalicești se realizează în funcție de apartenența etnică și de statutul social al pacientului.

Inițial, analizând studiile în domeniul sănătății romilor, am constatat că romii apelează mai des la serviciile de urgență decât majoritarii. În interviurile realizate în cadrul proiectului, respondenții au menționat același lucru. Însă, datele culese prin intermediul chestionarului, combat stereotipul menționat în studiile și cercetările din domeniul sănătății romilor care menționează că romii sunt cei mai mari consumatori de servicii de urgență. Datele înregistrate în rândul respondenților neromi (43.9%) sunt mai mari cu cca 10% decât datele înregistrate de populația romă (32.98%).

Una dintre problemele comune ale respondenților romi și neromi o constituie consumul de medicamente cumpărate de la farmacie fără o prescripție medicală. Dacă analizăm studiile în domeniu, această practică caracterizează populația la nivel național. Consultarea farmacistului în cazul de îmbolnăvirii minore primează în detrimentul unui consult medical avizat.

În ceea ce privește politicile publice pentru romi, din analiza datelor, constatăm că un procent semnificativ dintre respondenți, peste 70% nu au auzit niciodată despre aceste politici. Singura măsură cunoscută de către membrii comunității romi este măsura Ministerului Educației în privința locurilor special alocate romilor în licee și facultăți. Întrebați fiind ”Cât de mult le

afectează viața aceste politici?”, răspunsul cu cele mai mari valori s-a încadrat în indicatorul *deloc*. Analizând aceste aspecte putem concluziona că măsurile din documentele de politici publice nu afectează viața de zi cu zi a romilor așa cum se preconiza în preambulul acestor documente. Această concluzie este întărită și de afirmațiile lucrătorilor comunitari romi care menționează faptul că, în prezent sunt funcționari, decidenți, în cadrul instituțiilor publice, care nu știu despre existența unor politici adresate populației romilor.

În schimb, modalitatea de a beneficia de anumite prestații sociale este foarte cunoscută în rândul respondenților romi și neromi. În cazul neromilor observăm un nivel mai ridicat de cunoaștere deoarece un număr semnificativ dintre respondenți sunt beneficiari direcți ai acestor măsuri sociale.

În continuare, revenind la starea de sănătate a populației, observăm că aceasta este afectată de condițiile de trai și de accesul la resurse. Dotarea gospodăriei respondenților romi este net inferioară populației majoritare. Lipsa frigiderului din gospodăria romilor precum și lipsa unei mașini de spălat rufe, constituie o problemă care poate afecta starea de sănătate a romilor.

În ceea ce privește sursele de venit, constatăm că nu sunt diferențe majore între populația romă și cea neromă din localitățile în care s-a implementat cercetarea. Datele culese ne conduc la concluzia că nivelul de săracire a populației are efecte vizibile în procesul de acces la serviciile de sănătate publică. Din această perspectivă și luând în considerare situația din sistemul sanitar românesc, atât romii cât și neromii se confruntă cu bariere (formale și informale) care afectează pe termen lung starea de sănătate a populației.

În ceea ce privește diferențele dintre romi și neromi, pe baza datelor culese din teren, constatăm că ambele categorii de populație se confruntă cu probleme similare care le îngreunează accesul la serviciile medicale. Singura diferență între cele două categorii de populație o reprezintă atitudinea discriminatorie și tratamentul diferențiat aplicat romilor de către prestatorii de servicii din sistemul de sănătate, atitudine bazată pe statutul etnic și statutul social al solicitantului de servicii medicale.

Cercetarea calitativă și cantitativă scoate în evidență că, nu este nevoie de o abordare specifică pentru problemele de sănătate ale romilor. Din punctul de vedere al respondenților, aplicarea noii reforme în sănătate trebuie să aibă în vedere centrarea pe beneficiar și nu pe calitatea lui de asigurat sau nu. Cea mai bună decizie care poate afecta în bine toate categoriile de populație este investiția în programul de asistență medicală comunitară. Mediatoarea sanitară, asistentă medicală

comunitară și un medic pot să asigure populației la nivel comunitar servicii de asistență medicală primară.

Din punctul de vedere al respondenților, în domeniul sănătății, nu este nevoie de măsuri speciale adresate romilor deoarece încă nu există o situație clară cu privire la indicatorii de sănătate care să demonstreze necesitatea unei intervenții specifice acelei categorii de populație. Problemele de sănătate ale populației romă nu sunt diferite de problemele de sănătate ale neromilor.

Politicile publice de îmbunătățire a situației romilor nu și-au atins obiectivele decât în mică măsură, aceeași situație fiind valabilă și pentru politicile publice din domeniul sănătății, în general. Singura inițiativă transformată în politică publică – mediatorul sanitar rom, pe munca căruia s-a bazat Ministerul Sănătății să implementeze măsurile din strategie – deși începuse să dea rezultate bune- riscă, datorită lipsei unui cadru legal coerent, să rămână doar un experiment social.

Capitolul 7 - Consideratii finale si posibile solutii

7.1 Considerații finale privind problematica romilor din perspectiva teoriilor privind statul bunăstării și cetățenie.

Conceptul de cetățenie este parte integrantă din procesul de realizare și implementare a politicilor publice. De-a lungul istoriei conceptului de cetățenie, s-a constatat că furnizarea bunăstării s-a bazat pe statutul acordat tuturor celor care sunt membrii efectivi ai comunității. Cetățenia presupunând un sens direct al apartenenței indivizilor la comunitate bazat pe loialitatea față de civilizația pe care o împărtășesc în comun.

În procesul de aplicare a politicilor publice, cetățenia reprezintă principiul de legitimitate. Echitatea, justiția socială, egalitatea sunt argumente morale în favoarea politicilor sociale și modalități de stabilire a protecției cetățenilor prin intermediul statului, prin redistribuire.

Literatura de specialitate în domeniul politicilor scoate în evidență faptul că, în procesul de tranziție de la comunism la capitalism, în România nu s-a produs o schimbare de viziune privind rolul politicilor sociale în dezvoltarea societății în ansamblul ei. Resursele pentru politicile sociale s-au redus substanțial, pe fondul reducerii veniturilor generale ale populației, statul reducându-și rolul și așa restrâns de „furnizor” de bunăstare pentru cetățeni. Calitatea vieții cetățenilor romi și neromi a scăzut, o mare parte a cetățenilor ajungând să trăiască în sărăcie, ba chiar sub nivelul minim de subzistență.

În procesul de elaborare de politici publice de care să beneficieze cetățenii aflați în nevoie, realizatorii responsabili de acest proces nu au înțeles valorile acestuia și, diferitele aspecte care divizează oamenii și induc acestora diferitele percepții asupra scopurilor publice, necesitatea de a rezolva conflictele dacă acțiunea este posibilă pe cale democratică și factorii critici care influențează dezvoltarea politicii în fiecare etapă a procesului.

În prezent, modelul de stat al bunăstării din România se aseamănă, pe de o parte, cu modelul sudic/latin, prin prezența clientelismului, a problemelor de implementare, prin implicarea statului pentru intrarea forțată pe piața muncii, și pe de altă parte, cu modelul conservator, în termeni de posibile tendințe.

În contextul în care, după prăbușirea regimului comunist, România trecea la sistemul statului de drept bazat pe economia de piață, societate de tip pluralist, romii și-au câștigat statutul de minoritate națională, însă în același timp, datorită slabei pregătiri educaționale și profesionale, aceștia au fost puși în incapacitatea de a-și menține locurile de muncă sau de a concura pentru

acestea și astfel și-au câștigat și statul de populație defavorizată, supusă riscului de excluziune socială.

În procesul de abordare a problemelor cu care se confruntă populația romă, cea mai mare minoritate europeană, cu o diversitate de neamuri cu o serie de elemente diferite, este nevoie o analiză bazată pe specificul fiecărui neam în parte. Diversitatea de neamuri induce necesitatea de a trata diferit problemele populației de etnie romă.

În contextul globalizării, statele membre și instituțiile europene fac eforturi considerabile în procesul de incluziune socială a romilor însă, ca și în cazul României, realizatorii de politici pentru romi de la nivel european nu au luat în calcul aceste diferențieri între neamurile de romi și specificul țărilor din care aceștia provin, fapt care a condus la obținerea unor rezultate insuficiente în raport cu documentele programatice. Trebuie făcută distincția fundamentală între neamurile de romi, deosebire ce ia forme de manifestare fie în limba, obiceiuri și ocupații, fie în modul de viață, în general.

Dimensiunea problematicii populației de etnie romă din România, constituie o preocupare constantă a diferiților experți din domeniul politicilor publice, antropologie, sociologie, demografie. Majoritatea cercetărilor conduc la concluzii care nu fac decât să reproducă, recurent și vicios, premisele de la care se pornise respectiv, săracie accentuată, marginalizări cauzate de saracie, lipsa de calificare și excluziune socială și totodată să scoată în evidență faptul că populația romă este exclusă din viața economico-socială, fără a se putea formula însă soluții concrete de rezolvare a acestei crize crnice.

Faptul că statisticile oficiale și cercetările demografice nu oferă date despre dimensiunea populației romă apropiate de realitate, precum și faptul că realizatorii de politici publice, la presiunea instituțiilor europene, realizează documente programatice fără să țină cont de specificul neamurilor de romi, constituie una dintre problemele majore care afectează procesul de incluziune socială a populației de etnie romă din România. La nivel de probleme generale cu care se confruntă membrii comunităților cu romi putem include în „*cercul vicios*” și lipsa datelor demografice cu privire la populația de etnie romă.

Cu toate că în domeniul realizării de politici publice în ultimii ani s-au realizat progrese importante din punct de vedere legislativ și instituțional, realitatea demonstrează că ciclul vicios al sărăciei continuă să îi mențină pe romi în excludere socială, cu consecințe dintre cele mai serioase: - acces dificil la servicii de sănătate și educație, grad redus de participare pe piața muncii, locuire în condiții improprii, scăderea solidarității comunitare.

Micile realizări au fost atât de nesemnificative datorită coordonării ineficiente între structurile instituționale de la nivel central, regional și local, funcționarea instituțională a fost problematică (datorită lipsei infrastructurii, a resurselor umane, a frecvențelor schimbări ale statutului instituțiilor, a frecvenței mărite de discontinuitate guvernamentală și lipsa fondurilor), toate acestea afect în mod negativ implementarea eficientă a tuturor strategiilor elaborate.

În încercarea de a înțelege problematica romilor, analizând conceptele științifice, respectiv patologia socială, dezorganizarea socială, conflictul de valori, comportament deviant, etichetare socială și perspectiva critică, constatăm că niciuna dintre perspectivele teoretice nu oferă un cadrul consistent de înțelegere și de aprofundare a problematicii romilor ca problemă socială. În înțelegerea științifică a problematicii romilor este nevoie de o paradigmă bazată pe mecanismele de incluziune socială și de politici publice.

În ceea ce privește necesitatea de a dezvolta documente de politici publice în vederea îmbunătățirii situației romilor, experții care au analizat acest subiect menționează faptul că România nu a conștientizat necesitatea de a interveni în procesul de rezolvare a problematicii romilor însă a realizat documente de politici publice la “recomandarea” instituțiilor UE. Așa cum au afirmat cercetătorii în domeniul, menționez încă o dată faptul că, politicile de incluziune socială a romilor au fost inițiate mai mult pe fondul presiunilor instituțiilor Uniunii Europene și ca urmare a eforturilor realizate de organizațiile reprezentative ale romilor și ale societății civile, și mai puțin pe o nevoie internalizată a autorităților publice sau decidenților politici de la nivel național.

Așa cum aminteam în capitolele anterioare, principalul document de politică publică în domeniul incluziunii sociale a romilor este *Strategia Guvernului României de îmbunătățire a situației romilor 2001-2010*, prima inițiativă guvernamentală care abordează comprehensiv problemele minorității romă, însă din dorința de a demonstra că problematica romilor a fost conștientizată, complementarii au fost incluși și în alte documente programatice de la nivel național care aveau același deziderat. Însă, cu toate că aceste politicile de promovare a incluziunii sociale sunt generoase în planuri de măsuri în practică, fundamentarea acestor politici nu derivă din analizele critice asupra situației bazate pe înțelegerea cauzalităților și pe diferențierea problemelor grupurilor aflate în situații diferite.

Lipsa acestei analize conduce la o incoerență în procesul de aplicare a politicilor publice, lipsa abordării integrate, lipsa sustenabilității acțiunilor, la care se adaugă dezvoltarea unei viziuni omogene asupra unei minorități care este la fel de eterogenă ca populația întregii țări.

Din punct de vedere al existenței documentelor de politici publice pentru romi, România nu

duce lipsa de documente programatice care au ca obiectiv general incluziunea socială a romilor. Însă, după mai mult de 10 ani de la intrarea în perioada asumării responsabilităților, caracterizată prin adoptarea primelor documente de politici publice specifice destinate romilor, problemele cu care aceștia se confruntă sunt relativ aceleași: sărăcie și sărăcie severă, excludere socială, discriminare etc.

Excluziunea socială, fenomen creat de dinamica socială corespunzătoare, marcat de inexistența condițiilor de bază pentru exercitarea cetățeniei, afectează un număr semnificativ de membrii din comunitățile cu romi. Specificul excluziunii sociale la populația de romi din România, constă în existența unor surse de excluziune care la restul populației nu există sau există foarte puțin, precum lipsa actelor de identitate care determină alte tipuri de excluziune. Absența romilor de pe piața muncii, factor cauzator sau predispozițional al excluziunii sociale, determină reacții de excludere în lanț. La populația romă din România există mai mulți factori cauzatori ai excluziunii sociale care pot avea și o determinare preponderant individuală și culturală, conducând astfel la autoexcluziune.

În procesul de realizare a politicilor publice de incluziune socială a populației de etnie romă, un rol esențial l-au avut instituțiile europene care au “forțat” statul român să înțeleagă să-și asume responsabilitățile cu privire la problemele cu care se confruntă populația de etnie romă.

Având în vedere caracteristicile modelului de stat al bunăstării din România, dezvoltarea unui document de politică publică adresată în mod special acestei categorii de populație, a constituit în practică o falsă impresie cu privire la conștientizarea și asumarea problematicei romilor. Romii, în calitate de cetățeni ai României, alături de alte categorii de populații defavorizate, trebuie să beneficieze în egală măsură de politicile publice promovate de statul român. Pornind de la analiza conceptuală a lui Marshall despre cetățenie, dezvoltarea și implementarea unei politici publice dedicate romilor, poate avea efecte adverse care conduc la nerecunoașterea statutului de cetățean al statului român cu drepturi depline.

În ceea ce privește elaborarea de politici publice, analiza realizată în cadrul acestui proiect de cercetare, a scos în evidență faptul că România încearcă să se ghideze după modelele dezvoltate de alte state europene însă fără să țină cont de realitatea internă. În plus, analiza literaturii de specialitate în domeniul politicilor publice menționează faptul că în România, nici un document de politică publică, în lipsa unei metodologii de monitorizare, nu a ajuns la faza de evaluare și revizuirea măsurilor nu s-a bazat pe lecțiile învățate.

Analizând problematica romilor prin intermediul teoriilor despre statul bunăstării și despre

cetățenie, raportând la rezultatele obținute până în prezent în procesul de incluziune socială a acestei categorii de populație și luând în calcul faptul că, modelul de stat al bunăstării în România nu se raportează la realitatea zilnică, constam ca modelul “salutat de Europa” de a aborda specific problematica romilor este un eșec încă neconștientizat de factorii decidenți.

7.2 Considerații finale cu privire la politicile publice pentru romi în domeniul sănătății.

Așa cum a fost specificat în capitolele anterioare, sistemul de sănătate publică din România este bazat în totalitate pe sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate. Conform legii 95/2006, asigurările sociale de sănătate asigură accesul la un pachet de servicii de bază pentru asigurați, asigurările sunt obligatorii și funcționează ca un sistem unitar. Persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemoepidemic.

Studiile și cercetările care analizează indicatorii de sănătate ECHI scot în evidență faptul că populația din România se confrută cu un grad ridicat de insecuritate din punct de vedere al stării de sănătate. Speranța de viață a românilor este cu cel puțin 6 ani mai mică decât media generală a țărilor membre UE, rata mortalității infantile și rata mortalității generale înregistrează valori net superioare mediei statelor member UE, ceea ce ar trebui să îngrijoreze decidenții români. În ceea ce privește rata mortalității materne, Banca Mondială scotea în evidență faptul că în anul 2012, România ocupă locul 2 în topul țărilor UE cu cea mai mare valoare înregistrată la acest indicator. Din toate aceste analize, se poate constata că sistemul sanitar românesc se apropie de colaps, și atunci, mai poate acesta să ofere servicii diferențiate unei populații minoritare, când tot cadrul general al domeniului sănătății lasă de dorit? E foarte adevărat că romii din România se confrută cu un grad ridicat de vulnerabilitate din punct de vedere al stării de sănătate datorat factorilor socio-economici cu care se confruntă, dar ei nu reprezintă decât un segment mai vizibil al populației aflată în stare de vulnerabilitate. Așadar, dacă analizăm valorile indicatorilor ECHI înregistrați în rândul romilor și neromilor, putem concluziona că ambele categorii de populație se confruntă cu un grad ridicat de insecuritate din punct de vedere al stării de sănătate, cu anumite diferențe, uneori îngrijorătoare, datorate stilului de viață și condițiilor socio-economice.

În ceea ce privește datele care ne descriu imaginea problemelor de sănătate cu care se confruntă populația romă, analizând materialele în domeniu, am constatat că una dintre problemele cu care se confruntă realizatorii de politici este lipsa datelor care să determine o analiză completă în procesul de motivare a necesității intervenției. Pornind de la această problemă și luând în calcul datele furnizate de rapoartele și studii care analizează starea de sănătate a romilor, nu putem

concluziona convins că diferențele sunt foarte mari. Stim doar că, datorită factorilor de mediul și situației socio-economice care afectează un număr semnificativ de romi, indicatorul speranță de viață poate înregistra valori diferite în cazul romilor însă, din păcate, studiile de specialitate au menționat această cifră fără să demonstreze cum s-a ajuns la această valoare..

În cursul acestei teze a fost demonstrat că sărăcia este unul dintre factorii principali care afectează starea de sănătate a individului, indiferent de etnie. Atât pentru romi cât și pentru neromi, sărăcia rămâne sursă a marginalizării sociale, privând individul de drepturile sale fundamentale, de fapt de satisfacția nevoile primare – alimentație și igienă, îngrijire medicală, inclusiv obținerea de medicamente, nevoi care nu țin de un trai de lux, ci de un trai decent

Cele mai frecvente caracteristici ale persoanelor excluse social ori cu acces diminuat la serviciile medicale sunt următoarele: dispun de resurse economice reduse, au un plasament rezidențial dezavantajos în raport cu oferta de servicii medicale, un nivel scăzut de educație, au dificultăți în accesarea informațiilor referitoare la oportunitățile de asistență medicală existente, respectiv dispun de un statut profesional sau etnic minoritar. Un procent semnificativ din membrii comunităților cu romi din România se încadrează în profilul persoanelor excluse social și cu acces limitat la servicii publice medicale.

Principalul document care include măsuri specifice în domeniul sănătății romilor este strategia de îmbunătățire a situației romilor, capitolul Sănătate. Măsurile menționate în documentul de politică publică își propun să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a populației romă și îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate publică.

În încercarea de a afla care au fost motivele care au stat la baza fundamentării măsurilor în domeniul sănătății romilor, din discuțiile purtate cu persoanele implicate în procesul de negociere a strategiei am constatat că în anul 2000, Ministerul Sănătății nu avea un inventar al problemelor de sănătate ale populației rome și ca principalul furnizor de informații a fost societatea civilă. În perioada octombrie 1999-februarie 2000, la nivelul DSP Județene au fost transmise adrese prin care s-a solicitat un punct de vedere cu privire la situația stării de sănătate a populației romă.

Un procent semnificativ din răspunsurile primite de Comisia de Sănătate din GLAR au menționat că nu dețin date specifice cu privire la starea de sănătate a populației romă însă menționează comportamentul deviant al etnicilor romi în relația cu medicii de familie și cu personalul unităților spitalicești. Din punctul lor de vedere, problematica sănătății romilor o constituia faptul că *„romii fură, vorbesc urât cu personalul medical, fac galagie în saloane sau la unitatea de primiri urgențe, vin în grup și creează o situație de panică în rândul medicilor, nu au*

rabdare să aștepte la rând, s.a” (expert rom, participant la negocierile GLAR în anul 2000). Răspunsurile care au făcut referire la starea de sănătate a populației au menționat că nu sunt diferențe majore între romi și neromi și că aceste diferențe se înregistrează datorită factorilor de mediu, sociali și economici și stilul de viață care afectează starea de sănătate a populației.

În procesul de realizare a unui document de politică publică, manualele de specialitate menționează faptul că, lipsa datelor care să descrie problema abordată precum și lipsa experienței profesionale a celor implicați în procesul de realizare poate conduce încă din faza de dezvoltare la un eșec. În cazul strategiei pentru romi, experții aveau experiență limitată în sănătate publică iar informațiile existente cu privire la problematica sănătății romilor erau insuficiente pentru a argumenta necesitatea dezvoltării măsurilor.

Manualele de specialitate în domeniul politicilor publice menționează că, în procesul de revizuire a politicilor publice, factorii implicați trebuie să evalueze rezultatele obținute și să țină cont de lecțiile învățate.

În perioada 2001-2011, strategia de îmbunătățire a situației romilor a fost revizuită în anul 2005 și reînnoită în anul 2011, însă fără să aibă la bază o evaluare a măsurilor implementate, dovadă fiind faptul că nici până în prezent, Guvernul României nu a realizat normele metodologice de evaluare a strategiei. În plus, societatea civilă, principalul actor implicat activ în procesul de implementare și evaluare a măsurilor din strategie, a fost exclusă de la tratative din motivul că *„strategia este a Guvernului României și nu a societății civile.....nu societatea civilă este responsabilă de implementare” (interviu expert rom, director ONG).*

Una dintre concluziile acestei teze de doctorat ne conduce la ideea că, în domeniul sănătății romilor, chiar dacă sunt o serie de măsuri în documentele de politică publică care își propun să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a romilor, în afară de programul de mediere sanitară și acțiunilor de prevenire a îmbolnăvirilor implementate prin intermediul programelor naționale de sănătate publică ale Ministerului Sănătății, în comunitățile cu romi nu au fost alte inițiative specifice implementate conform cu măsurile din strategie. Însă, având în vedere faptul că programele naționale de sănătate publică sunt adresate populației generale din România, singura acțiune implementată specific în comunitățile cu romi, cu rezultate vizibile este programul de mediere sanitară.

. Analizând indicatorii stării de sănătate a populației romă precum planul de măsuri din strategia națională de îmbunătățire a situației romilor, constatăm că timp de 12 ani, problematica sănătății romilor a fost delegată mediatorilor sanitară rome care, cu un nivel minim de cunoștințe

trebuie și în prezent să asigure accesul la serviciile de sănătate pentru populația romă și să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a populației..

Analizând situația de până acum, întărim concluzia noastră că, problematica sănătății romilor nu trebuie abordată separat, într-un document specific de politica publică, este suficient ca Ministerul Sănătății să includă direct în programul de asistență medicală comunitară și problematica sănătății populației de etnie romă, populație supusă riscului de excluziune socială.

Până în prezent, în condițiile în care tot sistemul sanitar românesc este în colaps, problematica sănătății romilor a constituit pentru factorii decidenți mai degrabă o formă de asumare publică a necesității intervenției, însă fără o viziune strategică de aplicare în practică. Acum, având în vedere criticile aduse Guvernului României de către instituțiile UE cât și de organizațiile naționale și internaționale preocupate de situația romilor din România, la recomandarea Comisiei Europene, dar și a ONG-urilor române, Ministerul Sănătății, se afla în plin proces de revizuire a măsurilor din strategia națională de incluziune a cetățenilor români de etnie romă, capitolul Sănătate.

În contextul revizuirii strategiei naționale pentru incluziunea socială a populației de etnie romă, Ministerul Sănătății a realizat un plan de măsuri care a fost înaintat de ANR și societatea civilă pentru comentarii și recomandări. Conform acestui document, se observă intenția clară a Ministerului Sănătății de a renunța la programul de mediere sanitară și de a încuraja poziția de asistent medical comunitar care să lucreze și în comunitățile cu romi. Principala motivație invocată de Ministerul Sănătății o constituie rezultatul de la Recensământul Populației 2011, respectiv: *„În urma datelor rezultate recensământului, numărul populației rome declarate este foarte mic și nu se poate justifica necesitatea mediatorului sanitar. În acest caz situația nu ne împiedică, ca la nivelul acelor comunități (unde neoficial sunt peste 500 de persoane de etnie roma) să fie angajați asistenți medicali comunitari romi- care sunt deja formați”*(extras din documentul transmis de MSP în data de 1.11.2013 către președintele organizației Sastipen. Din această frază rezultă faptul că măsurile propunse în Strategia de Îmbunătățire a Situației Romilor, nu au la bază o analiză a unor documente care reflectă situația socio-demografică reală a populației rome.

7.3 Considerații finale cu privire la necesitatea dezvoltării de politici specifice pentru romi.

Constituția României garantează cetățenilor dreptul la ocrotirea sănătății însă în același timp nu specifică până la ce nivel. Legislația îi garantează accesul la servicii de sănătate însă nu specifică care sunt acestea și până unde pot beneficia pacienții de acest drept. Datorită situației

precare din sistemul de sănătate publică, atât romii cât și neromii întâmpină mari probleme în acceasarea serviciilor de sănătate publică primare sau de specialitate.

Cercetarea cantitativă și calitativă realizată în cadrul programului de doctorat a scos în evidență faptul că starea de sănătate a populației este în pericol deoarece, pe de o parte sistemul sanitar nu reușește să găsească soluții pentru o funcționare mai bună și pe de altă parte, faptul că cetățenii nu mai au încredere în sistem, sănătatea nefiind o prioritate într-o societate aflată în tranziție.

Analiza datelor cantitative și calitative a scos în evidență faptul că în România nu este nevoie de o abordare specifică pentru problemele de sănătate ale romilor. Cercetarea din cadrul tezei a ilustrat faptul că romii nu se confruntă cu boli specifice etniei, ci mai degrabă cu îngradirea accesului la servicii de sănătate datorat statutului socio-economic. Din punctul de vedere al respondentilor, aplicarea noii reforme în sănătate trebuie să aibă în vedere centrarea pe beneficiar și nu pe calitatea lui de asigurat sau nu. Dreptul la îngrijiri de sănătate este asigurat prin Constituție tuturor cetățenilor români. Romii, alături de alte categorii vulnerabile sunt cetățeni români care au dreptul de a beneficia serviciile de sănătate publică bazat pe principiul egalității de șanse.

Specialiștii intervievați menționează totuși că este nevoie de o abordare specifică romilor în domeniul non-discriminării. Trebuie investit mai mult în această privință deoarece, perpetuându-se această practică va deveni obișnuință în mediul spitalicesc, așa cum a devenit „șpaga”. Plata informală nu mai este considerată ceva rau, a devenit o obișnuință iar societatea românească acceptă tacit această practică. Sistemul sanitar din România practică tratamentul diferențiat al pacienților pe de o parte, pe criteriu etnic, și pe de altă parte pe criteriul statutului socio-economic.

Cercetările în domeniul sănătății populației au arătat că bolile cu care se confruntă cetățenii romi nu diferă de bolile cu care se confruntă cetățenii neromi și că factorii care determină starea de sănătate sunt aceiași atât în rândul romilor cât și în rândul neromilor. În acest context, romii, alături de alte categorii de populație defavorizată trebuie să beneficieze în mod egal de măsurile dispuse de autoritățile competente în domeniul sănătății publice.

Problematika romilor a constituit un subiect pe agenda publică începând cu anul 1998 atunci când România era în plin proces de aderare la structurile UE, în prezent însă nu mai face parte din ariile prioritare, decât la nivel declarativ Rapoartele de țară realizate de experții UE au menționat în repetate rânduri faptul că România trebuie să intervină și să rezolve situația de excluziune socială cu care se confruntau romii. Nu știm dacă factorii de decizie din acea vreme au constietizat cât de important este să se intervină în procesul de îmbunătățire a situației romilor dar

putem specula faptul că, dacă constientiză necesitatea de a interveni în procesul de îmbunătățire a situației romilor, România nu dezvoltă o politică publică pentru romi (strategia pentru romi) la presiunile UE, ci includea în politicile publice existente și a populației rome ca beneficiar direct.

Politicile publice pentru romi trebuiau să atragă atenția statului cu privire la necesitatea de a interveni și în același timp să le ofere romilor posibilitatea să-și ceară drepturile. În schimb aceste politici nu au influențat în nici un fel situația romilor ci din contră a creat haos în rândul funcționarilor care nu au știut cum să reacționeze. Efectul pervers al existenței politicilor publice este reprezentat de lipsa intervenției statului în procesul de rezolvare a problemelor cetățenilor români de etnie romă.

În contextul în care România este stat de drept, țară membră UE, în conformitate cu legislația națională și internațională cu privire la minoritățile naționale, cetățenii trebuie să se bucure în egală măsură de programele naționale și de servicii oferite de autoritățile locale/județene/naționale care să contribuie la bunăstarea individului și implicit a comunității.

Pornind de la principiile teoriilor cu privire la statului bunăstării, capabilității și cetățeniei, prin intermediul acestei teze de doctorat am pornind analiza bazat pe pe credința că, în condițiile în care statul este preocupat de bunăstarea cetățenilor, romii în calitate de cetățeni ai statului român, au dreptul să beneficieze în mod egal de politicile naționale implementate în domeniul sănătății.

Posibile soluții

Programul de mediere sanitară, considerat una dintre practicile pozitive ale României în domeniul incluziunii romilor, trebuie să continue să provoace efecte benefice atât pentru populație cât și pentru autoritățile de stat. Este nevoie ca programul de mediere sanitară să funcționeze corect și coerent, încadrat într-un sistem de asistență medicală comunitară funcțional, în care mediatorul sanitar să facă parte din echipa comunitară și nu doar pe post de persoană care sprijină intrarea experților în comunitate.

Strategia Guvernului României de Incluziune a Cetățenilor Români de Etnie Romă, HG 1221/2001, principalul document de politică publică adresat populației rome, are nevoie de o evaluare a măsurilor și stabilire a unor indicatori abordabili bazați pe realitate din teren. În plus, trebuie corelată cu alte documente naționale de politică publică adresate populației defavorizate, armonizând astfel toate eforturile autorităților naționale și internaționale implicate în procesul de incluziune socială a populației rome. În plus, în contextul în care Ministerul Sănătății are în dezbatere o nouă reformă în domeniul sănătății, este nevoie de regândirea unui plan de măsuri care

să contribuie pe termen lung la îmbunătățirea stării de sănătate a populației, bazat pe principiul egalității de șanse.

Preocupat permanent de realizarea unei noi reforme în sănătate bazată pe principiul descentralizării, Ministerul Sănătății trebuie să evalueze capacitatea autorităților locale de gestionare a programelor de sănătate publică și în funcție de această evaluare să se demareze un program de instruire pentru funcționari, astfel încât să ne asigurăm că sănătatea populației este un domeniu prioritar și că cetățenii vor avea acces la servicii medicale primare și servicii medicale de urgență indiferent de statutul socio-economic sau apartenență etnică.

Un subiect controversat în rândul membrilor societății civile române îl constituie necesitatea de a colecta date cu privire la bolile cu care se confruntă populația de etnie romă. Deși sunt de înțeles temerile celor care susțin ideea de a nu colecta date specific pe etnie, în același timp, în calitate de cercetător, consider că pentru a analiza coerentă a necesității de a dezvolta intervenții specifice populației române, una dintre soluții ar fi dezvoltarea unui observator al stării de sănătate care să colecteze periodic date în conformitate cu indicatorii ECHI.

Scopul declarat al politicilor publice pentru romi este bunăstarea membrilor comunităților cu romi. Strategia de îmbunătățire a situației romilor ar fi trebuit să reprezinte intervenția statului în configurația proceselor sociale caracteristice acestei colectivități, în scopul modificării lor într-o direcție considerată de către actorii politici a fi dezirabilă. S-a încercat astfel, prin mecanisme proprii de distribuire și redistribuire a resurselor existente în comunitate la un moment dat, realizarea unei bunăstări colective fără să se asigure că membrii comunităților cu romi beneficiază de anumite capacități fundamentale (capacitatea de a avea hrană, de a duce o viață lipsită de boli, capacitatea de a fi educat și de a participa la viața publică). Suntem în faza în care abordarea problematicei romilor din România să fie regândită din perspectiva teoriilor normative și acces egal la resurse.

Tratarea cu superficialitate a “rănilor” provocate romilor de o istorie marcată de multe momente nefericite va avea cu siguranță repercusiuni asupra societății românești, în general. Trebuie să gândim în perspectivă, în viitor, astfel încât bunăstarea să fie de lungă durată și să afecteze un număr cât mai mare de cetățeni, indiferent de apartenența lor etnică. Guvernul României este un prestator de servicii pentru cetățeni și trebuie să ofere cetățenilor siguranța că trăiesc într-un stat de drept bazat pe principiul egalității de șanse.

Bibliografie

- Abraham, Dorel, Bădescu, Ilie , Chelcea, Septimiu.1995. *Interethnic Relations in România: Sociological Diagnosis and Evaluation of Tendencies*. Editura Carpatica. Cluj- Napoca.
- Alexander, Jeffery. M. 2004. *Capabilities, Human Right and Moral Pluralism*. International Journal of Human Rights 8 (4): 451-469.
- Alexander, John M. 2008. *Capabilities and social justice: the political philosophy of Amartya Sen and Martha Nussbaunt*. Aldershot:Ashgate.
- Bădescu, Gabriel, Grigoraș, Vlad, Rughiniș, Cosima, Voicu, Malina, Voicu, Ovidiu. 2007. *Barometrul Incluziunii Romilor*. FSD. București
- Ball, Terrence, Dagger, Richard. 2000. *Ideologii politice și idealul democratic*. Iași, Polirom.
- Barliba, Ion, Sinitchi, Georgeta. 2008. *Sisteme de sănătate europene*. Practica Medicală- vol 3, nr. 3(11), an 2008. Accesat la data de 28.11.2013. Disponibil la http://www.medica.ro/reviste_med/download/practica_medicala/2008.3/PM_Nr-3_2008_Art-1.pdf
- Barry, Brian. 1995. *John Rawls and the Search for Stability*. Ethics 105 (4): 874-915.
- Bârzea, Cezar. 2005. *Cetățenia Europeană*. Ed.Politeia-SNSPA.
- Beitz, Charles. 2000. *Rawls's Law of Peoples*. Ethics 110: 669-696.
- Berciu, Ion, Vlădescu, Cristian. 1999. *Legislație și reforma sanitara în România*. Editura Cosal București.
- Björnberg , Arne. 2012. *Health Consumer Powerhouse, EuroHealth Consumer Index*. Accesat la data de 26.10.2013. Disponibil la <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>
- Bleahu, Ana. 2005. *Mecanisme ale excluziunii de la serviciile de sănătate, cu accent pe problematica romilor*. Revista Calitatea Vieții XVII, nr. 1–2. București.
- Bloom, Allan. 1975. *Justice: John Rawls vs. the Tradition of Political Philosophy*. The American Political Science Review 69: 648-662.
- Boyd, Christine. 2009. *Poverty and Health Care in the context of România postcomunism*. UMI.
- Brighouse, Harry, Ingrid Robeyns. 2010. *Measuring Justice: Primary Goods and Capabilities*. Cambridge: Cambridge Univesity Press.
- Burtea, Vasile. 1996. *Marginalizare socială și cooperare în cazul populației de rromi*, Revista de cercetări sociale nr. 3. București.

- Buzducea, Doru (coord). 2013. *Economia socială a grupurilor vulnerabile*. Polirom. Iași.
- Cace, Sorin, Vlădescu, Cristian (coord.). 2004. *Starea de Sănătate a Populației Rome și Accesul la Serviciile de Sănătate*. Editura Expert
- Cace, Sorin., Vlădescu, Cristian . 2004. *Accesul populației rome la serviciile de sănătate*. Jurnalul practicilor pozitive comunitare, nr. 3–4.
- Caraiani, Ovidiu (coord.). 2008. *Dreptate sau moralitate? O introducere în filosofia politică a lui John Rawls*. București. Comunicare.ro. 178-212.
- Cauc, Ion, Manu, Beatrice, Pârlea, Daniela, Goran, Laura. 2004. *Metodologia cercetării sociologice*. Ed. Fundatiei România de Maine. București.
- Centru de Resurse pentru Comunitățile cu Romi. 2005. *Sprijin pentru strategia de îmbunătățire a situației romilor-Programul Phare 2002*. Cluj Napoca. Accesat la data de 16.10.2013.
Disponibil la <http://academos.ro/sites/default/files/biblio-docs/1313/brosuraphare2002rom.pdf>
- Chelcea, Septimiu. 2001. *Metodologia cercetării sociologice*. Editura Economică. București.
- Culic, Irina. 2004. *Metode avansate în cercetarea socială*. Editura Polirom. Iași.
- Dan, Adrian. 2007. *Diagnoza și soluționarea problemelor sociale*. Note de curs. Facultatea de Sociologie și Asistență Socială. Universitatea București.
- Deme, Cecilia. 2006. *Rolul politicilor sociale în statul bunăstării*. Revista Transylvanian Review of Administrative Sciences, nr.16.2006.
- Dobos, Cristina. 2005. *Dificultăți de acces la serviciile de sănătate publică în România*. București. Revista Calitatea Vieții, XVII, nr. 1–2, p. 7–24.
- Duminică, Gelu (coord), Ivasiuc, Ana, Cace, Sorin, Toader, Roxana, Vizireanu, Ana. 2013. *Romii în România*. Ed. Expert. București.
- Duminică, Gelu, Cace, Sorin (coordonatori), Arpinte, Daniel, Ionescu, Mariea, Iova, Cristina, Sali, Nicolae. 2004. *Politici de incluziune socială pentru grupurile vulnerabile- Creșterea accesului pe piața muncii*. Comisia Europeană.
- Enăchescu, Dan, Marcu, Gr. Mihai. 1998. *Sănătate publică și management sanitar*. Ed. All.
- Eniko, Magyari, Vincze. 2006. *Excluderea socială la intersecția dintre gen, etnicitate și clasă. O privire prin prisma sănătății reproducerii la femeile rome*. Ed. EFES. Cluj.
- European Commission. 2004. *Health & Consumer Protection Directorate-General, High Level Group on Health Services And Medical Care, Background document setting out health system objectives of particular interest to different European committees*. Accesat la data de 12.09.2013.
Disponibil la http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/highlevel

- European Observatory on Health Care Systems. 2000. *Health Care Systems in Transition – România*. Accesat la data de 10.09.2013. Disponibil la http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/95924/E71423.pdf
- Fărcășanu, Dana (coord). 2006. *Fundamentele abordării integrate a serviciilor medico-sociale la nivel local*. Alpha MDN. Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate
- Fărcășanu, Dana, Dărmus, Ioana. 2006. *Evaluarea programului de mediere sanitara*. JSI Research & Training Institute.
- Fărcășanu, Dana. 2012. *Analiză de situație privind cadrul de reglementare a asistenței medicale comunitare în România*. Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate
- Fosztó, László. 2009. *Colecție de studii despre romii din România*. ISPMN Publishing & Kriterion. Cluj-Napoca.
- Fraser, Angus. 1995. *Țigani, originile, migrația și prezența lor în Europa*. Traducere realizată de editura Humanitas. 2010.
- Frazer, Michael. 2007. *John Rawls: Between Two Enlightenments*. Political Theory 35 (6): 756-780.
- Giurca, Daniela (coord.), Rusu, Marioara, Stoian, Iulian, Ilie, Simona, Toma, Stefania, Arsu, Alin. 2012. *Incluziunea romilor din România: Politici, Instituții, Experiențe*. Fundația Soros România.
- Gugliemo, R. Waters. 2005. *Migrating towards minority status: shifting European policy towards roma*. Jurnal of Common Market Studies, vol.43.
- Hajioff, Steve, McKee, Martin. 2000. *The health of the Roma people: a review of the published literature*. J Epidemiol Community Health 2000.
- Hajioff, Steve, McKee, Martin. 2000. *The health of the Roma people: a review of the published literature*. Journal of Epidemiological and Community Health.
- Hayek, Friedrich, August. 1998. *Constituția Libertății*. Traducere de Lucian-Dumitru Dîrdală, Institutul European Iași.
- Ionescu, Mariea, Cace, Sorin. 2006. *Politici publice pentru romi: Perspective și evoluții*, Ed. Expert
- Kaufman, Alexander. 2006. *Capabilities Equality: Basic Issues and Problems*. New York: Routledge.
- Kuklys, Wiebke, Robeyns, Ingrid. 2006. *Sen's capability approach to welfare economics*. În: Kuklys, Wiebke, Robeyns, Ingrid (ed.). *Sen's capability approach: theoretical insights and empirical applications*. Berlin, Springer-Verlag, p. 9-29.

- Kuklys, Wiebke.2005. *Amartya Sen's Capability Approach :Theoretical Insights and Empirical Application*. Springer Berlin Heidelberg. New York.
- Lazăr, Florin.2000. *Statul bunăstării din România, în căutarea identității*. ICCV. Accesat la data de 05.08.2013. Disponibil la <http://www.iccv.ro/oldiccv/romana/revista/rcalvit/pdf/cv2000.1-4.a02.pdf>
- Lehti, Arja, Mattson, Bengt. 2001. *Health, attitude to care and patterns of attendance among gypsy women-a general practice perspective*. *Family Practice* 2001; **18**: 445–448.
- Liegeois, Jean-Pierre. 2007. *Romii în Europa*. Traducere realizată de Biroul de Informare al Consiliului Europei la București. 2008.
- Marshall, Gordon. 1994. *Dicționar de Sociologie*.Oxford University Press.
- Mihăilescu, Ioan. 2003. *Sociologie Generală*.Ed. Polirom.Iași
- Mincă, Dana Galieta, Marcu, Mihail Grigorie. 2005. *Sănătate publică și management sanitar Note de curs pentru învățământul postuniversitar*. Editura Universitară ”Carol Davila”. București.
- Ministerul Sănătății. 2005. *Evaluarea programului de asistență medicală comunitară*. Accesat la data de 15.06.2013. Disponibil la <http://www.unicef.ro/wp-content/uploads/raport-final-a4-4-aprilie-2007.pdf>
- Miroiu, Adrian. 2001. *Introducere în analiza politicilor publice*, Editura Paideia, București,
- Miroiu, Mihaela. 2005. *Drumul către autonomie*. Editura Polirom. Iași.
- Moisa, Florin, Rostas, Albert-Iulius, Tarnovschi, Daniela, Stoian, Iulian, Rădulescu,Daniel, Andersen, Stefania-Tania. 2012. *Raportul Societății Civile asupra implementării strategiei naționale de integrare a romilor din România și al planului de acțiune al Decenului în România 2012*. Secretariatul Decadei de Incluziune a Romilor.
- Moisa, Florin. 2012. *Incluziune socială în România. De la concept la implementarea politicilor publice de incluziune a populației de etnie romă*. Cluj Napoca. Disponibil la http://doctorat.ubbcluj.ro/sustinerea_publica/rezumat/2012/sociologie/moisa_florin_ro.pdf
- Murray, Christopher JL.,Frenk, Julio. 2000. *A WHO Framework for Health System Performance Assessment, Evidence and Information for Policy*. Bulletin of the World Health Organization. 78.
- Neculau, Adrian, Ferreol, Gilles. 1996. *Minoritari, marginali, excluși*. Polirom. Iași.
- Nozick, Robert. 1997. *Anarhie, stat și utopie*. trad. Mircea Dumitru. București: Humanitas.
- Nussbaum, Martha. 2000. *Women and Human Development: The Capabilities Approach*. Cambridge, Cambridge University Press.

- Nussbaum, Martha. 2011. *Creating Capabilities: The Human Development Approach*. Harvard: Harvard University Press.
- Parscaru, Mihai. 2010. *Diagnoza problemelor sociale*. Accesat la data de 16.11.2013. Disponibil la www.incluziunesociala.ro/uploads/47_49743_suport_curs_Diagnoza_problemeleor_sociale.pdf
- Patterson, Rachel. 2004. *Reviewing Public Reason: A Critique of Rawls's Political Liberalism and the Idea of Public Reason*. Deakin Law Review 9 (2): 715-729.
- Pim, de Graff, Rusnak, Martin, Tournev, Ivailo, Braakenburg, Henri, Brazinova, Alexandra. 2007. *Evaluarea stării de sănătate și a accesului la asistență medicală în cadrul comunităților cu romi*. Ministerul Sănătății Publice. România.
- Pons, Emmanuelle. 1995. *Țigani din România o minoritate în tranziție*. Traducere realizată de Gabriela Ciubuc. Ed.Compania.1999.
- Pop, Elena,Cosmina. 2010. *Starea de sănătate a populației din România în context European. O abordare din perspectiva calitatii vieții*. Calitatea Vieții, XXI nr. 3–4. p. 274–305.
- Popescu, Eugen. 2007. *Drept Internațional Public*. Editura Alma Mater.Sibiu.
- Preda. Marian. 2007. *Politica socială românească între sărăcie și globalizare*. Ed.Polirom.
- Preoteasa, Ana Maria, Cace, Sorin, Duminică, Gelu. 2009. *Strategia Națională de Imbunătățire a Situației Romilor: Vocea comunităților*. Editura Expert.
- Profiroi, Marius Constantin, Iorga, Elena. 2009. *Manual de politici publice*.IPP. București
- Radoi, Mireille. 2004. *Evaluarea Politicilor publice*. Ed. Tritonic.
- Rădulescu, Daniel. 2010. *Romii o minoritate națională*. Accesat la data de 18.11.2013. Disponibil la <http://danielradulescu.blogspot.ro/2010/05/romii-o-minoritate-nationala-in.html>
- Rawls, John. 1971. *A theory of Justice*. Cambridge: The Belknap Press.
- Robeyns, I. 2003. *Sen's Capability Approach and Gender Inequality: Selecting Relevant Capabilities*. Feminist Economics, 9 (2-3), 61-92.
- Romani CRISS. 2005. *Lupta impotriva tuberculozei în comunitățile cu romi*. București. Accesat la data de 22.05.2013. Disponibil la <http://www.romanicriss.org/Raport%20evaluare%20TB.pdf>
- Romani CRISS.2007. *Serviciile de sănătate și romii. Evaluarea sistemului de mediere sanitară*. București. Accesat la data de 14.07.2013. Disponibil la http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_ro.pdf
- Rotariu, Traian. 1997. *Ancheta sociologică și sondajul de opinie*. Iași. Editura Polirom.
- Salais, Robert, Villeneuve, Robert.2004. *Europe and the Politics of Capabilitie*. Cambridge University Press.

- Sandu, Adriana, Iuliana. 2006. *Poverty Institution and Children Health in postcommunism Rural România: A view from below*. UMI.
- Sandu, Dumitru. 2005. *Roma Social Mapping. Targeting by a Community Poverty Survey*. Guvernul României și Banca Mondială.
- Sandu, Dumitru. 2007. *Practica dezvoltării comunitare*. Polirom, Iași
- Sastipen – Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate .2010. *Raport de documentare privind lezarea dreptului la demnitate personală și îngrădirea accesului unui număr de trei femei de etnie romă, la serviciile oferite de Secția Obstetrică-ginecologie a Spitalului Orășenesc Târgu Neamț*”. Sastipen. Accesat la data de 16.09.2013. Disponibil la <http://www.sastipen.ro/domenii-de-activitate/rapoarte>
- Sastipen – Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate. 2013. *Raport de monitorizare a activității mediatorilor sanitari*. INSP
- Schneeweiss, Adina. 2011. *Constructing the Roma audience: Public health communication and intervention in contemporary Romania*. Critical Public Health. Vol 21, no3, 297-312.
- Schoon, Joyce, *Îmbunătățirea asistenței medicale primare: Cercetări de sănătate publică și culturale în comunitățile de romi din România*. 1998.
- Sen, Amartya, Muellbauer, John, Kanbur, Ravi, Hart, Keith, Williams, Bernard. 1987. *The Standard of Living*. Cambridge University Press.
- Sen, Amartya. 1985. *Commodities and Capabilities*. Oxford, Oxford University Press.
- Sen, Amartya. 2004. *Dezvoltarea ca libertate*. București: Editura Economică.
- Smith, Jerilyn. 2010. *The marginalization of shadow minorities (roma) and the impact on opportunities*. UMI.
- Tomescu, Cristina. 2009. *Inovația socială în servicii de sănătate*. Calitatea Vieții. XX, nr. 1–2,
- Vlădescu, C., Rădulescu, S., Olsavszky, V. 2000. *Sisteme de sănătate în tranziție*. Observatorul European al sistemelor de sănătate.
- Vlădescu, Cristian, Dragomireșteanu, Aurora, Enăchescu Dan. 2001. *Politici de alocare a resurselor și de planificare a personalului medical în sistemele de sănătate. România în context internațional*. București. Editura CPSS.
- Vlădescu, Cristian, Scîntee, Gabriela, Olsavszky, Victor, Allin S, Mladovsky, Philipa. 2008. *Health Systems in Transition*. Romania: Health system review.
- Walker, Melanie. 2005. *Amartya Sen's Capability Approach and Education*. Educational Action Research. Vol. 13, nr. 1, p. 103-110.

- Wallace, Hellen. 2005. *Elaborarea politicilor în Uniunea Europeană*. Ed. Institutului European din România. București.
- White, Stuart. 2003. *The Civic Minimum: On the Rights and Obligations of Economic Citizenship*. Oxford: Oxford University Press.
- World Health Organization. 2000. *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*. Switzerland. ISBN 92 4 156198 X.
- Zamfir, Catalin (coord.), Zamfir, Elena.1995. *Politici sociale: România în context European*. Editura Alternative. București.
- Zamfir, Cătălin, Preda, Marian. 2002. *Romii în România*. Ed.Expert. București.
- Zamfir, Cătălin, Zamfir, Elena et all.1992. *Țiganii între ignorare și îngrijorare*. Ed. Sigma.
- Zanoschi, Georgeta. 2003. *Sănătate Publică și Management Sanitar*. EDIT DAN, Iasi.
- Zarcovic, Grujica, Enăchescu Dan.1998. *Probleme privind politicile de sănătate în țările Europei centrale și de răsărit. Evoluția recentă și perspectivele sistemului de sănătate în România*. București. Editura Infomedica.
- Zoon, Inna. 2001. *La periferia societății-Romii și serviciile publice în România*. Centrul de Resurse pentru Comunitatile cu Romi.

Legislație

- Hotărârea Nr. 117 din 27 martie 2013 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;
- Hotărârea de Guvern Nr. 144 din 23 februarie 2010, privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, publicată în: Monitorul Oficial NR. 139 din 2 martie 2010;
- Hotărârea nr.972 din 26 iulie 2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate publicată în Monitorul Oficial nr. 680 din 8 august 2006, modificata prin Hotărârea nr.1.586 din 19 decembrie 2007 pentru modificarea și completarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006 publicat in Monitorul official nr 18 din 10 ianuarie 2008;
- Legea asigurărilor sociale de sănătate nr. 145 din 24 iulie 1997 publicată în monitorul Oficial nr. 178 din 31 iulie 1997;
- Legea nr. 100 din 26 mai 1998 privind asistența de sănătate publică, publicată în Monitorul

Oficial nr. 204 din 1 iunie 1998;

- Legea nr. 74 din 6 iulie 1995 privind exercitarea profesiei de medic, infiintarea, organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România;
- Legea nr.95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății publicată în Monitorul Oficial nr. 372/ 28 aprilie 2006;
- Legea Administrației Publice Locale 215/2001, modificată prin Legea 286/2006;
- Ordinul Ministrului Sănătății nr.261/2010 privind aprobarea organigramei și a Regulamentului de organizare și funcționare a Institutului Național de Sănătate Publică București, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 228 din 12 aprilie 2010
- Ordonanța de Urgență nr. 150 din 31 octombrie 2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, publicată în Monitorul Oficial nr. 838 din 20 noiembrie 2002
- Ordonanța de urgență nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale publicată în monitorul Oficial, partea I nr. 808 din 03.12.2008.
- Legea 202/2002, privind egalitatea de șanse între femei și bărbați, Monitorul Oficial Partea 1 nr. 308/2002;
- Ordonanța 137/2000, republicată, privind sancționarea tuturor formelor de discriminare, Guvernul României;
- Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 61/2008 privind implementarea principiului egalității de tratament între femei și bărbați în ceea ce privește accesul la bunuri și servicii și furnizarea de bunuri și servicii;
- Directiva Consiliului 2000 / 43 / CE, 29 iunie 2000, cu privire la implementarea principiului tratamentului egal între persoane indiferent de originea rasială sau etnică;
- Carta drepturilor fundamentale ale Uniunii Europene (2007/C 303/01)
- Directiva Consiliului nr. 2004/113/CE din 13 decembrie 2004 privind implementarea principiului egalității de tratament între bărbați și femei în ceea ce privește accesul la și furnizarea de bunuri și servicii
- Ordinul nr. 619/2002 emis de Ministerul Sănătății pentru aprobarea funcționării ocupației de mediator sanitar și a Normelor tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitari în anul 2002

- Ordinul Ministrului Sănătății nr. 443/2004 privind componența și funcționarea Comisiei Ministeriale pentru Romi a Ministerului Sănătății.
- OUG nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale.
- HG nr. 56/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății către autoritățile administrației publice locale.
- HG nr. 459 din 5 mai 2010 pentru aprobarea standardului de cost/an pentru servicii acordate în unitățile medico-sociale și a unor normative privind personalul din unitățile de asistență medico-socială și personalul care desfășoară activități de asistență medicală comunitară

ANEXE

Anexa 1- Model chestionar respondeți romi

Proiectul de cercetare este realizat în cadrul proiectului „*Construcția și implementarea unui program doctoral inovator interdisciplinar cu privire la problematica romilor*” implementat de Școala Națională de Studii Politice și Administrative în cadrul Programului Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013, axa prioritară: 1, „Educația și formarea profesională în sprijinul creșterii economice și dezvoltării societății bazate pe cunoaștere”, domeniul major de intervenție: 1.5. „Programe doctorale și post-doctorale în sprijinul cercetării”.

NUMĂR DIN LISTA DE EȘANTIONARE: _____

Chestionar individual (pentru subiecți aparținând etniei romilor)

Accesul la serviciile de sănătate publică

Buna ziua, mă numesc..... și realizez o cercetare în cadrul unui program de doctorat. În prezent realizez un sondaj privind accesul populației la serviciile de asistență medicală. Pentru a discuta aceste aspecte, dumneavoastră ați fost ales la întâmplare, ca într-o loterie. Dacă sunteți de acord să ne răspundeți la întrebări, sperăm să nu vă răpim mai mult de 20 de minute. Răspunsurile pe care le vom obține nu le vom comunica nimănui în această formă. Ne interesează doar numărarea persoanelor care au o părere sau alta. Vă facem precizarea că toate datele furnizate de acest studiu sunt strict confidențiale. Dacă sunteți de acord să ne răspundeți la întrebări, sperăm să nu vă răpim mai mult de 20 de minute. Vă mulțumesc!

COMPONENTA GOSPODĂRIEI ȘI SELECȚIA RESPONDENTULUI

GOSP1. JUDEȚ: _____ GOSP2. LOCALITATE/COMUNĂ: _____ GOSP3. SAT: _____

GOSP4. NUME COMUNITATE: _____

GOSP5. NEAM

- | | | |
|----------------------------------|-------------------|---|
| 1. ROM (NEDIFERENȚIAT PE RAMURI) | 11. URSARI | 21. PIEPTANARI |
| 2. COCALARI | 12. LAIESI | 22. FULGARI |
| 3. DE VATRA, VATRASI | 13. CARAMIDARI | 23. COSTOVAR |
| 4. LAUTARI | 14. GABORI | 24. TISMANARI |
| 5. FLORARI BOLDEENI TEISANI | 15. CALDARARI | 26. RACARI |
| 6. BIDINARI | 16. TURCI, TATARI | 27. GEAMBASI |
| 7. CIURARI | 17. CIUBOTARI | 28. CEAUNARI |
| 8. SPOITORI | 18. NOMAZI | 29. EVITA SA DECLARE CA SUNT ROMI (ASIMILATI) |
| 9. ARGINTARI | 19. ZLATARI | 30. EVITA SA DECLARE CA SUNT ROMI (MAGHIARIAZATI) |
| 10. RUDARI, LINGURARI | 20. DE MATASE | |

GOSP6. Mediu de rezidență: 1. URBAN 2. RURAL

GOSP7. ADRESA : _____

GOSP8. Câte persoane locuieți în această gospodărie? (inclusiv respondentul!) _____ persoane

GOSP9. Câte persoane cu vârste peste 18 ani (împliniți) locuiesc în această gospodărie (inclusiv respondentul)? _____ persoane

GOSP10. Câte persoane cu vârste sub 18 ani (împliniți) locuiesc în această gospodărie? _____ persoane

A. INTRODUCERE – ASPECTE GENERALE**A1. Cum este starea dvs. de sănătate în prezent?**

Foarte bună	Bună	Nici bună, nici proastă	Proastă	Foarte proastă	NȘ/NR
1	2	3	4	5	88

A2. Cum credeți că va fi starea dvs. de sănătate peste un an?

Mult mai bună	Mai bună	Aproximativ la fel	Mai proastă	Mult mai proastă	NȘ/NR
1	2	3	4	5	88

A3. În ce măsură credeți că problemele actuale ale dvs. sunt legate de ...CITITI VARIANTELE DE RĂSPUNS !

	Foarte mare măsură	Mare măsură	Mică măsură	Foarte mică măsură	NȘ/NR
1. Bani	1	2	3	4	88
2. Sănătate	1	2	3	4	88
3. Locul de muncă	1	2	3	4	88

A4. Dvs. sau cei apropiați, cum credeți că ați fi tratat în comparație cu majoritarii la...?

	Mai bine	La fel	Mai prost	NS / NR
1. Școală	3	2	1	88
2. Spitale, dispensare	3	2	1	88
3. Primărie	3	2	1	88

A5. În prezent, aveți...?

	Da	Nu	NS/NR
a. certificat de naștere	1	2	88
b. buletin / carte de identitate <u>valabil(ă)</u>	1	2	88
c. buletin / carte de identitate <u>expirat(ă)</u>	1	2	88

B. STAREA DE SĂNĂTATE**B1. De ce boli ati fost diagnosticat de către medic? RĂSPUNS MULTIPLU! NU CITIȚI RĂSPUNSURILE!**

1. NU SUFĂR DE NICI O BOALĂ	9. BOLI SAU TULBURĂRI ALE RINICHILOR SAU TRACTULUI URINAR (INSUFICIENȚĂ RENALĂ CRONICĂ, LITIAZĂ RENALĂ, LITIAZĂ VEZICALĂ ETC.)
2. BOLI ȘI TULBURĂRI ALE SISTEMULUI <u>CARDIOVASCULAR</u> (HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ, ANGINĂ PECTORALĂ, CARDIOPATIE ISCHEMICĂ, VARICE, INFARCT, PERICARDITĂ, etc.)	10. BOLI ȘI TULBURĂRI ALE SISTEMULUI REPRODUCĂTOR (HIPERTROFIA PROSTATEI, FIBROM UTERIN ETC.)
3. BOLI ȘI TULBURĂRI ALE SISTEMULUI <u>RESPIRATOR</u> /BOALĂ LA PLĂMÂNI (ASTM BRONȘIC, BRONȘITĂ CRONICĂ, BPOC, TUBERCULOZĂ)	11. BOLI ȘI TULBURĂRI ALE SISTEMULUI OSOS ȘI ARTICULAR, ARTROZĂ, OSTEOPOROZĂ
4. BOLI ȘI TULBURĂRI ALE <u>TUBULUI DIGESTIV</u> (ULCER GASTRIC/ DUODENAL, GASTRITĂ, BOLI ALE INTESTINULUI GROS ETC.)	12. BOLI REUMATICE ȘI AUTOIMUNE, LUPUS
5. BOLI ȘI TULBURĂRI <u>HEPATICE</u> , PANCREATICE SAU BILIARE (CIROZA, HEPATITĂ CRONICĂ, PANCREATITĂ CRONICĂ, DISKINEZIE BILIARĂ	13. BOALA A SISTEMULUI NERVOS, PAREZE, PARALIZII

ETC.)	
6. BOLI ȘI TULBURĂRI ENDOCRINE, DE NUTRIȚIE ȘI METABOLISM (DIABET, BOLI ALE TIROIDEI ETC.)	14. BOLI ȘI TULBURĂRI MINTALE / BOLI PSIHICE
7. BOALĂ DE <u>OCHI</u> (CATARACTĂ, GLAUCOM ETC.)	15. AMPUTARE SAU LIPSA TOTALĂ SAU PARȚIALĂ UNUI MEMBRU SAU ORGAN
8. <u>CANCER</u> (ORICE LOCALIZARE, LEUCEMIE)	16. ALTELE. Care? _____
	88. NS/NR

	DA	NU	NS/NR
B2. În ultimele 12 luni...			
1. Ați fost la un control medical la <u>medicul de familie</u> din proprie inițiativă pentru a vă verifica starea de sănătate, în afara unor semne de boală?	1	2	88
2. Ați fost la un control medical la <u>spital</u> din proprie inițiativă pentru a vă verifica starea de sănătate, în afara unor semne de boală?	1	2	88
3. Ați făcut vaccinul antigripal pentru gripa sezonieră?	1	2	88
4. Ați făcut vaccinul antigripal pentru gripa porcină?	1	2	88

B3. Când aveți o problemă de sănătate mai puțin gravă cum procedați de obicei...? RĂSPUNS UNIC! CITIȚI RĂSPUNSURILE!

1. Încercați să vă tratați singur folosind metode tradiționale (ceaiuri, plante etc)
2. Încercați să vă tratați singur folosind medicamente pe care le cumpărați de la farmacie
3. Mergeți la medic și urmați tratamentul prescris
88. NS/NR

C. Accesul la servicii de asistență medicală primară

C1. Sunteți înscris la un medic de familie? RĂSPUNS UNIC!

1. DA SALT LA C3
2. NU

C2. Care este PRINCIPALUL MOTIV pentru care nu sunteți înscris pe lista unui medic de familie? RĂSPUNS UNIC! NU CITIȚI RĂSPUNSURILE!

- | | |
|---|---|
| 1. NU AM ASIGURARE DE SĂNĂTATE | 8. AM FOST PLECAT DIN LOCALITATE/ȚARĂ |
| 2. NU EXISTA MEDIC/CADRU MEDICAL IN COMUNITATE | 9. NEGLIJENȚĂ |
| 3. NU AM BANI | 10. CABINETUL MEDICAL ESTE LA O DISTANTA PEA MARE |
| 4. NU AM ȘTIUT CĂ TREBUIE SĂ MĂ ÎNSCRIU | 11. NU EXISTA MIJLOACE DE TRANSPORT PANA LA CABINETUL MEDICAL |
| 5. NU A FOST NEVOIE/NU AM AVUT NEVOIE PÂNĂ ACUM | 12. ALTELE: _____ |
| 6. NU AM SERVICIU | 88. NS |
| 7. AM FOST REFUZAT LA ÎNSCRIERE | |

SALT LA C 15

C3. Medicul de familie la care sunteți înscris acum a fost ales de dvs.? RĂSPUNS UNIC! CITEȘTE VARIANTELE!

1. DA, a fost opțiunea mea
2. NU, am fost trecut sau înscris la medicul de familie fără acordul meu
88. NS/NR

C4. Cât de multă încredere aveți în medicul dvs. de familie? RĂSPUNS UNIC! CITEȘTE RĂSPUNSURILE!

1. Foarte multă 2. Multă 3. Putină 4. Foarte puțină/deloc 88. NS/NR

C4. Ați apelat la medicul de familie (MF) în ultimele 12 luni (vizita dvs. la cabinet sau vizita medicului la domiciliul dvs.)?

1. DA 2. NU SALT LA C9 88. NS/NR SALT LA C9

C5. De câte ori ați apelat la serviciile medicale oferite de medicul de familie în ultimul an? RĂSPUNS UNIC!

1. O dată 2. 2-3 ori 3. 4-5 ori 4. Mai mult de 5 ori 88. NS/NR

C6. Care este MOTIVUL PRINCIPAL pentru care ați apelat la medicul de familie în ultimele 12 luni? RĂSPUNS UNIC! NU CITIȚI RĂSPUNSURILE!

- | | |
|---|---|
| 1. CONSULTAȚIE / NU MĂ SIMȚEAM BINE | 6. ELIBERAREA UNEI REȚETE PENTRU O BOALA CRONICĂ |
| 2. CONTROL PREVENTIV DIN PROPRIE INIȚIATIVĂ | 7. CONTROL PERIODIC PENTRU BOALA CRONICĂ |
| 3. CONTROL PREVENTIV LA SOLICITAREA medicului de familie | 8. ANALIZE MEDICALE SÂNGE/ECOGRAFIE |
| 4. ÎN URMA PRIMIRII INVITAȚIEI DE PARTICIPARE LA PROGRAMUL DE EVALUARE A STĂRII DE SANATATE | 9. ELIBERAREA UNUI AVIZ EPIDEMIOLOGIC, ADEVERINȚĂ, CERTIFICAT MEDICAL |
| 5. OBȚINEREA UNEI TRIMITERI PENTRU MEDIC SPECIALIST | 10. ALTELE _____ 88. NS/NR |

C7. În ultimele 12 luni s-a întâmplat ca medicul dvs. de familie...: RĂSPUNS MULTIPLU! CITEȘTE RĂSPUNSURILE!

	DA	NU
1. Să refuze să vă acorde asistență medicală la domiciliu?	1	2
2. Să refuze să vă acorde rețetă gratuită sau compensată?	1	2
3. Să nu îl găsiți în timpul programului afișat?	1	2
4. Să vă cheme pentru examenul de bilanț anual pentru evaluarea stării de sănătate?	1	2
5. Să vorbească sau să se poarte urât cu dvs?	1	2
6. Să refuze să vă acorde asistență medicală la cabinet?	1	2
7. Să nu respecte ordinea sosirii la cabinet și să vă consulte printre ultimii?	1	2
8. Să vă spună să veniți altădată deși ar fi putut să vă consulte?	1	2
9. Să facă remarci jignitoare cu privire la aspecte ce tin de identitatea etnică a dvs. (limba, port, tradiții)?	1	2

C8. Gândindu-vă la activitatea medicului de familie din ultimele 12 luni vă rugăm să ne spuneți cât de mulțumit sunteți de...:

	Foarte mulțumit	Mulțumit	Nemulțumit	Foarte nemulțumit	NS/NR
1. Serviciile medicale oferite de medicul dvs. de familie	1	2	3	4	88
2. Atitudinea și comportamentul medicului dvs. de familie	1	2	3	4	88
3. Atitudinea și comportamentul asistentelor medicale	1	2	3	4	88
4. Timpul de așteptare la cabinetul medicului de familie	1	2	3	4	88
5. Tratamentele prescrise	1	2	3	4	88
6. Sfaturile acordate	1	2	3	4	88
7. Frecvența cu care au fost efectuate vizitele la domiciliu	1	2	3	4	88

1. DOTAREA CABINETULUI	8. SĂ FACĂ CONTROALE PREVENTIVE PERIODICE
2. ORARUL, PROGRAMUL MEDICULUI	9. SĂ ELIBEREZE (MAI MULTE) MEDICAMENTE COMPENSATE, GRATUITE
3. SĂ FACĂ (MAI MULTE) CONSULTAȚII LA DOMICILIU	10. SA SE ASIGURE CONTINUITATEA SERVICIILOR MEDICALE ÎN AFARA ORELOR DE PROGRAM ALE MEDICULUI DE FAMILIE
4. SĂ LOCUIASCĂ ÎN LOCALITATE	11. NIMIC NU TREBUIE SCHIMBAT
5. APARATURA MEDICALĂ DIN CABINET	12. ALTELE: _____
6. REDUCEREA DURATEI DE	88. NS

1. DA 2. NU SALT LA C13

1. O dată 2. 2-3 ori 3. 4-5 ori 4. Mai mult de 5 ori 88. NS/NR

1. NU SUNT ÎNSCRIS LA MEDIC	8. NU AM AVUT CU CINE SĂ MA DUC
2. NU EXISTA MEDIC IN COMUNITATE	9. MEDICUL NU MĂ PRIMESTE
3. CABINETUL PREA DEPARTE	10. NU MA LASA FAMILIA SA MERG LA MEDIC
4. NU AVEAM BANI	11. ALTELE
5. NU EXISTA TRANSPORT IN COMUN	88. NS/NR _____
7. COMPORTAMENTUL FATĂ DE PACIENT	

1. Niciodată	2. O dată	3. 2-3 ori	4. 4-5 ori ori	5. Mai mult de 5	88. NS/NR
--------------	-----------	------------	-------------------	------------------	-----------

1. Niciodată	2. O dată	3. 2-3 ori	4. 4-5 ori ori	5. Mai mult de 5	88. NS/NR
--------------	-----------	------------	-------------------	------------------	-----------

1. Niciodată	2. O dată	3. 2-3 ori	4. 4-5 ori ori	5. Mai mult de 5	88. NS/NR
--------------	-----------	------------	-------------------	------------------	-----------

1. DA 2. NU SALT LA E1 88. NS SALT LA E1

1. Niciodată	2. O dată	3. 2-3 ori	4. 4-5 ori ori	5. Mai mult de 5	88. NS/NA
--------------	-----------	------------	-------------------	------------------	-----------

D3. Gândindu-vă la mediatorul sanitar pentru romi din comunitatea dvs. vă rog să îmi spuneți cât de mulțumit ati fost de:... *CITITI VARIANTELE DE RASPUNS !*

		Foarte mulțumit	Mulțumit	Nemulțumit	Foarte nemulțumit	NȘ/NR
1	Activitatea acestuia din ultimul an	4	3	2	1	88
2	Sfaturile acordate	4	3	2	1	88
3	Ajutorul dat în rezolvarea unor probleme	4	3	2	1	88
4	Informatiile furnizate	4	3	2	1	88

D4. În ultimele 12 luni mediatorul sanitar v-a vorbit despre.....:	DA	NU	NU ȘTIU
1. Planificare familială, metode de prevenire a sarcinii, prezervativ	1	2	88
2. Prevenirea și combaterea violenței în familie (violența domestică)	1	2	88
3. Infecții cu transmitere sexuală, HIV/SIDA	1	2	88
4. Sarcină, graviditate, lehoz	1	2	88
5. Îngrijirea nou-născutului, vaccinări	1	2	88
6. Cancer genital sau mamar (la sân)	1	2	88
7. Tuberculoză și tratamentul acesteia	1	2	88
8. Asistența medicală a copilului și nou născutului (vaccinări etc.)	1	2	88
9. Promovarea alăptatului la sân	1	2	88
10. Stil de viață sănătos (igiena personală, alimentație corectă etc.)	1	2	88
13. Cum se pot obține actele de identitate (certificat de naștere, buletin etc.)	1	2	88
14. Drepturile pe care le au cetățenii	1	2	88
15. Instituțiile care va soluționează un caz de discriminare	1	2	88
15. Cum se accesează anumite servicii sociale (ajutor social, venit minim garantat etc.)	1	2	88
16. Altele: _____	1	2	88

E. Sistemul de asigurări de sănătate

E1. Dvs. plătiți contribuția pentru asigurări de sănătate?

1. DA SALT LA E3

2. NU

88. NȘ/NR SALT LA F1

E2. Care este motivul PRINCIPAL pentru care NU plătiți contribuția pentru asigurările de sănătate? RĂSPUNS UNIC! NU CITI VARIANTELE!

1, NU AM BANI

2. NU AM ȘTIUT CĂ TREBUIE SĂ PLĂTESC

3. NU A FOST NEVOIE/NU AM AVUT NEVOIE PÂNĂ ACUM

4. NU AM SERVICIU

5. NU ȘTIU CUM SE PROCEDEAZĂ

6. AM FOST PLECAT DIN LOCALITATE/ȚARĂ

7. NEGLIJENȚĂ

8. ALTELE: _____

88. NȘ/NR

SALT LA F1

E3. Care este modalitatea de plată a contribuției dvs. pentru asigurările de sănătate? RĂSPUNS UNIC! CITEȘTE VARIANTELE!

1. Se reține de către angajator

2. O plătiți singur (nu sunt angajat/lucrez pe cont propriu)

3. Prin asociații familiale

4. Sunteți coasigurat

5. Se reține din pensie
6. Altele: _____
88. NS/NR

E4. De când plătiți contribuția pentru asigurările de sănătate?

1. Începând cu ultimii 2 ani (din mai 2008 până în prezent)
2. Mai mult de doi ani
88. NS/NR

F. Servicii spitalicești

F1. În opinia dvs., care credeți că este CEL MAI IMPORTANT aspect care ar trebui schimbat în spitalele din România? RĂSPUNS UNIC! NU CITI RĂSPUNSURILE!

- | | |
|--|--|
| 1. ATENȚIA, ÎNȚELEGEREA ACORDATĂ PACIENȚILOR DE CĂTRE PERSONALUL MEDICAL | 7. PROFESIONALISMUL, SERIOZITATEA PERSONALULUI MEDICAL |
| 2. MODERNIZAREA UNITĂȚILOR MEDICALE | 8. IGIENA, CURĂȚENIA DIN SPITAL |
| 3. PLĂȚILE NEOFICIALE/SPAGA | 9. CONSTRUIREA MAI MULTOR SPITALE |
| 4. DOTAREA CU APARATURĂ MODERNĂ | 10. NU AR TREBUI SCHIMBAT NIMIC |
| 5. MÂNCAREA BOLNAVILOR | 11. ALTELE: _____ |
| 6. COMPORTAMENTUL FATA DE PACIENT | 88. NS |

F2. În ultimele 12 luni dvs. sau cineva din familia dvs. a fost internat în spital?

- | | | |
|-------|------------------|----------------------|
| 1. DA | 2. NU SALT LA F9 | 88. NS/NR SALT LA F9 |
|-------|------------------|----------------------|

F3. De cate ori dvs. sau cineva din familia dvs. a fost internat în spital în ultimul an? RĂSPUNS UNIC!

- | | | | | |
|-----------|------------|------------|----------------------|-----------|
| 1. O dată | 2. 2-3 ori | 3. 4-5 ori | 4. Mai mult de 5 ori | 88. NS/NR |
|-----------|------------|------------|----------------------|-----------|

F4. Gândindu-vă la ultima oară când ati fost internat în spital:

1. Internarea s-a făcut prin programare SAU
2. Internarea s-a făcut în urgență

F5. Gândindu-vă la ultima oară când ati fost internat în spital: **RĂSPUNS UNIC! CITESTE VARIANTELE!**

1. Internarea s-a făcut într-un salon în care mai erau și alți pacienți (români)
2. Internarea s-a făcut într-un salon în care nu mai erau și alți pacienți
3. Internarea s-a făcut într-un salon în care erau numai pacienți romi
4. Internarea s-a făcut într-un salon mai slab dotat decât cele în care erau internați ceilalți pacienți
88. NS/NR

F6. Gândindu-vă la perioada petrecută în spital, vă rog să îmi spuneți cât de multumit ati fost de:	Foarte multumit	Multumit	Nemultumit	Foarte nemultumit	NS/NR
1. Claritatea informațiilor oferite de personalul spitalului referitoare la boala/tratamentul dvs	4	3	2	1	88
2. Timpul acordat de către personalul medical în a vă explica intervențiile/ tratamentul propuse	4	3	2	1	88
3. Modul în care personalul spitalului s-a purtat cu dvs. - politețe, bunățate	4	3	2	1	88
4. Modul în care intimitatea dvs a fost respectată în timpul examenului fizic sau al tratamentelor	4	3	2	1	88

5. Confortul oferit de spital (condițiile de cazare asigurate, igiena, liniștea, calmul)	4	3	2	1	88
6. Posibilitatea ca cei din familia dvs sau prietenii să aibă acces în spital și să vă viziteze	4	3	2	1	88
7. Promptitudinea personalului în rezolvarea problemelor d-voastră	4	3	2	1	88

F7. În timpul spitalizării...?

	DA	NU	NS/NR
1. Ați primit explicații despre procedurile/intervențiile medicale la care ați fost supus și riscurile și beneficiile acestora	1	2	88
2. Ați primit explicații despre diagnosticul stabilit, prognosticul și evoluția bolii	1	2	88
3. Ați primit explicații despre posibilitatea/dreptul de a refuza sau de a întrerupe o intervenție medicală	1	2	88
4. Intervențiile medicale au fost efectuate cu consimțământul dvs?	1	2	88
5. Ați fost informat cu privire la posibilitatea de a beneficia de o a doua opinie medicală?	1	2	88
6. Ați primit explicații despre identitatea (numele) și statutul profesional al cadrelor medicale care au grijă de dvs.	1	2	88
7. Ați fost nevoit să cumpărați medicamente sau alte materiale sanitare?	1	2	88

F8. Gândindu-vă la ultima oară când ați fost internat vă rog să îmi spuneți cât de mulțumit ați fost de:...

CITITI VARIANTELE DE RĂSPUNS !

	Foarte mulțumit	Mulțumit	Nemulțumit	Foarte nemulțumit	NȘ/NR
1 Medicul care v-a tratat	4	3	2	1	88
2 Asistent(ă) medical(ă)	4	3	2	1	88
3 Infirmiere	4	3	2	1	88

F9. În ultimele 12 luni s-a întâmplat vreodată să NU apelați la spital pentru o problemă de sănătate, pentru dvs. sau pentru un membru al familiei, deși aveți nevoie?

1. DA

2. NU SALT LA G1

88. NS/NR SALT LA G1

F10. De câte ori s-a întâmplat acest lucru în ultimul an? RĂSPUNS UNIC!

1. O dată

2. 2-3 ori

3. 4-5 ori

4. Mai mult de 5 ori

88. NS/NR

F11. Care este **MOTIVUL PRINCIPAL** pentru care NU ați apelat la spital în ultimele 12 luni deși aveți nevoie? RĂSPUNS UNIC! NU CITIȚI RĂSPUNSURILE!

1. NU PLĂTESC ASIGURĂRILE DE SĂNĂTATE

6. MEDICUL NU MĂ PRIMEȘTE

2. NU AVEAM BANI

7. NU M-A LASAT AGENTUL DE PAZA AL SPITALULUI

3. SPITALUL ESTE PREA DEPARTE

10. NU MA LASA FAMILIA SA MERG LA MEDIC

4. COMPORTAMENTUL FAȚĂ DE PACIENT

8. ALTELE _____

5. NU AM AVUT CU CINE SĂ MA DUC

88. NS/NR

G. ACCESUL LA SERVICII MEDICALE DE URGENȚĂ

G1. În cât timp credeți că ar ajunge o ambulanță la dvs. acasă în situația în care ați avea o urgență medicală?

_____ minute 88. NȘ/NR

1. DA 2. NU SALT LA G4 88. NS/NR SALT LA G4

1. O dată 2. 2-3 ori 3. 4-5 ori 4. Mai mult de 5 ori 88. NS/NR

1. DA 2. NU SALT LA G7 88. NS/NR SALT LA G7

1. O dată 2. 2-3 ori 3. 4-5 ori 4. Mai mult de 5 ori 88. NS/NR

1. NU PLĂTESC ASIGURĂRILE DE SĂNĂTATE	6. NU A AVUT CINE SĂ SUNE
2. NU AVEAM BANI	7. NU AM STIUT SĂ CHEM SALVAREA
3. SALVAREA VINE FOARTE GREU SAU NU VINE	8. ALTELE _____
4. COMPORTAMENTUL FATĂ DE PACIENT	88. NS/NR _____

1. DA 2. NU SALT LA G11 88. NS SALT LA G11

1. O dată 2. 2-3 ori 3. 4-5 ori 4. Mai mult de 5 ori 88. NS/NR

1. DA **2. NU SALT LA H1** **88. NS SALT LA H1**

1. O dată 2. 2-3 ori 3. 4-5 ori 4. Mai mult de 5 ori 88. NS/NR

1. NU PLĂTESC ASIGURĂRILE DE SĂNĂTATE	6. NU AM AVUT CU CINE SĂ MĂ DUC
2. NU AVEAM BANI	7. SE ASTEAPTĂ PREA MULT (LA RAND)
4. COMPORTAMENTUL FAȚĂ DE PACIENT	8. ALTELE _____
5. MEDICUL NU MA PRIMEȘTE	88. NS/NR

H1. În ultimele 12 luni dvs. ați mers la o farmacie pentru a cumpăra medicamente sau alte produse?

1. DA
2. NU

252

1. Solicitați farmacistei exact produsul pe care îl doriți
2. Vă consultați cu farmacistul despre opțiuni
3. Luați direct ce vă oferă farmacistul

88. NS

H4. Ce sumă considerați că ați cheltuit lunar din buzunar, în medie, pe medicamentele cumparate în ultimul an? (valoare cumulată cu și fără rețetă).

_____|_____|_____|_____|_____| RON

88.NS/NR

I. INFORMARE PRIVIND SERVICIILE MEDICALE

I1. Când vă gândiți la sănătatea dumneavoastră care sunt sursele de informație cel mai des folosite de dumneavoastră? RĂSPUNS MULTIPLU ! NU CITI VARIANTELE !

- | | |
|---------------------|-----------------------------|
| 1. Televiziune | 7. Asistent medical |
| 2. Radio | 8. Farmacist |
| 3. Ziare/reviste | 9. Preot |
| 4. Vecini | 10. Mediator sanitar |
| 5. Prieteni | 11. Altă sursă. Care? _____ |
| 6. Medic de familie | 88. NS/NR |

I2. În ultimul an la dvs. în comunitate a venit cineva să vă vorbească despre diverse probleme legate de sănătate?

1. DA

2. NU SALT LA I8

88. NS SALT LA I8

I3. De câte ori s-a întâmplat acest lucru? RĂSPUNS UNIC!

1. O dată

2. 2-3 ori

3. 4-5 ori

4. Mai mult de 5 ori

88. NS/NR

I4. Mi-ați putea spune ce persoane în afară de mediatorul sanitar au venit anul trecut în comunitate să vă vorbească despre aceste probleme? RĂSPUNS MULTIPLU ! NU CITI VARIANTELE !

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Medic de familie | 4. Asistent social |
| 2. Asistent medical | 5. Altă persoană. Care? _____ |
| 3. Asistent medical comunitar | 88. NS/NR |

I5. Despre ce probleme ați discutat cu aceste persoane?	DA	NU	NU ȘTIU
1. Planificare familială, metode de prevenire a sarcinii	1	2	88
2. Prevenirea și combaterea violenței în familie (violența domestică)	1	2	88
3. Sarcină, graviditate, lehoz	1	2	88
4. Îngrijirea nou-născutului	1	2	88
5. Asistența medicală a copilului și nou născutului (vaccinări etc.)	1	2	88
6. Promovarea alăptatului la sân	1	2	88
7. Stil de viață sănătos (igiena personală, alimentație corectă etc.)	1	2	88
8. Cum se accesează anumite servicii de sănătate (ajutor social, venit minim garantat etc.)	1	2	88
9. Alte probleme. Care?.....	1	2	88

I6. Cu ocazia acestor întâlniri ați primit și materiale informative?

1. DA

2. NU – SALT LA I8

88. NS/NR – SALT LA I8

I7. Ce fel de materiale ați primit? RĂSPUNS MULTIPLU ! NU CITI VARIANTELE !

- | | |
|------------|--------------------------------|
| 1. PLIANTE | 3. ALTE MATERIALE. CARE? _____ |
| 2. BROSURI | 88. NS/NR |

I8. Cât de informat considerați că sunteți în legătură cu factorii care vă afectează starea de sănătate?

1. Mă consider o persoană foarte informată
2. Mă consider o persoană informată
3. Mă consider o persoană slab informată
4. Mă consider o persoană foarte slab /deloc informată
88. NS/NR

19. Ce fel de informații despre sistemul de sănătate ați dori să (mai) primiți ? RĂSPUNS MULTIPLU!NU CITI VARIANTELE!

1. INFORMATII DESPRE PROGRAME DE PREVENTIE DISPONIBILE
2. INFORMATII DESPRE CALITATEA TRATAMENTELOR MEDICALE/ SUCESE ALE TRATAMENTELOR MEDICALE
3. INFORMATII DESPRE SERVICII MEDICALE EXISTENTE
4. INFORMATII DESPRE MEDICI SI PERSONAL MEDICAL
5. INFORMATII DESPRE COSTURILE UNOR TRATAMENTE
6. INFORMATII DESPRE PROBLEMELE CARE POT APARE IN TIMPUL UNOR TRATAMENTE
7. INFORMATII DESPRE TRATAMENTE MEDICALE ALTERNATIVE
8. INFORMATII DESPRE CUM SĂ ÎMI MENȚIN UN STIL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS
9. ALTELE: _____
88. NS/NR

J. SERVICII SOCIALE

J1. În ce măsură cunoașteți modalitatea prin care o persoană poate beneficia de următoarele ajutoare/programe	Foarte mare măsură	Mare măsură	Mică măsură	Foarte mică măsură /Deloc	NȘ/NR	J2. În ultimele 12 luni, în gospodăria dvs. a beneficiat cineva de următoarele ajutoare/programe (LISTA DE LA J1)		
						DA	NU	NȘ/NR
1. Ajutor pentru rechizite școlare	1	2	3	4	88	1	2	88
2. Alocații familiale (alocații pentru copii, pentru familii monoparentale, complementare)	1	2	3	4	88	1	2	88
3. Burse pentru elevi și studenți	1	2	3	4	88	1	2	88
4. Alte ajutoare acordate de Direcția pentru Protecția Copilului	1	2	3	4	88	1	2	88
5. Ajutor social (Legea 67/1995 sau venit minim garantat)	1	2	3	4	88	1	2	88
6. Ajutor special pentru handicapați	1	2	3	4	88	1	2	88
7. Ajutor de urgență acordat de către primării	1	2	3	4	88	1	2	88
8. Alte ajutoare sociale (inclusiv contravaloarea produselor, ex. lemn)	1	2	3	4	88	1	2	88
9. Ajutoare din partea unor organizații ne-guvernamentale sau asociații	1	2	3	4	88	1	2	88
10. Masă la cantina socială	1	2	3	4	88	1	2	88

K. LOCUINȚĂ ȘI GOSPODĂRIE

K1. Locuința în care stați în prezent este ...

1. Proprietatea dvs. / partenerului (erei) dvs.	4. Închiriată de la stat	7. Locuiește fără acte
---	--------------------------	------------------------

2. Proprietatea părinților (rudelor)	5. Locuință socială	88. NS/NR
3. Închiriată de la o persoană / firmă	6. Locuință de serviciu	

K2. Locuința este situată în:

1. O zonă centrală a localității
2. O zonă de la marginea localității
3. Altă zonă din localitate

K3. Aveți în gospodărie...?

	Da	Nu	NȘ/NR
1. Autoturism	1	2	88
2. WC în interiorul locuinței	1	2	88
3. Telefon mobil	1	2	88
4. Telefon fix	1	2	88
5. Frigider	1	2	88
6. Mașină de spălat automată	1	2	88
7. Computer	1	2	88
8. Acces la internet	1	2	88
9. Cameră de baie (spațiu dedicat)	1	2	88
10. Bucătărie (spațiu dedicat)	1	2	88

K4. Locuința dumneavoastră beneficiază de următoarele servicii publice...?

	Da	Nu	NȘ/NR
1. Apă curentă (de la rețea)	1	2	88
2. Curent electric	1	2	88
3. Canalizare	1	2	88
4. Gaze	1	2	88
5. Salubritate	1	2	88

K5. Câte persoane șomere (au peste 18 ani, nu au loc de muncă și se află în căutarea unui loc de muncă) locuiesc în această gospodărie?

|_|_| persoane

Dacă are copii 0-2 ani

	K6. A fost vaccinat?			K7. Născut...			K8. Hrănit la sân	
Primul copil	1. DA	2. NU	88. NȘ/NR	1. La termen	2. Înainte de termen	de	1. DA ____ luni	2. Nu
Al doilea copil	1. DA	2. NU	88. NȘ/NR	1. La termen	2. Înainte de termen	de	1. DA ____ luni	2. Nu
Al treilea copil	1. DA	2. NU	88. NȘ/NR	1. La termen	2. Înainte de termen	de	1. DA ____ luni	2. Nu
Al patrulea copil	1. DA	2. NU	88. NȘ/NR	1. La termen	2. Înainte de termen	de	1. DA ____ luni	2. Nu

K9. Când un copil are temperatura, ce faceți?

1. Ii las sa-i treaca
2. Il tratez eu acasa cu freții, ceaiuri, doctorii
3. Il descant
4. Astept un timp si daca nu-i trece, il duc la doctor
5. Il duc imediat la doctor
88. NȘ/NR

L. VENITURI SI CHELTUIELI

L1. Cea mai mare parte a cheltuielilor făcute de familia dvs. luna trecută au fost cu CITIȚI RĂSPUNSURILE ! O SINGURĂ ALEGERE !

1. Întreținerea gospodăriei/cheltuielile casei
2. Alimente/hrană
3. Medicamente
4. Servicii medicale (internări, consultații, analize medicale etc.)
5. Articole de igienă personală
6. Articole de îmbrăcăminte/încălțăminte
7. Petrecerea timpului liber
8. Educație
9. Rate la bănci, datorii
88. NȘ/NR

L2. Care este principala sursă de venituri în gospodăria dvs.? UN SINGUR RĂSPUNS

- | | | |
|--|--|---|
| 1. Salariu la stat | 11. Activități agricole (producție și/sau vânzare de produse agricole) | 18. Venit din investiții, economii sau chirii de la proprietăți |
| 2. Salariu la particular (la firmă privată) | 12. Activități neagricole pe cont propriu | 19. Profit din afacere |
| 3. Salariu la firmă mixtă | 13. Venitul minim garantat, | 20. Burse de studiu și pregătire |
| 4. Salariu compensator | 14. Ajutor social | 21. Venit pe convenție civilă /contract colaborare |
| 5. Pensie de stat | 15. Alte transferuri sociale (de ex. Concediu de maternitate paternitate) | 22. Niciuna |
| 6. Pensie CAP | 16. Bani primiți de la rude plecate definitiv sau temporar în străinătate | 23 Altele, care? _____ |
| 7. Pensie de handicap, boală, veteran, urmaș | 17. Transferuri particulare (de ex. Pensie alimentară sau bani de la părinții / alte persoane) | 88. NS/NR |
| 8. Ajutor șomaj | | |
| 9. Alocații copii | | |
| 10. Muncă ocazională, zilier | | |

L3. Cum apreciați veniturile actuale ale gospodăriei dumneavoastră?

1. Nu ne ajung nici pentru strictul necesar
2. Ne ajung numai pentru strictul necesar
3. Ne ajung pentru un trai decent, dar nu ne permitem cumpărarea unor bunuri mai scumpe
4. Reușim să cumpărăm și unele bunuri mai scumpe, dar cu restrângeri în alte domenii
5. Reușim să avem tot ce ne trebuie, fără să ne restrângem de la ceva
88. NȘ/NR

M. DATE SOCIO-DEMOGRAFICE

M1. Sex: 1. Bărbat 2. Femeie (VERIFICĂ CHESTIONARUL DE GOSPODĂRIE!)

M2. Vârsta: _____ ani împliniți **DATA NAȘTERII:** ZI: __ LUNA: __ AN: ____ (VERIFICĂ CHESTIONARUL DE GOSPODĂRIE!)

M3. Care este limba dvs. maternă? (RĂSPUNS UNIC)

- | | |
|-------------|------------------------|
| 1. Română | 6. Romani (țigănească) |
| 2. Maghiară | 7. Germană |
| 3. Engleză | 8. Franceză |
| 4. Rusă | 9. Spaniolă |
| 5. Italiană | 10. Altele: _____ |

**M4. În afară de limba dvs. maternă, ce alte limbi cunoașteți suficient de bine să luați parte la o conversație?
(RĂSPUNS MULTIPLU)**

- | | |
|-------------|-------------------|
| 1. Română | 6. Romani |
| 2. Maghiară | 7. Germană |
| 3. Engleză | 8. Franceză |
| 4. Rusă | 9. Spaniolă |
| 5. Italiană | 10. Altele: _____ |

M5. Care este ultima școală absolvită?

- | | |
|--|--|
| 1. FĂRĂ STUDII | 6. STUDII SUPERIOARE (UNIVERSITATE, FACULTATE) |
| 2. STUDII PRIMARE (PATRU CLASE ABSOLVITE) | 7. A DOUA FACULTATE |
| 3. ȘCOALA GENERALĂ (OPT CLASE ABSOLVITE) | 8. MASTER |
| 4. PROFESIONALĂ/COMPLEMENTARĂ SAU 10 CLASE | 9. DOCTORAT ȘI ȘCOALĂ POSTDOCTORALĂ |
| 5. STUDII MEDII (LICEU, POSTLICEALĂ) | |

M6. Stare civilă în prezent:

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| 1. CĂSĂTORIT(Ă)
ACTE\ | 4. CONCUBINAJ (CĂSĂTORIT(Ă) FĂRĂ |
| 2. NECĂSĂTORIT(Ă) | 5. DIVORȚAT(Ă) |
| 3. DESPĂRȚIT(Ă)/SEPARAT(Ă) | 6. VĂDUV(Ă) |

M7. Care este ocupația dvs. principală?

- | | |
|--|--|
| 1. conducători de unități, directori, manageri de vârf | 13. patron cu angajați |
| 2. ocupații intelectuale, specialiști cu studii superioare | 14. întreprinzător pe cont propriu /liber profesionist (fără angajați) |
| 3. tehnicieni sau maiștri | 15. elev / student |
| 4. funcționari în administrație | 16. casnic(ă) |
| 5. lucrători în servicii și comerț | 17. șomer înregistrat |
| 6. agricultori | 18. șomer neînregistrat |
| 7. meșteșugari și mecanici reparatori | 19. pensionar |
| 8. muncitori calificați | 20. persoană în incapacitate de muncă |
| 9. muncitori ne-calificați în sectoare ne-agricole | 21. persoană fără ocupație |
| 10. zilieri în agricultură | 21. Altele: _____ |
| 11. zilieri în domenii neagricole | 88. NR |
| 12. cadru militar | |

OP Nume operator: _____

Semnătura: _____

Data interviului: ____ / ____ / ____

Durata interviului: _____ minute

Anexa 2- Model chestionar respondenți neromi

Proiectul de cercetare este realizat în cadrul proiectului „*Construcția și implementarea unui program doctoral inovator interdisciplinar cu privire la problematica romilor*” implementat de Școala Națională de Studii Politice și Administrative în cadrul Programului Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013, axa prioritară:1, „Educația și formarea profesională în sprijinul creșterii economice și dezvoltării societății bazate pe cunoaștere”, domeniul major de intervenție: 1.5. „Programe doctorale și post-doctorale în sprijinul cercetării”.

Chestionar individual (pentru subiecți majoritari)

Accesul la serviciile de sănătate publică

Buna ziua, mă numesc Daqniel Radulescu și realizez o cercetare în cadrul unui program de doctorat. În prezent realizez un sondaj privind accesul populației la serviciile de asistență medicală. Pentru a discuta aceste aspecte, dumneavoastră ați fost ales la întâmplare, ca într-o loterie. Dacă sunteți de acord să ne răspundeți la întrebări, sperăm să nu vă răpim mai mult de 20 de minute. Răspunsurile pe care le vom obține nu le vom comunica nimănui în această formă. Ne interesează doar numărarea persoanelor care au o părere sau alta. Vă facem precizarea că toate datele furnizate de acest studiu sunt strict confidențiale. Dacă sunteți de acord să ne răspundeți la întrebări, sperăm să nu vă răpim mai mult de 20 de minute. Vă mulțumesc!

COMPONENTA GOSPODĂRIEI ȘI SELECȚIA RESPONDENTULUI

GOSP1. JUDEȚ: _____ GOSP2. LOCALITATE/COMUNĂ: _____ GOSP3. SAT: _____

GOSP2. NUME COMUNITATE: _____

GOSP3. Mediu de rezidență: 1. URBAN 2. RURAL

GOSP4. Câte persoane locuieți în această gospodărie? (inclusiv respondentul!) _____ persoane

GOSP5. Câte persoane cu vârste peste 18 ani (împliniți) locuiesc în această gospodărie (inclusiv respondentul)? _____ persoane

GOSP6. Câte persoane cu vârste sub 18 ani (împliniți) locuiesc în această gospodărie? _____ persoane

A. INTRODUCERE – ASPECTE GENERALE

A1. Cum este starea dvs. de sănătate în prezent?

Foarte bună	Bună	Nici bună, nici proastă	Proastă	Foarte proastă	NȘ/NR
1	2	3	4	5	88

A2. Cum credeți că va fi starea dvs. de sănătate peste un an?

Mult mai bună	Mai bună	Aproximativ la fel	Mai proastă	Mult mai proastă	NȘ/NR
1	2	3	4	5	88

A3. În ce măsură credeți că problemele actuale ale dvs. sunt legate de ...**CITITI VARIANTELE DE RĂSPUNS !**

	Foarte mare măsură	Mare măsură	Mică măsură	Foarte mică măsură	NȘ/NR
1. Bani	1	2	3	4	88
2. Sănătate	1	2	3	4	88
3. Locul de muncă	1	2	3	4	88

A4. Dvs. sau cei apropiați, cum credeți că ați fi tratat în comparație cu populația de etnie roma la...?

	Mai bine	La fel	Mai prost	NS / NR
1. Școală	3	2	1	88
2. Spitale, dispensare	3	2	1	88
3. Primărie	3	2	1	88

A5. În prezent, aveți...?

	Da	Nu	NS/NR
a. certificat de naștere	1	2	88
b. buletin / carte de identitate <u>valabil(ă)</u>	1	2	88
c. buletin / carte de identitate <u>expirată(ă)</u>	1	2	88

B. STAREA DE SĂNĂTATE**B1. De ce boli ati fost diagnosticat de către medic? RĂSPUNS MULTIPLU! NU CITIȚI RĂSPUNSURILE!**

1. NU SUFĂR DE NICI O BOALĂ	9. BOLI SAU TULBURĂRI ALE RINICHILOR SAU TRACTULUI URINAR (INSUFICIENȚĂ RENALĂ CRONICĂ, LITIAZĂ RENALĂ, LITIAZĂ VEZICALĂ ETC.)
2. BOLI ȘI TULBURĂRI ALE SISTEMULUI <u>CARDIOVASCULAR</u> (HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ, ANGINĂ PECTORALĂ, CARDIOPATIE ISCHEMICĂ, VARICE, INFARCT, PERICARDITĂ, etc.)	10. BOLI ȘI TULBURĂRI ALE SISTEMULUI REPRODUCĂTOR (HIPERTROFIA PROSTATEI, FIBROM UTERIN ETC.)
3. BOLI ȘI TULBURĂRI ALE SISTEMULUI <u>RESPIRATOR</u> /BOALĂ LA PLĂMÂNI (ASTM BRONȘIC, BRONȘITĂ CRONICĂ, BPOC, TUBERCULOZĂ)	11. BOLI ȘI TULBURĂRI ALE SISTEMULUI OSOS ȘI ARTICULAR, ARTROZĂ, OSTEOPOROZĂ
4. BOLI ȘI TULBURĂRI ALE <u>TUBULUI DIGESTIV</u> (ULCER GASTRIC/ DUODENAL, GASTRITĂ, BOLI ALE INTESTINULUI GROS ETC.)	12. BOLI REUMATICE ȘI AUTOIMUNE, LUPUS
5. BOLI ȘI TULBURĂRI <u>HEPATICE</u> , PANCREATICE SAU BILIARE (CIROZA, HEPATITĂ CRONICĂ, PANCREATITĂ CRONICĂ, DISKINEZIE BILIARĂ ETC.)	13. BOALA A SISTEMULUI NERVOS, PAREZE, PARALIZII
6. BOLI ȘI TULBURĂRI <u>ENDOCRINE</u> , DE NUTRIȚIE ȘI METABOLISM (DIABET, BOLI ALE TIROIDEI ETC.)	14. BOLI ȘI TULBURĂRI MINTALE / BOLI PSIHICE
7. BOALĂ DE <u>OCHI</u> (CATARACTĂ, GLAUCOM ETC.)	15. AMPUTARE SAU LIPSA TOTALĂ SAU PARȚIALĂ UNUI MEMBRU SAU ORGAN
8. <u>CANCER</u> (ORICE LOCALIZARE, LEUCEMIE)	16. ALTELE. Care? _____
	88. NS/NR

	DA	NU	NS/NR
B2. În ultimele 12 luni...			
1. Ați fost la un control medical la <u>medicul de familie</u> din proprie inițiativă pentru a vă verifica starea de sănătate, în afara unor semne de boală?	1	2	88
2. Ați fost la un control medical la <u>spital</u> din proprie inițiativă pentru a vă verifica starea de sănătate, în afara unor semne de boală?	1	2	88

B3. Când aveți o problemă de sănătate mai puțin gravă cum procedați de obicei...? RĂSPUNS UNIC! CITIȚI RĂSPUNSURILE!

4. Încercați să vă tratați singur folosind metode tradiționale (ceaiuri, plante etc)
5. Încercați să vă tratați singur folosind medicamente pe care le cumpărați de la farmacie
6. Mergeți la medic și urmați tratamentul prescris
89. NS/NR

C. Accesul la servicii de asistență medicală primară

C1. Sunteți înscris la un medic de familie? RĂSPUNS UNIC!

1. DA SALT LA C3
2. NU

C2. Care este PRINCIPALUL MOTIV pentru care nu sunteți înscris pe lista unui medic de familie? RĂSPUNS UNIC! NU CITIȚI RĂSPUNSURILE!

- | | |
|---|---|
| 1. NU AM ASIGURARE DE SĂNĂTATE | 8. AM FOST PLECAT DIN LOCALITATE/ȚARĂ |
| 2. NU EXISTA MEDIC/CADRU MEDICAL IN COMUNITATE | 9. NEGLIJENȚĂ |
| 3. NU AM BANI | 10. CABINETUL MEDICAL ESTE LA O DISTANȚĂ PREA MARE |
| 4. NU AM ȘTIUT CĂ TREBUIE SĂ MĂ ÎNSCRIU | 11. NU EXISTA MIJLOACE DE TRANSPORT PANA LA CABINETUL MEDICAL |
| 5. NU A FOST NEVOIE/NU AM AVUT NEVOIE PÂNĂ ACUM | 12. ALTELE: _____ |
| 6. NU AM SERVICIU | 88. NS |
| 7. AM FOST REFUZAT LA ÎNSCRIERE | |

SALT LA C 15

C3. Medicul de familie la care sunteți înscris acum a fost ales de dvs.? RĂSPUNS UNIC! CITEȘTE VARIANTELE!

1. DA, a fost opțiunea mea
2. NU, am fost trecut sau înscris la medicul de familie fără acordul meu
88. NS/NR

C4. Cât de multă încredere aveți în medicul dvs. de familie? RĂSPUNS UNIC! CITEȘTE RĂSPUNSURILE!

1. Foarte multă
2. Multă
3. Putină
4. Foarte puțină/deloc
88. NS/NR

C4. Ați apelat la medicul de familie (MF) în ultimele 12 luni (vizita dvs. la cabinet sau vizita medicului la domiciliul dvs.)?

1. DA
2. NU SALT LA C9
88. NS/NR SALT LA C9

C5. De câte ori ați apelat la serviciile medicale oferite de medicul de familie în ultimul an? RĂSPUNS UNIC!

1. O dată
2. 2-3 ori
3. 4-5 ori
4. Mai mult de 5 ori
88. NS/NR

C6. Care este MOTIVUL PRINCIPAL pentru care ați apelat la medicul de familie în ultimele 12 luni? RĂSPUNS UNIC! NU CITIȚI RĂSPUNSURILE!

- | | |
|--|---|
| 1. CONSULTAȚIE / NU MĂ SIMȚEAM BINE | 6. ELIBERAREA UNEI REȚETE PENTRU O BOALA CRONICĂ |
| 2. CONTROL PREVENTIV DIN PROPRIE INIȚIATIVĂ | 7. CONTROL PERIODIC PENTRU BOALA CRONICĂ |
| 3. CONTROL PREVENTIV LA SOLICITAREA medicului de familie | 8. ANALIZE MEDICALE SÂNGE/ECOGRAFIE |
| 4. ÎN URMA PRIMIRII INVITAȚIEI DE PARTICIPARE LA PROGRAMUL DE EVALUARE A STĂRII DE | 9. ELIBERAREA UNUI AVIZ EPIDEMIOLOGIC, ADEVERINȚĂ, CERTIFICAT MEDICAL |

SANATATE

5. OBȚINEREA UNEI TRIMITERI PENTRU MEDIC
SPECIALIST

10. ALTELE _____ 88. NS/NR

**C7. În ultimele 12 luni s-a întâmplat ca medicul dvs. de familie...: RĂSPUNS
MULTIPLU! CITEȘTE RĂSPUNSURILE!**

	DA	NU
1. Să refuze să vă acorde asistență medicală la domiciliu?	1	2
2. Să refuze să vă acorde rețetă gratuită sau compensată?	1	2
3. Să nu îl găsiți în timpul programului afișat?	1	2
4. Să vă cheme pentru examenul de bilant anual pentru evaluarea stării de sănătate?	1	2
5. Să vorbească sau să se poarte urât cu dvs?	1	2
6. Să refuze să vă acorde asistență medicală la cabinet?	1	2
7. Să nu respecte ordinea sosirii la cabinet și să vă consulte printre ultimii?	1	2
8. Să vă spună să veniti altădată desi ar fi putut să vă consulte?	1	2
9. Sa faca remarci jignitoare cu privire la aspecte ce tin de identitatea etnica a dvs. (limba, port, traditii)?	1	2

C8. Gândindu-vă la activitatea medicului de familie din ultimele 12 luni vă rugăm să ne spuneți cât de mulțumit sunteți de...:	Foarte mulțumit	Mulțumit	Nemulțumit	Foarte nemulțumit	NȘ/NR
1. Serviciile medicale oferite de medicul dvs. de familie	1	2	3	4	88
2. Atitudinea și comportamentul medicului dvs. de familie	1	2	3	4	88
3. Atitudinea și comportamentul asistentelor medicale	1	2	3	4	88
4. Timpul de așteptare la cabinetul medicului de familie	1	2	3	4	88
5. Tratamentele prescrise	1	2	3	4	88
6. Sfaturile acordate	1	2	3	4	88
7. Frecvența cu care au fost efectuate vizitele la domiciliu	1	2	3	4	88

C9. În opinia dvs. care anume credeți că ESTE LUCRUL CEL MAI IMPORTANT care ar trebui schimbat în activitatea medicului dvs. de familie? RĂSPUNS MULTIPLU! NU CITI RĂSPUNSURILE!

- | | |
|---|--|
| 1. DOTAREA CABINETULUI | 8. SĂ FACĂ CONTROALE PREVENTIVE PERIODICE |
| 2. ORARUL, PROGRAMUL MEDICULUI | 9. SĂ ELIBEREZE (MAI MULTE) MEDICAMENTE COMPENSATE, GRATUITE |
| 3. SĂ FACĂ (MAI MULTE) CONSULTAȚII LA DOMICILIU | 10. SA SE ASIGURE CONTINUITATEA SERVICIILOR MEDICALE ÎN AFARA ORELOR DE PROGRAM ALE MEDICULUI DE FAMILIE |
| 4. SĂ LOCUIASCĂ ÎN LOCALITATE | 11. NIMIC NU TREBUIE SCHIMBAT |
| 5. APARATURA MEDICALĂ DIN CABINET | 12. ALTELE: _____ |
| 6. REDUCEREA DURATEI DE AȘTEPTARE | 88. NS |
| 7. COMPORTAMENTUL FAȚĂ DE PACIENT | |

C10. În ultimele 12 luni s-a întâmplat vreodată să NU apelați la medicul de familie pentru o problemă de sănătate desi aveati nevoie?

- | | |
|-------|-------------------|
| 1. DA | 2. NU SALT LA C13 |
|-------|-------------------|

C11. De cate ori s-a întâmplat acest lucru în ultimul an? RĂSPUNS UNIC!

- | | | | | |
|-----------|------------|------------|----------------------|-----------|
| 1. O dată | 2. 2-3 ori | 3. 4-5 ori | 4. Mai mult de 5 ori | 88. NS/NR |
|-----------|------------|------------|----------------------|-----------|

C12. Care este MOTIVUL PRINCIPAL pentru care NU ați apelat la medicul de familie în ultimele 12 luni desi aveati nevoie? RĂSPUNS UNIC! NU CITIȚI RĂSPUNSURILE!

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. NU SUNT ÎNSCRIS LA MEDIC | 8. NU AM AVUT CU CINE SĂ MA DUC |
| 2. NU EXISTA MEDIC IN COMUNITATE | 9. MEDICUL NU MĂ PRIMEȘTE |
| 3. CABINETUL PREA DEPARTE | 10. NU MA LASA FAMILIA SA MERG LA MEDIC |
| 4. NU AVEAM BANI | 11. ALTELE |
| 5. NU EXISTA TRANSPORT IN COMUN | 88. NS/NR _____ |
| 7. COMPORTAMENTUL FAȚĂ DE PACIENT | |

C13. De câte ori în ultimele 12 luni ați fost vizitat la domiciliu de medicul dumneavoastră de familie? RĂSPUNS UNIC!

- | | | | | | |
|--------------|-----------|------------|-------------------|------------------|-----------|
| 1. Niciodată | 2. O dată | 3. 2-3 ori | 4. 4-5 ori
ori | 5. Mai mult de 5 | 88. NS/NR |
|--------------|-----------|------------|-------------------|------------------|-----------|

C14. De câte ori în ultimele 12 luni ați fost vizitat la domiciliu de asistenta medicală a medicului dumneavoastră de familie? RĂSPUNS UNIC!

- | | | | | | |
|--------------|-----------|------------|-------------------|------------------|-----------|
| 1. Niciodată | 2. O dată | 3. 2-3 ori | 4. 4-5 ori
ori | 5. Mai mult de 5 | 88. NS/NR |
|--------------|-----------|------------|-------------------|------------------|-----------|

C15. De câte ori în ultimele 12 luni ați fost vizitat la domiciliu de asistenta medicală comunitară? RĂSPUNS UNIC!

- | | | | | | |
|--------------|-----------|------------|-------------------|------------------|-----------|
| 1. Niciodată | 2. O dată | 3. 2-3 ori | 4. 4-5 ori
ori | 5. Mai mult de 5 | 88. NS/NR |
|--------------|-----------|------------|-------------------|------------------|-----------|

D. Programul de asistenta medicala comunitara/ Asistentul medical comunitar

D1. Comunitatea din care faceti parte este deservită de către un asistent medical comunitar?

- | | | |
|-------|------------------|-------------------|
| 1. DA | 2. NU SALT LA E1 | 88. NS SALT LA E1 |
|-------|------------------|-------------------|

D2. De câte ori, în ultimele 12 luni, ați fost vizitat la domiciliu de asistentul medical comunitar? RĂSPUNS UNIC!

- | | | | | | |
|--------------|-----------|------------|-------------------|------------------|-----------|
| 1. Niciodată | 2. O dată | 3. 2-3 ori | 4. 4-5 ori
ori | 5. Mai mult de 5 | 88. NS/NA |
|--------------|-----------|------------|-------------------|------------------|-----------|

D3. Gândindu-vă la asistentul medical comunitar din comunitatea dvs. vă rog să îmi spuneți cât de mulțumit ati fost de:... CITIȚI VARIANTELE DE RASPUNS !

		Foarte mulțumit	Mulțumit	Nemulțumit	Foarte nemulțumit	NȘ/NR
1	Activitatea acestuia din ultimul an	4	3	2	1	88
2	Sfaturile acordate	4	3	2	1	88
3	Ajutorul dat în rezolvarea unor probleme	4	3	2	1	88
4	Informatiile furnizate	4	3	2	1	88

D4. În ultimele 12 luni asistentul medical comunitar v-a vorbit despre.....:

	DA	NU	NU ȘTIU
1. Planificare familială, metode de prevenire a sarcinii, prezervativ	1	2	88
2. Prevenirea și combaterea violenței în familie (violența domestică)	1	2	88
3. Infecții cu transmitere sexuală, HIV/SIDA	1	2	88
4. Sarcină, graviditate, lehoz	1	2	88
5. Îngrijirea nou-născutului, vaccinări	1	2	88
6. Cancer genital sau mamar (la sân)	1	2	88
7. Tuberculoză și tratamentul acesteia	1	2	88

8. Asistența medicală a copilului și nou născutului (vaccinări etc.)	1	2	88
9. Promovarea alăptatului la sân	1	2	88
10. Stil de viață sănătos (igiena personală, alimentație corectă etc.)	1	2	88
13. Cum se pot obține actele de identitate (certificat de naștere, buletin etc.)	1	2	88
14. Drepturile pe care le au cetățenii	1	2	88
15. Instituțiile care va soluționează un caz de discriminare	1	2	88
15. Cum se accesează anumite servicii sociale (ajutor social, venit minim garantat etc.)	1	2	88
16. Altele: _____	1	2	88

E. Sistemul de asigurări de sănătate

E1. Dvs. plătiți contribuția pentru asigurări de sănătate?

1. DA SALT LA E3

2. NU

88. NȘ/NR SALT LA F1

E2. Care este motivul PRINCIPAL pentru care NU plătiți contribuția pentru asigurările de sănătate? RĂSPUNS UNIC! NU CITI VARIANTELE!

1. NU AM BANI

2. NU AM ȘTIUT CĂ TREBUIE SĂ PLĂTESC

3. NU A FOST NEVOIE/NU AM AVUT NEVOIE PÂNĂ ACUM

4. NU AM SERVICIU

5. NU STIU CUM SE PROCEDEAZĂ

6. AM FOST PLECAT DIN LOCALITATE/ȚARĂ

7. NEGLIJENȚĂ

8. ALTELE: _____

88. NȘ/NR

SALT LA F1

E3. Care este modalitatea de plată a contribuției dvs. pentru asigurările de sănătate? RĂSPUNS UNIC! CITEȘTE VARIANTELE!

7. Se reține de către angajator

8. O plătiți singur (nu sunt angajat/lucrez pe cont propriu)

9. Prin asociații familiale

10. Sunteți coasigurat

11. Se reține din pensie

12. Altele: _____

88. NS/NR

E4. De când plătiți contribuția pentru asigurările de sănătate?

3. Începând cu ultimii 2 ani

4. Mai mult de doi ani

89. NS/NR

F. Servicii spitalicești

F1. În opinia dvs., care credeți că este CEL MAI IMPORTANT aspect care ar trebui schimbat în spitalele din România? RĂSPUNS UNIC! NU CITI RĂSPUNSURILE!

1. ATENȚIA, ÎNȚELEGEREA ACORDATĂ PACIENȚILOR DE CĂTRE PERSONALUL MEDICAL

2. MODERNIZAREA UNITĂȚILOR MEDICALE

3. PLĂȚILE NEOFICIALE/SPAGA

4. DOTAREA CU APARATURĂ MODERNĂ

5. MÂNCAREA BOLNAVILOR

6. COMPORTAMENTUL FATA DE PACIENT

7. PROFESIONALISMUL, SERIOZITATEA PERSONALULUI MEDICAL

8. IGIENA, CURĂȚENIA DIN SPITAL

9. CONSTRUIREA MAI MULTOR SPITALE

10. NU AR TREBUI SCHIMBAT NIMIC

11. ALTELE: _____

88. NS

F2. În ultimele 12 luni dvs. sau cineva din familia dvs. a fost internat în spital?

1. DA

2. NU SALT LA F9

88. NS/NR SALT LA F9

F3. De cate ori dvs. sau cineva din familia dvs. a fost internat în spital în ultimul an? RĂSPUNS UNIC!

1. O dată

2. 2-3 ori

3. 4-5 ori

4. Mai mult de 5 ori

88. NS/NR

F4. Gândindu-vă la ultima oară când ati fost internat în spital:

3. Internarea s-a făcut prin programare SAU

4. Internarea s-a făcut în urgență

F5. Gândindu-vă la ultima oară când ati fost internat în spital: RĂSPUNS UNIC! CITESTE VARIANTELE!

5. Internarea s-a făcut într-un salon în care mai erau si alti pacienti (români)

6. Internarea s-a făcut într-un salon în care nu mai erau si alti pacienti

7. Internarea s-a făcut într-un salon în care erau numai pacienti romi

8. Internarea s-a făcut într-un salon mai slab dotat decât cele în care erau internati ceilalti pacienti

88. NS/NR

F6. În timpul spitalizării...?

	DA	NU	NS/NR
1. Ați primit explicații despre procedurile/intervențiile medicale la care ați fost supus si riscurile si beneficiile acestora	1	2	88
2. Ați primit explicații despre diagnosticul stabilit, prognosticul și evoluția bolii	1	2	88
3. Ați primit explicații despre posibilitatea/dreptul de a refuza sau de a întrerupe o intervenție medicală	1	2	88
4. Inteventiile medicale au fost efectuate cu consimtamantul dvs?	1	2	88
5. Ati fost informat cu privire la posibilitatea de a beneficia de o a doua opinie medicala?	1	2	88
6. Ați primit explicații despre identitatea (numele) și statutul profesional al cadrelor medicale care au grijă de dvs.	1	2	88
7. Ati fost nevoit să cumpărați medicamente sau alte materiale sanitare?	1	2	88

F7. Gândindu-vă la ultima oară când ați fost internat vă rog să îmi spuneți cât de mulțumit ati fost de:...

CITITI VARIANTELE DE RASPUNS !

		Foarte mulțumit	Mulțumit	Nemulțumit	Foarte nemulțumit	NŞ/NR
1	Medicul care v-a tratat	4	3	2	1	88
2	Asistent(ă) medical(ă)	4	3	2	1	88
3	Infirmiere	4	3	2	1	88

F8. În ultimele 12 luni s-a întâmplat vreodată să NU apelați la spital pentru o problemă de sănătate, pentru dvs. sau pentru un membru al familiei, desi aveati nevoie?

1. DA

2. NU SALT LA G1

88. NS/NR SALT LA G1

F9. Care este MOTIVUL PRINCIPAL pentru care NU ați apelat la spital în ultimele 12 luni deși aveți nevoie? RĂSPUNS UNIC! NU CITIȚI RĂSPUNSURILE!

1. NU PLĂTESC ASIGURĂRILE DE SĂNĂTATE

6. MEDICUL NU MĂ PRIMEȘTE

2. NU AVEAM BANI

7. NU M-A LASAT AGENTUL DE PAZA AL

- 3. SPITALUL ESTE PREA DEPARTE
- 4. COMPORTAMENTUL FAȚĂ DE PACIENT
- 5. NU AM AVUT CU CINE SĂ MA DUC

- SPITALULUI
- 10. NU MA LASA FAMILIA SA MERG LA MEDIC
- 8. ALTELE _____
- 88. NS/NR

G. ACCESUL LA SERVICII MEDICALE DE URGENȚĂ

G1. În ultimele 12 luni ați solicitat vreodată Salvarea (servicul public sau privat) pentru o problemă medicală pentru dvs. personal sau pentru cineva din familie/prieten?

- 1. DA
- 2. NU SALT LA G4
- 88. NS/NR SALT LA G4

G2. De cate ori s-a întâmplat acest lucru în ultimul an? RĂSPUNS UNIC!

- 1. O dată
- 2. 2-3 ori
- 3. 4-5 ori
- 4. Mai mult de 5 ori
- 88. NS/NR

G3. În ultimele 12 luni s-a întâmplat vreodată să NU apelați la salvare pentru o problemă de sănătate pentru dvs. sau pentru un membru al familiei deși aveți nevoie?

- 1. DA
- 2. NU SALT LA G7
- 88. NS/NR SALT LA G7

G4. Care este MOTIVUL PRINCIPAL pentru care NU ați apelat la salvare în ultimele 12 luni deși aveți nevoie? RĂSPUNS UNIC! NU CITIȚI RĂSPUNSURILE!

- 1. NU PLĂTESC ASIGURĂRILE DE SĂNĂTATE
- 2. NU AVEAM BANI
- 3. SALVAREA VINE FOARTE GREU SAU NU VINE
- 4. COMPORTAMENTUL FAȚĂ DE PACIENT
- 6. NU A AVUT CINE SĂ SUNE
- 7. NU AM STIUT SĂ CHEM SALVAREA
- 8. ALTELE _____
- 88. NS/NR

G5. În ultimele 12 luni ați apelat vreodată la camera de gardă a unui spital de urgențe?

- 1. DA
- 2. NU SALT LA G11
- 88. NS SALT LA G11

G6. În ultimele 12 luni s-a întâmplat vreodată să NU apelați la camera de gardă a unui spital de urgențe pentru o problemă de sănătate pentru dvs. sau pentru un membru al familiei deși aveți nevoie?

- 1. DA
- 2. NU SALT LA H1
- 88. NS SALT LA H1

G7. Care este MOTIVUL PRINCIPAL pentru care NU ați apelat la camera de gardă a unui spital de urgențe în ultimele 12 luni deși aveți nevoie? RĂSPUNS UNIC! NU CITIȚI RĂSPUNSURILE!

- 1. NU PLĂTESC ASIGURĂRILE DE SĂNĂTATE
- 2. NU AVEAM BANI
- 4. COMPORTAMENTUL FAȚĂ DE PACIENT
- 5. MEDICUL NU MA PRIMEȘTE
- 6. NU AM AVUT CU CINE SĂ MĂ DUC
- 7. SE AȘTEAPTĂ PREA MULT (LA RAND)
- 8. ALTELE _____
- 88. NS/NR

H. ACCESUL LA SERVICII FURNIZATE DE FARMACII

H1. În ultimele 12 luni dvs. ați mers la o farmacie pentru a cumpăra medicamente sau alte produse?

- 1. DA
- 2. NU

H.2 Farmacia se afla in aceiasi localitate cu domiciliul dvs?

- 1. DA
- 2. NU

H3. De obicei când cumpărați de la farmacie medicamente le luați în baza unei rețete eliberate de medic de familie?

- 1. DA
- 2. NU

H.5 Cum procedati in cazul in care nu aveti reteta medicala?

1. Ma consult cu farmacistul

2. Stiu care sunt medicamentele de care am nevoie

3. Ma consult cu familia/prieteni/cunostinte

4.NS.NR

I. INFORMARE PRIVIND SERVICIILE MEDICALE

I1. În ultimul an la dvs. în comunitate a venit cineva să vă vorbească despre diverse probleme legate de sănătate?

1. DA

2. NU SALT LA I8

88. NS

I2. Mi-ati putea spune ce persoane au venit in ultima perioada la dvs. să vă vorbească despre aceste probleme?
RĂSPUNS MULTIPLU ! NU CITI VARIANTELE !

6. Medic de familie

9. Asistent social

7. Asistent medical

10. Asistent medical comunitar

8. Mediator sanitar

89. NS/NR

I2. Despre ce probleme ati discutat cu aceste persoane?	DA	NU	NU ȘTIU
1. Planificare familială, metode de prevenire a sarcinii	1	2	88
2. Prevenirea și combaterea violenței în familie (violența domestică)	1	2	88
3. Sarcină, graviditate, lehoz	1	2	88
4. Îngrijirea nou-născutului	1	2	88
5. Asistența medicală a copilului și nou născutului (vaccinări etc.)	1	2	88
6. Promovarea alăptatului la sân	1	2	88
7. Stil de viață sănătos (igiena personală, alimentație corectă etc.)	1	2	88
8. Cum se accesează anumite servicii de sănătate (ajutor social, venit minim garantat etc.)	1	2	88
9. Alte probleme. Care?.....	1	2	88

I3. Cu ocazia acestor întâlniri ati primit si materiale informative?

1. DA

2. NU

88. NS/NR

J. SERVICII SOCIALE

J1. În ce măsură cunoasteti modalitatea prin care o persoană poate beneficia de următoarele ajutoare/programe	Foarte mare măsură	Mare măsură	Mică măsură	Foarte mică măsură /Deloc	NȘ/NR	J2. În ultimele 12 luni, în gospodăria dvs. a beneficiat cineva de următoarele ajutoare/programe (LISTA DE LA J1)		
						DA	NU	NȘ/NR
1. Ajutor pentru rechizite școlare	1	2	3	4	88	1	2	88
2. Alocații familiale (alocații pentru copii, pentru familii monoparentale, complementare)	1	2	3	4	88	1	2	88
3. Burse pentru elevi și studenți	1	2	3	4	88	1	2	88

4. Alte ajutoare acordate de Direcția pentru Protecția Copilului	1	2	3	4	88	1	2	88
5. Ajutor social (Legea 67/1995 sau venit minim garantat)	1	2	3	4	88	1	2	88
6. Ajutor special pentru handicapați	1	2	3	4	88	1	2	88
7. Ajutor de urgență acordat de către primărie	1	2	3	4	88	1	2	88
8. Alte ajutoare sociale (inclusiv contravaloarea produselor, ex. lemn)	1	2	3	4	88	1	2	88
9. Ajutoare din partea unor organizații ne-guvernamentale sau asociații	1	2	3	4	88	1	2	88
10. Masă la cantina socială	1	2	3	4	88	1	2	88

K. LOCUINȚĂ ȘI GOSPODĂRIE

K1. Locuința în care stați în prezent este ...

1. Proprietatea dvs. / partenerului (erei) dvs.	4. Închiriată de la stat
2. Proprietatea părinților (rudelor)	5. Locuință socială
3. Închiriată de la o persoană / firmă	6. Locuință de serviciu
	7. Locuiesc fara forme legale

K3. Aveți în gospodărie...?

	Da	Nu
11. Autoturism	1	2
12. WC în interiorul locuinței	1	2
13. Telefon mobil	1	2
14. Telefon fix	1	2
15. Frigider	1	2
16. Mașină de spălat automată	1	2
17. Computer	1	2
18. Acces la internet	1	2
19. Cameră de baie (spațiu dedicat)	1	2
20. Bucătărie (spațiu dedicat)	1	2

K4. Locuința dumneavoastră beneficiază de următoarele servicii publice...?

	Da	Nu
6. Apă curentă (de la rețea)	1	2
7. Curent electric	1	2
8. Canalizare	1	2
9. Gaze	1	2
10. Salubritate	1	2

L. VENITURI SI CHELTUIELI

L1. Cea mai mare parte a cheltuielilor făcute de familia dvs. luna trecută au fost cu CITIȚI RĂSPUNSURILE ! O SINGURĂ ALEGERE !

10. Întreținerea gospodăriei/cheltuielile casei

11. Alimente/hrană
12. Medicamente
13. Servicii medicale (internări, consultații, analize medicale etc.)
14. Articole de igienă personală
15. Articole de îmbrăcăminte/încălțăminte
16. Petrecerea timpului liber
17. Educație
18. Rate la bănci, datorii
88. NȘ/NR

L2. Care este principala sursă de venituri în gospodăria dvs.? UN SINGUR RĂSPUNS

- | | | |
|---|--|--|
| 1. Salariu la stat | 7. Venitul minim garantat, | 12. Profit din afacere |
| 2. Salariu la particular (la firmă privată) | 8. Ajutoare de urgență | 23. Burse de studiu și pregătire |
| 3. Pensie | 9. Alte transferuri sociale (de ex. Concediu de maternitate paternitate) | 14. Venit pe convenție civilă /contract colaborare |
| 4. Ajutor șomaj | 10. Bani primiți de la rude plecate definitiv sau temporar în străinătate | 14. Niciuna |
| 5. Alocății copii | 11. Transferuri particulare (de ex. Pensie alimentară sau bani de la părinții / alte persoane) | 16 Altele, care? _____ |
| 6. Muncă ocazională, zilier | | 88. NS/NR |

M. DATE SOCIO-DEMOGRAFICE

M1. Sex: 1. Bărbat 2. Femeie

M3. Care este limba dvs. maternă? (RĂSPUNS UNIC)

1. Română
2. Maghiară
3. Rusă
4. Romani (țigănească)
5. Altele: _____

M5. Care este ultima școală absolvită?

- | | |
|--|--|
| 1. FĂRĂ STUDII | 6. STUDII SUPERIOARE (UNIVERSITATE, FACULTATE) |
| 2. STUDII PRIMARE (PATRU CLASE ABSOLVITE) | 7. MASTER |
| 3. ȘCOALA GENERALĂ (OPT CLASE ABSOLVITE) | 8. DOCTORAT ȘI ȘCOALĂ POSTDOCTORALĂ |
| 4. PROFESIONALĂ/COMPLEMENTARĂ SAU 10 CLASE | |
| 5. STUDII MEDII (LICEU, POSTLICEALĂ) | |

M6. Stare civilă în prezent:

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| 1. CĂSĂTORIT(Ă) ACTE\ | 4. CONCUBINAJ (CĂSĂTORIT(Ă) FĂRĂ |
| 2. NECĂSĂTORIT(Ă) | 5. DIVORȚAT(Ă) |
| 3. DESPĂRȚIT(Ă)/SEPARAT(Ă) | 6. VĂDUV(Ă) |

OP Nume operator: _____

Semnătura: _____

Data interviului: ____ / ____ / ____

Durata interviului: _____ minute

Anexa 3- Ghid de interviu

Ghid de interviu

A. ASPECTE GENERALE

1. V-aș ruga să începem discuția noastră cu o scurtă prezentare a dvs. și a istoricului implicării dvs. în procesul de îmbunătățire a situației sanitare a romilor din România.
2. Ați fost angajat/a sau sunteți angajat/a în cadrul unei instituții implicate în procesul de îmbunătățire a situației sanitare a romilor din România? Care sunt/au fost atribuțiile dvs. în cadrul instituției respective?
3. Cum se implică instituția pe care o reprezentați în problematica persoanelor de etnie romă? Îmi puteți da câteva exemple? Care au fost cele mai importante? De ce? Cum au influențat acestea viața persoanelor de etnie romă? De ce credeți acest lucru?
4. Cum ați defini în general, în câteva cuvinte, situația persoanelor de etnie romă în contextul actual al României?
5. În opinia dvs. care sunt principalele probleme cu care se confruntă populația de etnie romă din România?
6. În opinia dvs. care este în prezent cea importantă problemă a romilor din România?

B. POLITICI PUBLICE

1. Cum considerați că au influențat aceste politici viața persoanelor de etnie romă? Au existat schimbări? Care au fost cele mai bune/influente politici în general? De ce credeți acest lucru? Motivați.
2. Care au cele mai importante măsuri luate la nivel central în ultimii 10 de ani legate de problematica persoanelor de etnie romă? Dar care credeți că a fost cea mai importantă? De ce credeți acest lucru? Argumentați.
3. Dar care credeți că au fost măsurile cu efectul cel mai slab? De ce credeți acest lucru? Argumentați.

4. Care au cele mai importante măsuri luate la nivel central în ultimii 10 de ani legate de accesul populației de etnie roma la serviciile de sănătate? Dar care credeți că a fost cea mai importantă? De ce credeți acest lucru? Argumentați. *Se testează: programul de mediere sanitară, programele de îngrijire preventivă și educație sanitară în comunitățile de romi, măsuri anti-discriminare etc.*

5. Dar care credeți că au fost măsurile legate de accesul populației de etnie roma la serviciile de sănătate cu efectul cel mai slab? De ce credeți acest lucru? Argumentați.

6. Care credeți că vor fi efectele descentralizării asupra accesului romilor la serviciile de sănătate? De ce credeți acest lucru? Argumentați.

7. Având în vedere indicatorii ECHI privind starea de sănătate (mortalitate generală, mortalitate maternă, mortalitate infantilă, rata natalității, speranța de viață) credeți că romii au nevoie de măsuri speciale în domeniul sănătății? Argumentați în funcție de indicatorii ECHI.

C. ROLUL ORGANIZAȚIILOR

1) Care sunt în opinia dvs. factorii cheie implicați în realizarea și implementarea politicilor publice în domeniul sănătății adresate populației de etnie roma pornind de la nivel central și ajungând la nivel local?

2) Cum apreciați implicarea acestora în procesul de îmbunătățire a stării de sănătate a romilor? Cum vedeți implicarea acestor organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor aceste organizații/instituții și la ce nivel?

3) Cum apreciați implicarea autorităților locale în acest domeniu? Sunt conștiente autoritățile locale cu privire la necesitatea de a aplica la nivel local politici în domeniul sănătății publice?

4) Cum apreciați implicarea organizațiilor nonguvernamentale centrale și locale? De ce? Cum vedeți implicarea acestor organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor aceste organizații/instituții și la ce nivel? Dar în ceea ce privește politici publice referitoare la accesul romilor la serviciile de sănătate?

5) Cum apreciați implicarea finanțatorilor? De ce? Cum vedeți implicarea acestor organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor aceste organizații/instituții și la ce nivel? Dar în ceea ce privește politici publice referitoare la accesul romilor la serviciile de sănătate?

6) Cum apreciați implicarea organizațiilor internaționale în acest domeniu? De ce? Cum vedeți implicarea acestor organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor aceste organizații/instituții și

la ce nivel? Dar în ceea ce privește politici publice referitoare la accesul romilor la serviciile de sănătate?

D. NIVELUL LOCAL/REGIONAL

1) Cum apreciați implicarea Direcțiilor de Sănătate Publică în sprijinul îmbunătățirii accesului romilor la servicii de sănătate? Cunoașteți vreo inițiativă a acestei organizații/instituții? De ce? Cum vedeți implicarea acestei organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor această organizație și la ce nivel?

2) Cum apreciați implicarea liderilor locali în sprijinul îmbunătățirii accesului romilor la servicii de sănătate? De ce? Cum vedeți implicarea acestei organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor această organizație și la ce nivel?

3) Cum apreciați implicarea medicilor de familie în sprijinul îmbunătățirii accesului romilor la servicii de sănătate? De ce? Cum vedeți implicarea acestei organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor această organizație și la ce nivel?

4) Cum apreciați implicarea mediatorilor sanitari pentru romi în sprijinul îmbunătățirii accesului romilor la servicii de sănătate? De ce? Cum vedeți implicarea acestei organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor această organizație și la ce nivel?

5) Cum apreciați implicarea (orice organizație/persoană cheie enunțată de către respondent – reprezentanți Primărie, BJR, Birouri Regionale ANR etc) pentru romi în sprijinul îmbunătățirii accesului romilor la servicii de sănătate? De ce? Cum vedeți implicarea acestei organizații/instituții? Cum ar trebui să se implice pe viitor această organizație și la ce nivel?

6) Cum apreciați contribuția MSR în ceea ce privește favorizarea adresabilității populație rome la serviciile medicale? Dar în ceea ce privește favorizarea accesibilității populației rome la serviciile medicale? *Accesibilitatea a crescut sau a scăzut? Adresabilitatea a crescut sau a scăzut? De ce credeți cest lucru?*

7) Cum apreciați adresabilitatea populație rome la serviciile medicale în contextul descentralizării? Accesibilitatea va crește sau va scădea? Adresabilitatea va crește sau va scădea? De ce credeți cest lucru?

8) Cum considerați că au fost implementate la nivel local/regional politicile publice care vizează îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate publica? De ce credeți acest lucru?

Argumentați. Care au fost acele politici? Cum se reflectă aceste politici la nivel local? Ne puteți da câteva exemple?

9) Care credeți că este gradul de cunoaștere de către membri comunităților de romi a politicilor de sănătate care îi vizează? Dar gradul de cunoaștere de către alte organizații/actori locali a politicilor de sănătate care vizează comunitățile de romi?

10) Cum considerați că au fost implementate la nivel local/regional politicile publice care vizează îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate publică? De ce credeți acest lucru? Argumentați. Care au fost acele politici? Cum se reflectă aceste politici la nivel local? Ne puteți da câteva exemple?

11) Cum considerați că au fost evaluate politicile publice locale/regionale care vizează îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate publică? Cum credeți că ar trebui să fie evaluate? Ce ne puteți spune concret despre modul în care a fost măsurat impactul politicilor publice în rândul beneficiarilor? Cât de relevante sunt aceste date?

E. DISCRIMINARE

1) Considerați că românii sunt discriminați în ceea ce privește accesul la servicii în general? Argumentați.

2) Cunoașteți măsuri anti-discriminare care vizează asigurarea accesului egal la servicii de sănătate de calitate pentru romi? Care sunt acestea? Ne puteți da câteva exemple? Cât de eficiente credeți că sunt/au fost aceste măsuri? Argumentați

3) Considerați că românii întâmpină probleme în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate publică? De ce credeți acest lucru? Argumentați.

F. ACCESUL LA SERVICIILE PUBLICE DE SĂNĂTATE

1) În opinia dvs. care este în prezent cea mai mare problemă legată de accesul romilor la serviciile de sănătate? *Se testează: accesul la servicii medicale primare, spitalicești, servicii medicale de urgență, alte servicii medicale etc.* De ce credeți acest lucru? Argumentați. Cum au evoluat aceste probleme în ultimii 10 ani? De ce credeți acest lucru? Cine le-a influențat?

2) În opinia dvs. care este în prezent problema legată de accesul romilor la sistemul de asigurări de sănătate? *Se testează: lipsa actelor de identitate, lipsa unui domiciliu stabil, discriminare, lipsa*

de informare. De ce credeți acest lucru? Argumentați. Cum au evoluat aceste probleme în ultimii 10 ani? De ce credeți acest lucru? Cine le-a influențat? Care credeți că ar fi soluțiile?

3) În opinia dvs. care este în prezent problemele legate de accesul romilor la serviciile medicale primare? *Se testează: lipsa asigurării medicale, lipsa actelor de identitate, lipsa unui domiciliu stabil, discriminare, refuzul înscrierii pacienților romi pe listele medicilor de familie, tratamentul diferențiat aplicat romilor. Se testează atât atitudinea medicului de familie cât și a asistentelor medicale sau altor categorii de personal medical.* De ce credeți acest lucru? Argumentați. Cum au evoluat aceste probleme în ultimii 10 ani? De ce credeți acest lucru? Cine le-a influențat? Care credeți că ar fi soluțiile?

4) În opinia dvs. care este în prezent problemele legate de accesul romilor la serviciile medicale spitalicești? *Se testează: lipsa asigurării medicale, lipsa actelor de identitate, lipsa unui domiciliu stabil, discriminare, refuzul internării în spital,, tratamentul diferențiat aplicat romilor, segregarea femeilor rome în maternități. Se testează atât atitudinea medicului cât și a asistentelor medicale sau altor categorii de personal medical.* De ce credeți acest lucru? Argumentați. Cum au evoluat aceste probleme în ultimii 10 ani? De ce credeți acest lucru? Cine le-a influențat? Care credeți că ar fi soluțiile?

5) În opinia dvs. care este în prezent problemele legate de accesul romilor la serviciile medicale de urgențe (camere de gardă ale spitalelor, ambulanță)? *Se testează: lipsa asigurării medicale, lipsa unui domiciliu stabil, discriminare, tratamentul diferențiat aplicat romilor. Se testează atât atitudinea medicului cât și a asistentelor medicale sau altor categorii de personal medical.* De ce credeți acest lucru? Argumentați. Cum au evoluat aceste probleme în ultimii 10 ani? De ce credeți acest lucru? Cine le-a influențat? Care credeți că ar fi soluțiile?

6) În opinia dvs. care este în prezent problemele legate de accesul romilor la alte servicii medicale (stomatologice etc.)? *Se testează: lipsa asigurării medicale, lipsa unui domiciliu stabil, discriminare, tratamentul diferențiat aplicat romilor. Se testează atât atitudinea medicului cât și a asistentelor medicale sau altor categorii de personal medical.* De ce credeți acest lucru? Argumentați. Cum au evoluat aceste probleme în ultimii 10 ani? De ce credeți acest lucru? Cine le-a influențat? Care credeți că ar fi soluțiile?

G. MEDIATORUL SANITAR PENTRU ROMI

- 1) Credeți că MSR contribuit la creșterea accesului populației de etnie romă la serviciile publice în general? În ce mod? De ce? Argumentați.
- 2) Considerați programul MSR ca fiind o practică pozitivă? Argumentați?
- 3) Considerați utilă activitatea MSR? Poate fi ea suplinită de AM, AMC? Considerați că pot fi suprapus rolul AMC cu cel al MSR? Sunt aceste roluri complementare sau redundante? De ce credeți acest lucru?
- 4) Credeți că factorii de decizie (MSP, DSP, s.a.) sunt conștienți de importanța acestui program? Cum credeți că va aborda în continuare MSP acest program în contextul trecerii lui în administrarea autorităților locale?

H. ALTE ASPECTE

- 1) Dacă ați numit mâine într-o poziție cheie, de decizie (de ex. Ministru al Sănătății) care ar fi prima decizie pe care ați lua-o în vederea creșterii accesului romilor la serviciile medicale publice? Argumentați.
- 2) Ce notă ați da politicilor publice din ultimii 10 ani pentru rolul lor în îmbunătățirea accesului romilor la serviciile publice de sănătate? Argumentați.
- 3) Credeți că este nevoie de politici publice specific adresate romilor în domeniul sănătății? Argumentați răspunsul.
- 4) Ne puteți face trei recomandări de măsuri/politici publice în vederea creșterii accesului romilor la serviciile medicale?

Vă mulțumim pentru timpul acordat!