

# Sănătate și Comunitatea Romă: Analiză asupra situației din România

Sănătate și Comunitatea Romă: Analiză asupra situației din România



Financed by:



# **Sănătate și Comunitatea Romă: Analiză asupra situației din România**

**Titlu:**

Sănătate și comunitatea romă, analiză asupra situației din România

**Publicat de:**

Romani CRISS – Centrul Romilor pentru Intervenție Socială și Studii

Strada Buzești, nr. 19, Sector 1, București, România

Tel: 0040 21 / 310 70 70; Fax: 0040 31/ 815 76 23

Email: office@romanicriss.org

Web site: www.romanicriss.org

**Autori:**

Marius Wamsiedel

Cristina Jitariu

Simona Barbu

Tiberiu Cnab

**Informații suplimentare:**

Centrul Romilor pentru Intervenție Socială și Studii - Romani CRISS este o organizație neguvernamentală non-profit, înființată la 4 aprilie 1993. Membrii fondatori ai organizației sunt: Federația Etnică a Romilor (FER), Centrul de Cercetare a Romilor/Țiganilor al Universității René Descartes, Paris și Institutul de Sociologie al Academiei Romane.

Romani CRISS apară și promovează drepturile romilor din România. CRISS oferă asistență legală în cazurile de abuz și lucrează pentru combaterea și prevenirea discriminării rasiale împotriva romilor în toate domeniile vieții publice, inclusiv în educație, locuințe și sănătate.

În cadrul sesiunii Comitetului pentru Organizații Neguvernamentale al Organizației Națiunilor Unite, în ianuarie 2008, Romani CRISS a obținut statutul Consiliului Economic și Social (ECOSOC), fiind prima organizație de romi din România și a cincea din țara noastră care obține statutul consultativ ECOSOC.

**Procesarea datelor și redactarea raportului preliminar:** Equipo de Investigación Sociológica S.A. (EDIS), Spania. Raúl Ruiz (management). Cristina Villar, Ángel L. Garcerán, Carmen Guerrero, Prados Fernández, Carla Martínez, M<sup>a</sup> Nieves Moral (echipa).

**Editat de:**

Fundación Secretariado Gitano, Spania

C/ Ahijones s/n

28018 Madrid (Spain)

Tel-0034914220960

www.gitanos.org

fsg@gitanos.org

**Design:** A.D.I.

ISBN: 978-84-692-5536-0

DP: GU-344/2009

©FSG

Madrid 2009

Cuadernos Técnicos N° 93

*This document arises from the project HEALTH AND THE ROMA COMMUNITY: ANALYSIS OF THE SITUATION IN EUROPE which received funding from the European Union, in the framework of the Public Health Programme. The views expressed herein are those of individual authors and can therefore in no way be taken to reflect the official opinion of the Executive Agency for Health and Consumers.*

# Cuprins

<b>Introducere</b> . . . . .	<b>5</b>
<b>1. Metodologie</b> . . . . .	<b>7</b>
1.1. Abordarea metodologică . . . . .	7
1.2. Aplicarea chestionarelor în teren . . . . .	8
1.3. Chestionarul . . . . .	8
1.4. Limitele cercetării . . . . .	9
<b>2. Caracteristicile populației de romi din România</b> . . . . .	<b>11</b>
2.1. Locuire . . . . .	11
2.2. Descriere demografică . . . . .	12
<b>3. Caracteristicile sistemului de sănătate din România</b> . . . . .	<b>13</b>
3.1. Surse de finanțare . . . . .	13
3.2. Calitatea de asigurat/neasigurat . . . . .	14
3.3. Starea de sănătate a populației . . . . .	16
<b>4. Starea de sănătate. Boli</b> . . . . .	<b>19</b>
4.1. Starea de sănătate percepută . . . . .	19
4.2. Boli și probleme de sănătate . . . . .	21
4.3. Dizabilități și boli cronice . . . . .	22
<b>5. Accidente.</b> . . . . .	<b>25</b>
<b>6. Principalele limitări în activitățile realizate în fiecare zi</b> . . . . .	<b>27</b>
<b>7. Consumul de medicamente</b> . . . . .	<b>33</b>
7.1. Tipuri de medicamente . . . . .	33
7.2. Consumul de medicamente. . . . .	36
7.3. Consumul de medicamente pe bază de auto-administrare . . . . .	37
<b>8. Consultațiile medicale</b> . . . . .	<b>39</b>
8.1. Ultima vizită la medic . . . . .	39
8.2. Locul unde s-a desfășurat ultima vizită la medic . . . . .	40
8.3. Principalul motiv pentru care a avut loc consultația . . . . .	41
8.4. Afierea ultimului medic vizitat . . . . .	41
8.5. Asistență medicală . . . . .	42
8.6. Programul de vaccinare pentru copii . . . . .	43

<b>9. Vizite la stomatolog</b>	<b>45</b>
9.1 Frecvența vizitelor la stomatolog	45
9.2 Starea danturii și a gingiilor	46
<b>10. Spitalizarea</b>	<b>47</b>
10.1 Spitalizarea populației	47
10.2 Timpul petrecut în spital	47
10.3 Tipurile de finanțare pentru asigurarea spitalizării	49
<b>11. Utilizarea serviciilor medicale în regim de urgență</b>	<b>51</b>
<b>12. Acțiuni medicale de prevenire utilizate de femei</b>	<b>53</b>
12.1 Femei care au născut	53
12.2 Teste ginecologice	54
<b>13. Suport social</b>	<b>55</b>
<b>14. Stil de viață: activitatea fizică și odihna</b>	<b>57</b>
14.1 Somnul	57
14.2 Activitatea fizică	57
14.3 Minorii și televizorul	59
<b>15. Stil de viață: nutriția</b>	<b>61</b>
15.1 Alăptatul copiilor	61
15.2 Micul dejun	62
15.3 Tipul de alimente consumate	62
15.4 Indicele de masă corporală	63
<b>16. Starea de sănătate a populației din România</b>	<b>65</b>
<b>17. Concluzii</b>	<b>69</b>
<b>18. Recomandări</b>	<b>73</b>
<b>19. Bibliografie</b>	<b>75</b>
<b>Anexă 1. Eșantion</b>	<b>77</b>
<b>Anexă 2. Health and the Roma Community:     Analysis of the Situation in Romania</b>	<b>79</b>

## Introducere

Raportul **„Sănătate și comunitatea romă. Analiza situației în România”** a fost redactat în urma realizării unei cercetări descriptive și exploratorii care a pornit de la obiectivul ambițios de a analiza starea de sănătate în comunitatea romă pentru a combate inegalitățile și a elabora politici și activități pentru populația țintă. Chestionarul utilizat a fost construit astfel încât să permită colectarea de informații despre caracteristicile populației rome (structură demografică, mediu de viață, tip de gospodărie, ocupație, pregătire educațională), starea de sănătate percepută de subiecți, accesul și utilizarea produselor și serviciilor medicale și stilul de viață. Diversitatea întrebărilor permite conturarea unei imagini mai bune de ansamblu a stării de sănătate a romilor și a dificultăților cu care aceștia se confruntă. Scăderea inerentă unei asemenea abordări constă în ignorarea totală sau parțială a unor fenomene importante pentru evaluarea stării de sănătate a romilor. De exemplu, operaționalizarea accesului la servicii medicale a avut în vedere trei dimensiuni – existența unor centre sanitare în proximitatea comunității de romi, posibilitatea de a accesa respectivele servicii și rata efectivă de utilizare. Nu a fost acoperită problema eficienței actului medical, iar limitările legate de statutul de asigurat/neasigurat, experiența discriminării sau rasismul unor cadre medicale au fost abordate indirect și limitat. Observațiile făcute în cercetare pot constitui obiectul unor studii ulterioare, care să reevalueze temele urmărite aici și să le aprofundeze.

Raportul de față a fost realizat în cadrul proiectului **„Sănătate și comunitatea romă: analiza situației în Europa”** care se implementează simultan în șase țări, prin organizații care au ca obiectiv îmbunătățirea situației comunităților de romi: Health of Roma Foundation în Bulgaria, Office of the Council for Roma Community Affairs – RVZRK în Cehia, EFXINI POLI în Grecia, Rede Europeia Anti Pobreza – REAPN în Portugalia, Romani CRISS - Centrul Romilor pentru Intervenție Socială și Studii în România, Partners for Democratic Change – PDCS în Slovacia. Coordonatorul programului este organizația *Fundacion Secretariado Gitano* din Spania, care are experiența unor cercetări similare. Proiectul a fost realizat cu sprijinul financiar al Uniunii Europene, în cadrul Programului de Sănătate Publică. Obiectivele specifice ale proiectului sunt obținerea de date reale despre starea de sănătate a populației rome, folosirea acestor date pentru dezvoltarea unei diagnoze aproximative privind starea de sănătate a comunității rome și analiza rezultatelor obținute în cercetare. Folosind datele obținute se vor dezvolta strategii și recomandări în termeni politici și în termeni de promovare și monitorizare a sănătății, de prevenire a bolilor, care vor fi adresate autorităților.

## Mulțumiri

Pentru realizarea raportului de față dorim să mulțumim doamnei Cristina Jitariu și domnului Tiberiu Cnab pentru solitudine, atenția cu care au urmărit procesul de redactare a studiului, timpul investit și recomandările făcute. Mulțumirile noastre se îndreaptă, de asemenea, către rețeaua de operatori de teren care au făcut posibilă culegerea datelor, organizațiile locale care au contribuit activ la realizarea și echipa de sociologi de la EDIS care a realizat prelucrarea statistică a datelor obținute prin aplicarea chestionarului.



# 1. Metodologie

## 1.1. Abordarea metodologică

Studiul s-a bazat pe o cercetare de tip cantitativ, prin interviuri față în față la domiciliul respondenților. Au fost luate în considerare toate localitățile din România care la momentul recensământului populației au avut mai mult de 3 persoane de etnie romă autodeclarate. Procedura de selecție a eșantionului a fost următoarea:

**Pasul 1.** Localitățile au fost stratificate apriori în 12 straturi (mediu de rezidență rural/urban x regiune). Regiunile prestabilite au fost:

- Centrală (Ardeal)
- Vest (Banat, Crișana, Maramureș)
- Sud-Est (Muntenia)
- Est (Moldova)
- Sud (Oltenia)
- București (București și Ilfov)

**Pasul 2.** În cadrul fiecărui strat localitățile au fost extrase în eșantion cu probabilități inegale date de numărul de persoane de etnie romă.

**Pasul 3.** Au fost obținute astfel un număr total de 44 localități la nivelul întregii țări.

**Pasul 4.** Pentru localitățile urbane s-a făcut o partiție completă și disjunctă în zone mici. Aleator au fost selectate un număr suficient de astfel de zone.

**Pasul 5.** În cadrul fiecărei zone a fost urmat un traseu aleator, vizitându-se gospodăriile în mod sistematic din 2 în 2. Gospodăriilor vizitate le-a fost aplicat un chestionar de selecție care să determine familiile de etnie romă (prin autodeclarare).

S-a obținut astfel un eșantion de 759 gospodării cu populație de etnie romă la nivelul întregii țări.

După culegerea datelor au fost aplicate ponderile date de procedura de selecție și s-a aplicat o poststratificare pe regiuni, dată de numărul persoanelor de etnie romă la data recensământului. Estimativ, numărul de etnici romi declarați și aflați în România este de 1.049.000.



## 1.2. Aplicarea chestionarelor în teren

Culegerea datelor s-a făcut prin intermediul operatorilor de interviu. Aceștia au fost operatori de etnie romă care au participat la cursul de formare organizat pentru explicarea metodologiei și a chestionarului. Pentru a aduna toate datele necesare din teren au fost respectați pașii următori:

- În cadrul gospodăriilor selectate a fost aplicat un chestionar de gospodărie la care a fost interviuat un adult (de obicei principalul întreținător al familiei)
- Totodată au fost completate informațiile pentru toți membrii gospodăriei.
- Fiecărui membru al gospodăriei i-a fost aplicat un modul de chestionar de adult sau de minor după caz (dacă persoana avea peste 16 ani impliniți sau nu).

Procedeul de a intervieva toți membrii gospodăriei a fost impus de inexistența la nivel regional sau local a datelor generale privitoare la sex pe grupe de vârstă, așa cum metodologia anchetei realizate în Spania o recomandă.

## 1.3. Chestionarul

Chestionarul care a stat la baza cercetării numără 15 pagini și 73 de întrebări. Pentru o utilizare mai ușoară a acestuia pe teren a fost împărțit în cinci mini-chestionare, după cum urmează:

1. Chestionarul de selecție a gospodăriei – necesar pentru determinarea gospodăriei cu etnici romi
2. Chestionarul de gospodărie – H12, H13, H14, H15
3. Fișa persoanei – număr de ordine, H 1 - H7, H9, H11
4. Chestionar Minori – număr de ordine M 1- M 52
5. Chestionar Adulți – număr de ordine A 1 – A 73

Chestionarul utilizat este structurat pe capitole, acestea fiind:

1. Starea de sănătate. Boli
2. Accidente
3. Principalele limitări în activitățile realizate în fiecare zi
4. Consumul de medicamente
5. Consultațiile medicale
6. Vizite la stomatolog
7. Spitalizarea
8. Utilizarea serviciilor medicale în regim de urgență
9. Acțiuni medicale de prevenție utilizate de femei
10. Suport social
11. Stil de viață: consumul de alcool și de tutun
12. Stil de viață: activitatea fizică și odihna
13. Stil de viață: nutriția

Trebuie menționat că în timpul procesului de adaptare a chestionarului la specificul comunității de romi din România a fost eliminat capitolul 12, prin care se colectau informații despre consumul de alcool și tutun. Organizația Romani CRISS consideră că astfel de informații ar trebui culese în cadrul unei cercetări mai ample, eventual îmbinând cercetarea cantitativă cu cea calitativă.

#### **1.4. Limitele cercetării**

Primul aspect care poate fi considerat o limitare inițială a cercetării este dat de rețelele de operatori de interviuri. Pentru operatorii de interviu neromi, accesul în comunitățile de romi a generat refuzuri sau reticență din partea unor subiecți. Această limitare a fost depășită prin constituirea și instruirea unei rețele de operatori de interviu de etnie romă.

Un alt aspect al limitării a fost acela al inexistenței datelor statistice relevante la nivel regional sau local despre populația romă (de exemplu: numărul de romi pe grupe de vârstă și sex).

O altă limitare este dată de subreprezentarea zonelor improprii de locuire (gropi de gunoi, canale, ghetouri etc).

Întârzierile venite din partea unei regiuni (cea de Vest) au făcut ca numărul de chestionare luate în calcul să fie mai mic decât cel prognozat inițial, ceea ce a dus la supra-ponderarea zonei în final.



## 2. Caracteristicile populației de romi din România

### 2.1. Locuire

Blocurile sau casele standard au fost identificate drept spațiu de locuire de aproape două treimi din eșantion, în vreme ce o treime din subiecți au declarat că trăiesc în gospodării sub-standard. Mai puțin de un procent din populația studiată locuiește în așezări de barăci.

**Tablelul 2.1.** Distribuția populației și a gospodăriilor în funcție de tipul de locuințe

	Populație	Gospodării
Apartament sau casă standard	65,8	65,0
Gospodărie sub-standard	33,5	34,0
Așezare de barăci	0,8	1,0
Total	100	100
<b>Bază (N)</b>	<b>(2.616)</b>	<b>(759)</b>

Nouă din zece subiecți locuiesc în zone sau cartiere integrate în oraș. 69,5% din populație și aproape trei sferturi din gospodării se află în zone sau cartiere integrate, cu stare bună de sănătate, în vreme ce 22,4% din populație și 17,9% din gospodării se află în zone integrate, dar cu stare proastă de sănătate.

**Tablelul 2.2.** Distribuția populației și a gospodăriilor în funcție de zona de locuire

	Populație	Gospodării
Integrată, cu stare bună de sănătate	69,5	73,8
Integrată, cu stare proastă de sănătate	22,4	17,9
Izolată, cu stare bună de sănătate	6,7	6,9
Izolată, cu stare proastă de sănătate	1,5	1,4
Total	100	100
<b>Bază (N)</b>	<b>(2.616)</b>	<b>(659)</b>

## 2.2. Descriere demografică

Eqantionul a cuprins 2616 subiecți, 48,8% (1275) fiind bărbați iar 51,2% (1341) femei. Vârsta medie a populației selectate a fost de 24,7 ani, în condițiile în care vârsta medie a minorilor a fost 8,8 ani, iar vârsta medie a adulților a fost 35,8 ani.

**Tabelul 2.3.** Distribuția populației în funcție de gen și grupe de vârstă

	Bărbat	Femeie	Total
0 – 4 ani	5,1	3,6	8,7
5 – 9 ani	5,0	7,2	12,2
10 – 14 ani	9,4	7,6	17,0
15 – 19 ani	4,2	5,9	10,2
20 – 24 ani	4,6	2,7	7,3
25 – 29 ani	3,3	3,6	6,9
30 – 34 ani	3,2	5,3	8,5
35 – 39 ani	5,0	5,4	10,3
40 – 44 ani	3,5	2,1	5,5
45 – 49 ani	1,4	2,4	3,9
50 – 54 ani	1,3	1,7	3,0
55 – 59 ani	0,7	1,0	1,7
60 – 64 ani	0,9	1,2	2,1
65 – 69 ani	0,7	0,6	1,3
70 – 74 ani	0,3	0,5	0,9
75 – 79 ani	0,1	0,2	0,3
80 – 84 ani	0,0	0,1	0,1
85 ani și peste	0,1	0,0	0,1
Total	48,8	51,2	100,0
<b>Bază (N)</b>	<b>(1.275)</b>	<b>(1.341)</b>	<b>(2.616)</b>

Ocupațional, cei mai mulți minori cuprinși în studiu sunt înscriși la școală, indiferent că e vorba despre fete sau băieți. În cazul populației adulte, se remarcă o proporție mare de șomeri sau angajați în economia informală în rândul bărbaților și de casnice în rândul femeilor.

**Tabelul 2.3.** Descrierea populației rome în funcție de ocupația principală și gen

	Bărbați	Femei	Total
<b>Minori (0 – 15 ani)</b>			
Școală sau creșă	27,5	27,0	27,3
Școală și serviciu	0,5	0,3	0,4
Serviciu	0,2	0,0	0,1
Nicio ocupație	4,1	2,8	3,4
Copil sub 6 ani, neînscris la școală	11,4	7,9	9,6
<b>Adulți (16 ani și peste)</b>			
Salariat, angajat permanent	15,3	11,0	13,1
Salariat, angajat temporar/sezonier	3,9	4,1	4,0
Angajat propriu, antreprenor	2,4	0,6	1,5
Angajat într-o afacere de familie	1,8	3,4	2,6
Neangajat, a lucrat înainte	3,1	1,2	2,1
Neangajat, caută primul loc de muncă	5,4	0,9	3,1
Neangajat, lucrez la negru	12,3	3,0	7,5
Elev/student	2,1	1,6	1,9
Pensionar (primește beneficiile aferente)	7,5	8,4	8,0
Casnic(ă)	2,3	27,9	15,4
Total	100	100	100
<b>Bază (N)</b>	<b>(1.275)</b>	<b>(1.341)</b>	<b>(2.616)</b>

## 3. Caracteristicile sistemului de sănătate din România. Aspecte relevante privind sistemul de sănătate românesc

### 3.1. Surse de finanțare

Actualul sistem de sănătate românesc își are începutul în 1997, când, după aproape 50 de ani de sistem tip Semansko (sistem în care monopolul era al statului, centralizat și centrat pe îngrijirile spitalicești), intră în vigoare legea asigurărilor sociale de sănătate (Lg. 145/1997). Noul sistem este bazat pe relații contractuale între furnizorii de servicii medicale și beneficiari, prin intermediul Caselor de Asigurări de Sănătate, care gestionează **fondul unic al asigurărilor de sănătate**. Acesta este constituit din contribuțiile persoanelor fizice și juridice, fiind principala sursă de finanțare a sistemului de sănătate (aprox. 75%).

Alte surse de finanțare sunt: bugetul de stat, venituri proprii, fonduri externe nerambursabile, donații și sponsorizări, credite externe, dar și **contribuția personală** a pacientului, prin co-plata sau plata integrală a unor produse și servicii medicale.

- **Co-plata** reprezintă diferența dintre valoarea decontată de Casa de Asigurări și valoarea maximală stabilită de Ministerul Sănătății; ea se aplică în principal unor medicamente, unor dispozitive medicale, majorității serviciilor de stomatologie, spitalizării în condiții hoteliere superioare și recuperării în sanatorii.
- Printre cele mai importante servicii care nu sunt decontate de Casa de Asigurări și pentru care pacientul trebuie **să plătească integral** se numără: unele servicii medicale de înaltă performanță, unele servicii de asistență stomatologică, asistența medicală la cerere, unele medicamente și dispozitive medicale, unele proceduri de recuperare și fizioterapie, serviciile medicale pentru boli profesionale și medicina muncii, corecțiile estetice persoanelor peste 18 ani, fertilizarea in vitro și transplantul.
- Plata integrală se aplică și persoanelor neasigurate care beneficiază de alte servicii decât cele incluse în pachetul minim de bază (corespunzător acestei categorii).

Foarte curând (probabil în septembrie 2009), Ministerul Sănătății va introduce ca sistem de finanțare **“tichetul pentru sănătate”**; acesta reprezintă contribuția fiecărei persoane (asigurată sau nu) la plata unor servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale în momentul utilizării acestora. Scopul este de a contribui la reducerea plăților informale și la îmbunătățirea finanțării, asigurând astfel creșterea calității asistenței medicale.

Serviciile medicale pentru care se introduce contribuția personală sunt:

- asistența medicală primară: 5 lei/consultație, 15 lei/vizită la domiciliu în afara programului normal de lucru (vizite care, prin reconfigurarea pachetului general de servicii, s-au scos din programul normal de lucru al medicului de familie).
- asistența medicală de specialitate: 10 lei/consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu, 20 lei/vizită la domiciliu, 50 lei/cură de tratament la serviciile de recuperare (cura fiind de maxim 10 zile, cu maxim 4 proceduri pe zi)

- servicii paraclinice: 1 leu/analiză, 5 lei/investigație tip Rx și explorări imagistice, 25-200 lei/ explorări de înaltă performanță
- asistența spitalicească: 20 lei/consultație în serviciile de urgență (dacă pacientul nu intră în categoria urgențelor și nu se internează în spital), 10 lei/spitalizare de o zi (fără a include investigațiile de înaltă performanță), 50 lei /fiecare episod de spitalizare.
- asistența de urgență prespitalicească: 50 lei/consultație la domiciliu efectuată de către medicii de pe ambulanțe (când pacientul nu reprezintă o urgență sau nu este transportat pentru a fi internat în spital).

Următoarele aspecte sunt de asemenea relevante pentru cercetarea de față:

- Contribuția sub formă de **tichet de sănătate** va fi plătită de către pacient doar în momentul accesării serviciilor de sănătate necesare, iar suma tichetelor pe un an nu va depăși 600 lei/an; peste această sumă nu se mai plătește contribuție personală sub forma tichetelor de sănătate;
- Contribuția sub formă de **tichet de sănătate** nu înlocuiește sumele actuale plătite de pacienți ca și „contribuție personală”;
- persoanele juridice vor putea acoperi pentru salariați cheltuielile cu tichetele pentru sănătate în limita a 600 lei/an;
- tichetele pentru sănătate pot fi acoperite și prin polițe private de asigurare de sănătate.

**Categoriile de populație care nu vor plăti tichetele pentru sănătate** sunt: persoanele asistate social, pensionarii cu pensii sub 700 RON/lună, copiii cu vârsta până în 18 ani, șomerii, persoanele care beneficiază de gratuități (revoluționari, persecutați politic, veterani, persoane cu handicap), gravidele (doar pentru servicii aferente gravidității), persoanele aflate în Programele Naționale de Sănătate și personalul sanitar.

### 3.2. Calitatea de asigurat/neasigurat

Din punctul de vedere al contribuției la fondul asigurărilor sociale de sănătate, populația (beneficiarii) se împarte în mai multe categorii:

- 1. Asigurați** care plătesc contribuția la fond din surse proprii:
  - a. Persoane cu salarii impozabile: contribuie atât din salariul lunar pe care îl primesc (5,5% din salariul de baza brut), cât și prin contribuția angajatorului (5,2% din fondul de salarii, calculate la salariul de baza brut al salariatului).
  - b. Persoanele care desfășoară activități independente (profesii liberale) au obligația de a vira trimestrial aceeași contribuție de 5,5% aplicată asupra venitului net declarat (profitului).
  - c. Persoanele care realizează venituri din salarii neimpozabile și care nu mai realizează alte venituri, au obligația plății contribuției lunare (5,5%) calculate la un salariu de bază minim brut pe țară (acesta fiind în prezent de 600 lei).
  - d. Pensionarii, dacă venitul pensiei depășește 900 lei (sumă supusă impozitului pe venit).
- 2. Asigurați** pentru care se plătește contribuția la fond din alte surse (bugete locale, buget ajutor social, buget ajutor de șomaj etc):
  - a. Pensionarii, dacă valoarea pensiei este sub 900 lei (sursa plătitoare este fondul de la bugetul de stat, fără ca valoarea pensiei să fie afectată);
  - b. Persoane aflate în concediu pentru incapacitate temporară de muncă în urma unui accident de muncă sau boală profesională;

- c. Persoane aflate în concediu pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani, respectiv 3 ani în cazul copilului cu handicap;
  - d. Persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj;
  - e. Persoanele care sunt returnate sau expulzate ori sunt victime ale traficului de persoane și se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității;
  - f. Persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social;
  - g. Persoanele care se află în perioada de amânare sau întrerupere a executării pedepsei privative de libertate, dacă nu au venituri; persoana ce execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv.
- 3. Asigurați fără plata contribuției:**
- a. Copiii până la vârsta de 18 ani și tinerii până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi sau studenți și nu realizează venituri din muncă;
  - b. Femeile însărcinate și lăuze;
  - c. Soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate (co-asigurat aflat în întreținerea unui asigurat);
  - d. Tinerii până la 26 de ani, care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social
  - e. Persoanele cu statut special: persoanele persecutate din motive politice, veteranii de război, văduve de război, eroi-martiri și luptători;
  - f. Persoanele cu handicap;
  - g. Bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni;

Conform statisticilor Ministerului Sănătății, la data de 31.12.2008 dovedeau calitatea de asigurați un număr de **18,642,598** persoane, reprezentând aproximativ **86,7%** din populația României. Dintre cei asigurați, aproximativ 6,5 milioane plătesc contribuția din surse proprii, reprezentând 34,5% din totalul persoanelor care au statutul de asigurat, respectiv 30% din populația României.

- 4. Neasigurat** = persoană fără nici un venit (salariu, pensie, ajutor de șomaj sau ajutor social) și care nu se încadrează în niciuna din categoriile de mai sus. În acest caz, persoana poate încheia direct un contract de asigurare cu Casa de Asigurări de Sănătate, iar valoarea plății este de 5,5% din nivelul salariului de bază minim brut pe țară (600 lei, valabil din ianuarie 2009), pentru 6 luni (total: 198 lei). Ulterior acestei plăți, persoana astfel asigurată are obligația plății lunare a contribuției la fond, calculată la nivelul salariului de bază minim brut pe țară.

În toate cazurile descrise mai sus (1-4), drepturile de asigurare încetează după 3 luni de la ultima plată a contribuției.

Calitatea de asigurat/neasigurat este importantă nu numai din perspectiva contribuției la fondul unic al asigurărilor de sănătate, dar și a serviciilor medicale oferite:

- 1. pachet de servicii de bază** se acordă asiguraților și cuprinde o arie vastă de servicii medicale și produse, cu mențiunea că pentru dispozitive medicale și medicamente se poate percepe o contribuție personală;
- 2. pachet minimal de servicii** pentru persoanele neasigurate:
  - a. Asistență primară pentru: urgențe medico-chirurgicale, identificare boli cu potențial endemo-epidemic, imunizări, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuziei, servicii de planificare familială;
  - b. Ambulatoriu de specialitate pentru urgențe medico-chirurgicale și pentru depistare boli cu potențial endemo-epidemic;



- c. Specialități paraclinice în ambulator: nu fac parte din pachetul minimal
- d. Servicii de medicină dentară: numai în situații de urgență
- e. Servicii de recuperare-reabilitare a sănătății: nu fac parte din pachetul minimal
- f. Asistența medicală spitalicească: urgențe medico-chirurgicale și boli cu potențial endemo-epidemic până când serviciile medicale nu se mai justifică;
- g. Asistența medicală de urgență și transport sanitar: la fel ca la pachetul de bază
- h. Ingrijiri medicale la domiciliu: nu fac parte din pachetul minimal
- i. Dispozitive medicale: nu fac parte din pachetul minimal

Toate serviciile și produsele neacoperite de pachetul minimal se vor plăti integral de către beneficiar în momentul utilizării lor.

### 3.3. Starea de sănătate a populației

Luând în considerare ultimii 3 ani – ultimul vârf al reformei sistemului de sănătate (prin Legea 95/2006), analiza principalilor indicatori demografici și de sănătate arată, în mare parte, un progres la nivel național (comparativ cu anii precedenți, dar o situație mai proastă decât majoritatea țărilor din Uniunea Europeană.

#### Indicatori demografici:

1. Sporul natural (2007): -1,7, cu un deficit ușor în creștere față de ultimii 7 ani (37237 locuitori mai puțin)
2. Rata generală a fertilității (2007): 1.3 – constantă în ultimii 15 ani, sub media europeană; Indicele de fertilitate: 38,9 născuți vii la 1000 femei de vârstă 15-49 ani (constant scăzut în ultimii 7 ani)
3. Indicele brut de natalitate/1000 locuitori (2007): 9,97 – în scădere față de ultimii 3 ani, locul 12 în Europa, locul 8 în UE; total născuți vii: 214.728
4. Rata avorturilor la 1000 născuți vii (2007): 639.1 – în scădere accentuată, fiind cea mai bună rată de până acum, însă indicatorul rămâne totuși mare (total avorturi: 137.226, aproximativ un avort la 1,5 născuți)
5. Decese prin avort/1000 născuți vii (2007): 0.05 (11 decese) – cea mai mică de până acum
6. Decese prin risc obstetrical/1000 născuți vii (2007): 0.10 (22 decese) – cea mai mică de până acum, constantă de 3 ani
7. Indicele brut de mortalitate/1000 loc. (2007): 11,7 - în scădere față de ultimii 3 ani, locul 6 în Europa, locul 3 în UE
8. Speranța de viață la naștere (2007): 73,27 - cea mai mare de până acum, locul 12 în Europa, locul 9 în UE

#### Indicatori de morbiditate:

1. Incidența tuberculozei/100.000 loc. (2007): 104.89 – cea mai mică din ultimii 15 ani, locul 4 în Europa, locul 1 în UE
2. Incidența hepatitei virale A/100.000 loc. (2007): 23.13 – cea mai mică de până acum în România, locul 9 în Europa, locul 2 în UE (după Bulgaria)
3. Incidența hepatitei virale B/100.000 loc. (2007): 4.3 – considerabil redusă față de anii precedenți, cea mai mică de până acum în România, locul 12 în Europa, locul 3 în UE (după Bulgaria și Letonia)
4. Incidența sifilisului/100.000 loc. (2007): 22.69 – cea mai mică de după 1990, locul 7 în Europa, locul 1 în UE
5. Incidența SIDA/100.000 loc. (2006): 0.97 – cea mai mică de până acum în România, locul 19 în Europa, locul 13 în UE

6. Incidența neoplaziei/100.000 loc. (2006): 258.94 – cea mai mică de până acum în România, locul 16 în Europa, locul 10 în UE
7. Incidența cancerului bronho-pulmonar/100.000 loc. (2006): 38 – cea mai mare de până acum în România, locul 13 în Europa, locul 9 în UE
8. Incidența cancerului de sân/100.000 loc. (2006): 50.56 – cea mai mică în ultimii 6 ani, locul 18 în Europa, locul 11 în UE
9. Incidența cancerului de col uterin/100.000 loc. (2006): 27.65 – cea mai mică în ultimii 5 ani, însă locul 3 în Europa și UE
10. Incidența tulburărilor psihice/100.000 loc. (2007): 1070.71 – valoare aproximativ constantă în ultimii 5 ani, locul 4 în Europa și în UE.

#### Indicatori de mortalitate:

1. Rata mortalității infantile/1000 loc. (2007): 11.99 – semnificativ mai mică față de ultimii 30 ani, pe locul 2 în Europa (după Kazahstan)
2. Rata mortalității neonatale/1000 loc. (2007): 6.87 – cea mai mică în România în ultimii 17 ani, prima în Europa
3. Mortalitatea maternă/100.000 născuți vii (2004): 15.37 – cea mai mică valoare a ultimilor 17 ani din România, locul 9 în Europa și 2 în UE
4. Rata standardizată a mortalității prin boli cardiace ischemice/100.000 loc. (2007): 200.9 – cea mai mică de până acum în România, însă locul 6 în Europa și 3 în UE
5. Rata standardizată a mortalității prin boli vasculare cerebrale/100.000 loc. (2007): 186.43 – cea mai mică de până acum în România, locul 3 în Europa și locul 1 în UE
6. Rata standardizată a mortalității prin neoplazii/100.000 loc. (2007): 178.31 – se menține constantă în ultimii 17 ani în România, locul 7 în Europa și UE
7. Rata standardizată a mortalității prin neoplasm bronho-pulmonar/100.000 loc. (2007): 36.84 – cea mai mica în ultimii 3 ani în România, locul 8 în Europa, 7 în UE
8. Rata standardizată a mortalității prin neoplasm de col uterin/100.000 loc. (2007): 14.53 – valoare constantă de 10 ani în România, dar prima în Europa
9. Rata standardizată a mortalității prin neoplasm de sân/100.000 loc. (2007): 22.26 – se menține la aceeași valoare națională de aprox. 20 ani, însă locul 11 în Europa și 9 în UE
10. Rata standardizată a mortalității prin boli ale aparatului respirator/100.000 loc. (2007): 51.79 – în scădere față de ultimii 3 ani, locul 7 în Europa, locul 5 în UE
11. Rata standardizată a mortalității prin boli ale aparatului digestiv/100.000 loc. (2007): 59.523 – cea mai mică de până acum în România, locul 5 în Europa, locul 2 în UE
12. Rata standardizată a mortalității prin boli hepatice cronice/100.000 loc. (2007): 40.97 – în trend descrescător, însă locul 3 în Europa, locul 2 în UE (după Lituania)
13. Rata standardizată a mortalității prin boli infecțioase și parazitare/100.000 loc. (2007): 10.39 – cea mai mică de până acum, dar locul 6 în Europa, locul 3 în UE
14. Rata standardizată a mortalității prin diabet/100.000 loc. (2007): 8.48 – se menține aproximativ constantă de 5 ani, locul 10 în Europa, locul 7 în UE
15. Rata standardizată a mortalității prin tuberculoză/100.000 loc. (2007): 7.01 – semnificativ scăzută în ultimii 3 ani, locul 5 în Europa, locul 2 în UE (după Lituania)

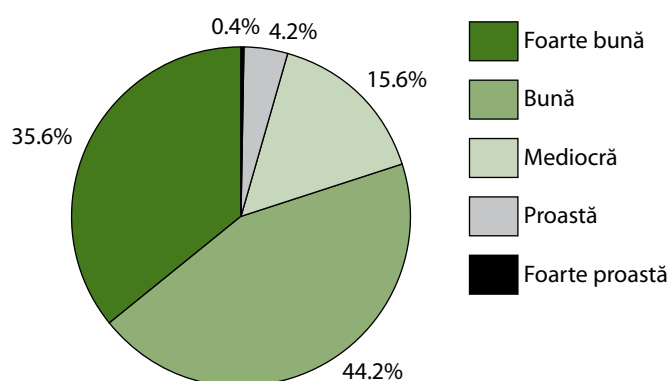


## 4. Starea de sănătate. Boli

### 4.1. Starea de sănătate percepută

Cea mai mare parte a populației rome intervievate și-a evaluat starea de sănătate ca fiind bună sau foarte bună. 35,6% dintre respondenți au considerat că au o stare foarte bună de sănătate, 44,2% au considerat că au o stare bună, 15,6 au declarat o stare mediocră, în vreme ce doar 4,2% au apreciat starea de sănătate ca fiind proastă și 0,4% ca fiind foarte proastă.

**Graficul 4.1.** Autoevaluarea stării de sănătate în ultimele 12 luni



O diferență statistic semnificativă se înregistrează între starea de sănătate a minorilor și starea de sănătate a adulților. Minorii tind să aibă o stare de sănătate mai bună decât populația adultă:

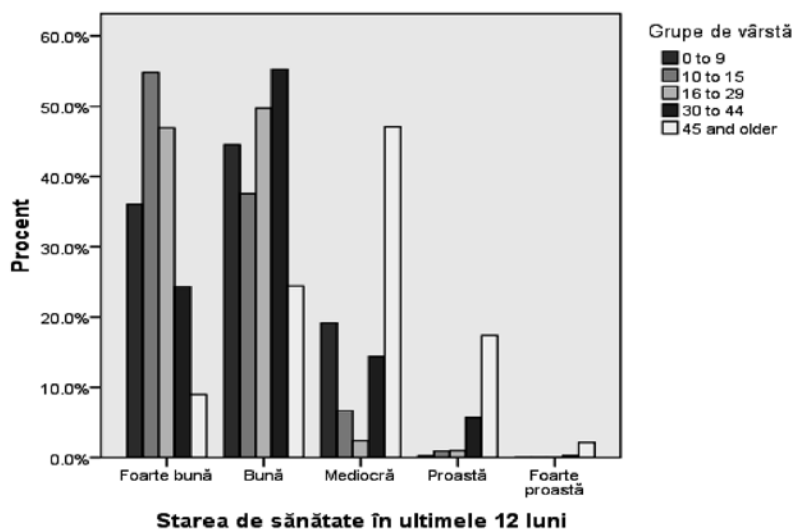
**Tabelul 4.1.** Autoevaluarea stării de sănătate în ultimele 12 luni a adulților și copiilor

	Minori	Adulți	Total
Foarte bună	45,2	29,1	35,6
Bună	41,2	46,3	44,2
Mediocră	13,1	17,4	15,6
Proastă	0,6	6,6	4,2
Foarte proastă	0,0	0,6	0,4
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Bază (N)</b>	<b>(1.024)</b>	<b>(1.592)</b>	<b>(2.616)</b>

(Diferența este semnificativă:  $\chi^2 = 48011.02$ ,  $df= 4$ ,  $p < 0,001$ )

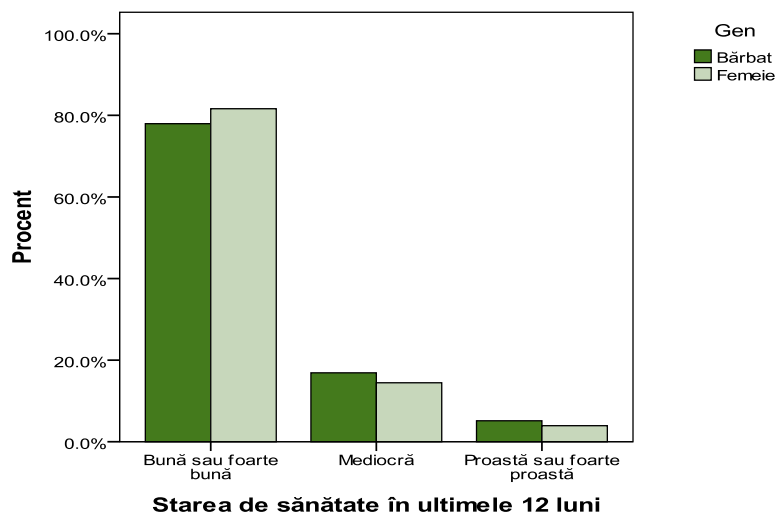
Dintre adulți, categoria de vârstă cu starea de sănătate cea mai bună este 16-29 ani, la polul opus aflându-se populația de peste 45 de ani. Din grupa 16-29 ani, 96,6% din respondenți apreciază că au o sănătate bună sau foarte bună și numai 1% că au o sănătate proastă. Niciun respondent din această categorie nu a declarat o stare foarte proastă. În cazul populației de peste 45 de ani, aproape unul din doi subiecți consideră că are o sănătate mediocră (47,1%) și numai unul din trei declară o stare bună sau foarte bună (33,4%).

**Graficul 4.2.** Autoevaluarea stării de sănătate în ultimele 12 luni pe categorii de vârstă



În ceea ce privește distribuția stării de sănătate în funcție de gen, se observă că femeile tind să aibă o stare de sănătate mai bună decât bărbații. O stare bună sau foarte bună a fost declarată de 81,6% dintre respondente și 77,9% dintre respondenții bărbați. Bărbații înregistrează de asemenea o pondere mai mare la sănătate mediocră și proastă sau foarte proastă – 16,9% față de 14,4%, respectiv 5,1% față de 3,9%.

**Graficul 4.3.** Autoevaluarea stării de sănătate în ultimele 12 luni pe categorii de gen



## 4.2. Boli și probleme de sănătate

Incidența bolilor cronice autodeclarate nu depășește decât într-un caz 10% din populația studiată. Cele mai frecvente afecțiuni sunt de natură cardiacă (hipertensiune, boli de inimă), urmate de migrene și de hernii. Dintre bolile cronice urmărite în studiu cu răspândire relativ limitată fac parte ulcerul, alergiile și bolile mentale.

**Tabelul 4.2.** Procentul populației care suferă de boli cronice în funcție de diagnostic

	Are afecțiunea	Nu are afecțiunea	Total	Bază (N)
<b>Minori și adulți</b>				
Hipertensiune arterială	10,3	89,7	100	(2.616)
Colesterol mare	6,5	93,5	100	(2.616)
Diabet	4,1	95,9	100	(2.616)
Astm, bronșită cronică sau emfizem	4,2	95,8	100	(2.616)
Boli de inimă	8,5	91,5	100	(2.616)
Ulcer la stomac	3,3	96,7	100	(2.616)
Alergii	2,3	97,7	100	(2.616)
Alte boli mintale	1,6	98,4	100	(2.616)
Migrene sau dureri de cap	7,5	92,5	100	(2.616)
Hernie	6,8	93,2	100	(2.616)
<b>Numai adulți</b>				
Circulație sanguină proastă	9,1	90,9	100	(1.592)
Artrită, reumatism	10,6	89,4	100	(1.592)
Osteoporoză	1,7	98,3	100	(1.592)
Probleme cu prostata	4,8	95,2	100	(1.592)
Probleme legate de menopauză	6,9	93,1	100	(1.592)

Afecțiunile unde se observă cea mai mare diferență de gen sunt hipertensiunea arterială, întâlnită la 14,2% dintre femei, respectiv 6,3% dintre bărbați și migrenele și durerile de cap, întâlnite la 10% din femei și numai 4,8% din bărbați. Bolile cu o prevalență mai ridicată la populația masculină sunt ulcerul stomacal și astmul sau bronșitele cronice. Singura afecțiune a cărei incidență tinde să scadă odată cu creșterea în vârstă este astmul sau bronșita cronică, afecțiune răspândită în proporție mai mare la minori decât la populația adultă.

**Tabelul 4.3.** Procentul populației care suferă de boli cronice în funcție de diagnostic, gen și vârstă

	Bărbat	Femeie	Minori	Adulți
<b>Minori și adulți</b>				
Hipertensiune arterială	6,3	14,2	0,0	17,5
Colesterol mare	5,7	7,4	0,0	11,0
Diabet	3,8	4,4	0,1	6,9
Astm, bronșită cronică sau emfizem	5,5	3,0	5,5	3,3
Boli de inimă	8,2	8,8	0,9	13,7
Ulcer la stomac	4,0	2,6	0,4	5,2
Alergii	2,9	1,7	2,0	2,5
Alte boli mentale	0,8	2,4	0,2	2,5
Migrene, dureri de cap	4,8	10,0	1,0	11,9
Hernie	6,4	7,1	3,4	9,1
<b>Numai adulți</b>				
Circulație sanguină proastă	6,4	11,5	-	9,1
Artrită, reumatism	10,7	10,5	-	10,6
Osteoporoză	0,5	2,7	-	1,7
Probleme cu prostata	4,8	--	-	4,8
Probleme legate de menopauză	--	6,9	-	6,9

### 4.3. Dizabilități și boli cronice

În populația studiată, categoriile de vârstă cele mai afectate de dizabilități sau boli cronice sunt 45-64 de ani și peste 65 de ani. Se observă de asemenea o disparitate semnificativă pe gen la grupa de vârstă 0-4 ani, băieții suferind de dizabilități sau boli cronice într-o proporție de 4 ori mai mare decât fetele. Atât prevalența dizabilităților și a bolilor cronice, cât și disparitatea de gen se reduc considerabil pentru categoria de vârstă imediat următoare (5-9 ani).

**Tabelul 4.4.** Procentul populației cu dizabilități sau boli cronice în funcție de gen și vârstă

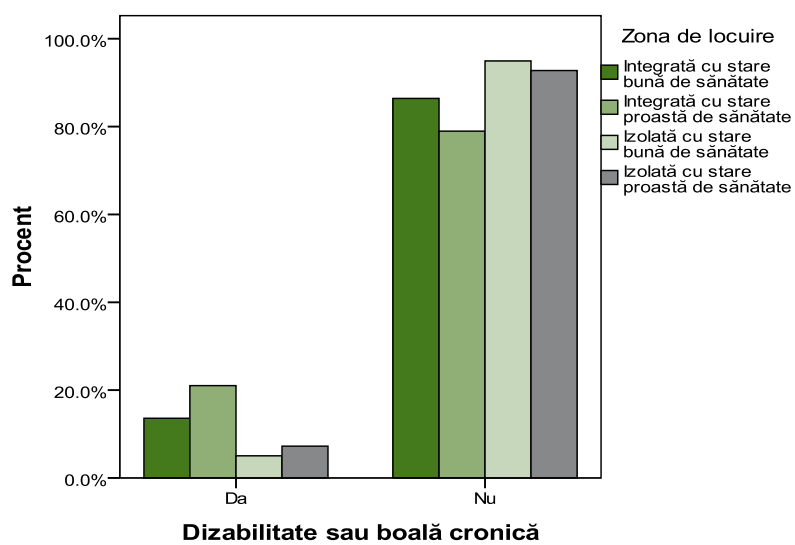
	Bărbat	Femeie	Total
<b>Total</b>	<b>13,2</b>	<b>15,7</b>	<b>14,5</b>
0 – 4 ani	20,2	5,2	13,9
5 – 9 ani	3,5	4,0	3,8
10 – 15 ani	2,0	4,3	3,0
16 – 29 ani	3,7	4,6	4,2
30 – 44 ani	14,2	18,2	16,3
45 – 64 ani	51,8	56,2	54,4
65 ani și peste	62,4	51,8	56,7
<b>Bază (N)</b>	<b>(1.275)</b>	<b>(1.341)</b>	<b>(2.616)</b>

Incidența bolilor cronice și a dizabilităților este asociată cu mărirea localității și cu zona de locuire. Frecvența cea mai mare se înregistrează în localitățile cu o populație cuprinsă între 10001 și 25000 de locuitori, urmate de localitățile foarte mici (sub 5000 de locuitori) și foarte mari (peste 250000 de locuitori). De asemenea, se observă o prezență semnificativ mai mică a afecțiunilor cronice și dizabilităților în localitățile cu o populație între 250001 și 500000 de locuitori.

**Tabelul 4.5.** Procentul populației cu dizabilități sau boli cronice în funcție de localitate

	Procentul populației
<b>Total</b>	<b>14,5</b>
Sub 5000 locuitori	17,1
5001 – 10000 locuitori	10,9
10001 – 25000 locuitori	24,6
25001 – 50000 locuitori	2,2
50001 – 100000 locuitori	12,7
100001 – 250000 locuitori	10,6
Peste 250000 locuitori	17,8

De asemenea, subiecții care locuiesc în zone integrate au o tendință mai mare de a suferi de o dizabilitate sau afecțiune cronică decât cei proveniți din zone izolate. Tendința este cu atât mai mare cu cât zona este percepută ca având o stare proastă de sănătate. Este de menționat că starea de sănătate a comunității provine din evaluările făcute de subiecți și nu pe metode obiective de identificare.

**Graficul 4.4.** Procentul populației cu dizabilități sau boli cronice în funcție de zona de locuire





## 5. Accidente

7.4% dintre subiecți au avut un accident în cele 12 luni premergătoare interviului. Categoria de vârstă cea mai expusă riscului de accidente este de 45 de ani și peste.

**Tabloul 5.1.** Distribuția populației în funcție de experiența unui accident în ultimele 12 luni, pe categorii de vârstă

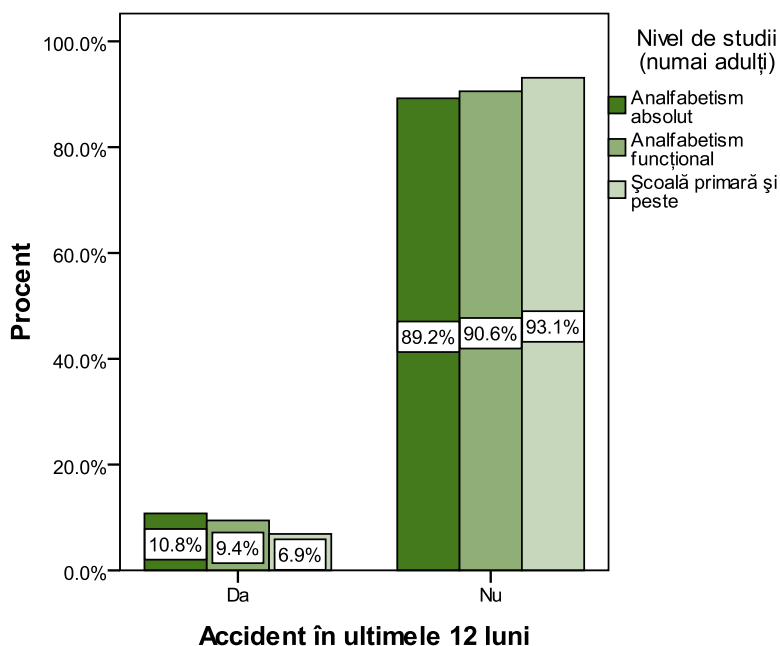
	Accidente în ultimele 12 luni	Niciun accident în ultimele 12 luni	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>7,4</b>	<b>92,6</b>	<b>100</b>	<b>(2.616)</b>
<b>Minori și adulți</b>				
Minori	6,5	93,5	100	(1.024)
Adulți	8,0	92,0	100	(1.592)
<b>Categorii de vârstă</b>				
0 – 9 ani	6,8	93,2	100	(510)
10 – 15 ani	6,2	93,8	100	(514)
16 – 29 ani	3,4	96,6	100	(503)
30 – 44 ani	8,1	91,9	100	(656)
45 de ani și peste	15,2	84,8	100	(433)

Repartiția pe gen a accidentelor arată că bărbații au avut cu 10% mai multe accidente decât femeile în ultimul an (Graficul 5.1).

De asemenea, repartiția nu este uniformă pe nivel de educație atins. Persoanele analfabete și cu studii primare neterminate sunt mai expuse decât restul populației la accidente (Graficul 5.2).

**Graficul 5.1.** Distribuția procentuală a accidentelor suferite în ultimele 12 luni în funcție de gen



**Graficul 5.2.** Distribuția procentuală a accidentelor suferite în ultimele 12 luni în funcție de nivelul de studii

Cele mai multe accidente se petrec în gospodărie (peste jumătate), la școală sau la muncă (17,5%) și în afara gospodăriei (9,4%, accidentele de mașină nefiind incluse). Două din trei accidente suferite de persoanele de 30-44 de ani se petrec acasă, procentul fiind apropiat pentru cei peste 45 de ani.

**Tabelul 5.2.** Procentul din populație care a suferit accident în ultimele 12 luni în funcție de locul accidentului și categoria de vârstă a victimelor

	Acasă, pe scări, la intrarea în casă	Afară, accident de mașină	Afară, cu excepția accidentelor de mașină	La școală sau muncă	Alt loc	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>57,2</b>	<b>6,2</b>	<b>9,4</b>	<b>17,5</b>	<b>9,7</b>	<b>100,0</b>	<b>(265)</b>
0 – 9 ani	60,2	0,0	9,2	21,5	9,1	100	(68)
10 – 15 ani	42,4	14,0	6,3	21,9	15,4	100	(52)
16 – 29 ani	32,0	15,3	4,7	28,8	19,3	100	(30)
30 – 44 ani	66,0	3,9	4,7	16,8	8,5	100	(46)
45 de ani și peste	64,6	4,7	17,7	8,5	4,5	100	(69)

Accidentele avute de minori au constat în leziuni superficiale (contuzii, zgârâieturi sau tăieturi superficiale) în două treimi din cazuri. Frecvent s-au înregistrat și leziuni profunde, fracturi sau tăieturi adânci (17,1% din cazuri) și arsuri (17,6% din cazuri). Copiii între 0 și 9 ani au suferit mai multe leziuni superficiale în urma accidentelor decât cei între 10 și 15 ani, care au fost de trei ori mai afectați de fracturi sau tăieturi adânci. Se remarcă, de asemenea, că, dintre persoanele care au suferit accidente în ultimul an, proporția femeilor care au avut arsuri a fost mai mare decât proporția bărbaților.

**Tabelul 5.3.**

	Contuzii, zgârâieturi sau tăieturi superficiale	Fracturi sau tăieturi profunde	Intoxicare	Arsuri	Alte efecte	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>68,2</b>	<b>17,1</b>	<b>1,1</b>	<b>17,6</b>	<b>2,0</b>	<b>(120)</b>
<b>Grupe de vârstă</b>						
0 – 9 ani	83,3	8,2	0,0	13,5	0,0	(68)
10 – 15 ani	50,8	27,3	2,4	22,3	4,3	(52)
<b>Gen</b>						
Bărbat	70,9	21,7	1,4	8,9	4,4	(57)
Femeie	65,9	13,2	0,9	24,9	0,0	(63)

## 6. Principalele limitări în activitățile realizate în fiecare zi

14,5% din populația studiată a declarat că a trebuit să își limiteze activitatea în ultimele 2 săptămâni datorită unor probleme de sănătate. Procentul persoanelor care a trebuit să își limiteze activitatea a fost mai mare la adulți decât la minori, la femei decât la bărbați și la populația de peste 45 de ani decât la celelalte grupe de vârstă.

**Tablelul 6.1.** Procentul populației rome care a trebuit să își limiteze activitatea în ultimele 2 săptămâni din cauza unor probleme de sănătate, în funcție de gen și categorii de vârstă

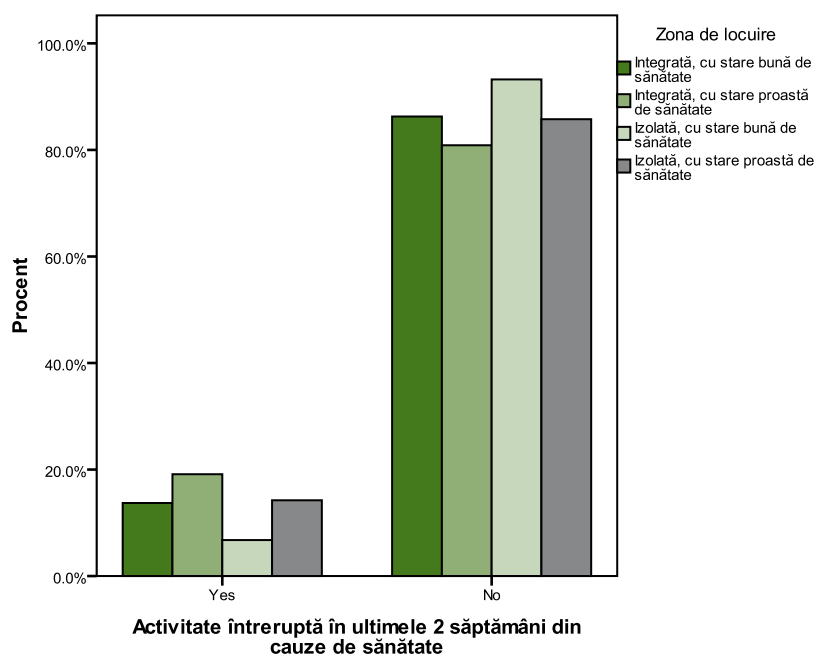
	A redus activitatea în ultimele 2 săptămâni	Nu a redus activitatea în ultimele 2 săptămâni	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>14,5</b>	<b>85,5</b>	<b>100</b>	<b>(2.616)</b>
<b>Minori și adulți</b>				
Minori	11,6	88,4	100	(1.024)
Adulți	16,5	83,5	100	(1.592)
<b>Gen</b>				
Bărbat	13,9	86,1	100	(1.275)
Femeie	15,1	84,9	100	(1.341)
<b>Grupe de vârstă</b>				
0 – 9 ani	12,4	87,6	100	(510)
10 – 15 ani	10,8	89,2	100	(514)
16 – 29 ani	7,3	92,7	100	(503)
30 – 44 ani	13,5	86,5	100	(656)
45 de ani și peste	36,7	63,3	100	(433)

Persoanele care trăiesc în localități de mai puțin de 5000 de locuitori au fost expuse în proporție mai mare limitării de activitate decât restul populației. La fel, limitarea activității s-a întâlnit mai mult la cei care locuiesc în barăci decât la restul populației. Observația trebuie tratată cu precauție, dat fiind numărul mic de subiecți care locuiesc în barăci (mai puțin de 1% din eșantion).

**Tabelul 6.2.** Procentul populației care a trebuit să își întrerupă activitatea în ultimele 12 luni datorită problemelor de sănătate, în funcție de mărimea localității și de tipul de locuință

	A redus activitatea în ultimele 2 săptămâni	Nu a redus activitatea în ultimele 2 săptămâni	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>14,5</b>	<b>85,5</b>	<b>100</b>	<b>(2.616)</b>
<b>Mărimea localității</b>				
Sub 5000 de locuitori	23,6	76,4	100	(203)
5001 – 10000 locuitori	7,5	92,5	100	(633)
10001 – 25000 locuitori	18,7	81,3	100	(182)
25001 – 50000 locuitori	20,2	79,8	100	(146)
50001 – 100000 locuitori	12,1	87,9	100	(363)
100001 – 250000 locuitori	7,4	92,6	100	(233)
Peste 250000 de locuitori	12,9	87,1	100	(856)
<b>Locuință</b>				
Casă sau apartament standard	16,0	84,0	100	(1.233)
Locuință sub standard	10,7	89,3	100	(1.278)
Barăci	38,5	61,5	100	(21)

În privința zonei de locuire, se observă o limitare a activității persoanelor mai frecventă acolo unde zona sau cartierul este evaluat de subiecți ca având o stare proastă de sănătate. 19,1% dintre locuitorii din zone și cartiere integrate, cu stare proastă de sănătate și-au limitat activitatea în ultimele 2 săptămâni, față de 14,2% din zone izolate, cu sănătate proastă, 13,7% din zone integrate, cu sănătate bună și numai 6,8% din zone izolate, cu stare bună de sănătate.

**Graficul 6.1.** Distribuția populației care a trebuit să își limiteze activitatea în ultimele 2 săptămâni în funcție de zona de locuire

Durerile de cap, durerile de oase, coloană sau articulații și problemele cu gâtul, răceala sau gripa au fost cele mai importante simptome asociate limitării de activitate. Simptomele au fost diferite pentru minori și adulți. În cazul minorilor, problemele cele mai frecvente au avut de a face cu aparatul respirator. 4 din 5 minori au acuzat probleme cu gâtul, tuse, răceală sau gripă. Al doilea simptom ca frecvență pentru persoanele sub 14 ani a fost febra, identificată de 52,9% dintre subiecți. O incidență mai mică au avut-o diareea sau problemele intestinale (15,3% din cazuri) și durerile de cap (12,7%). Populația adultă a prezentat o diversitate mai mare a simptomelor. Pe primul loc s-au situat durerile de cap (57,6%) și durerile de oase sau articulații (52,3%), urmate de durerile de piept (34%), nervozitate, depresie sau tulburări de somn (26,7%) și durerile de urechi (24,7%, de trei ori mai frecvente decât în cazul minorilor). Mai mult de unul din zece subiecți care și-au limitat activitatea s-au confruntat cu oboseală, probleme stomacale, digestive, de ficat sau de vezică și probleme cu gâtul, tuse, răceală sau gripă.

**Tabelul 6.3.** Procentul populației rome care a trebuit să își întrerupă activitatea în ultimele 2 săptămâni, în funcție de simptom

	Minori	Adulți	Total
Dureri de oase, coloană vertebrală sau articulații	6,6	52,3	37,2
Nervozitate, depresie sau tulburări de somn	8,3	26,7	20,6
Probleme cu gâtul, tuse, răceală sau gripă	83,1	13,9	36,8
Durere de cap	12,7	57,6	42,8
Contuzii, tăieturi sau zgârâieturi	2,6	1,0	1,5
Durere de ureche	8,3	24,7	19,3
Diaree sau probleme intestinale	15,3	2,3	6,6
Mâncărime, alergii	1,1	3,6	2,8
Discomfort la rinichi sau urinar	0,0	8,3	5,6
Probleme stomacale, digestive, de ficat sau vezică	0,1	15,1	10,2
Febră	52,9	4,3	20,3
Probleme cu dinții sau gingiile	0,8	1,1	1,0
Amețeală sau leșin (numai adulții)	-	12,8	8,6
Dureri de piept (numai adulții)	-	34,0	22,7
Entorse (numai adulți)	-	7,9	5,3
Sufocare, probleme de respirație (numai adulții)	-	12,2	8,2
Oboseală nejustificată (numai adulții)	-	15,6	10,5
Vomitare (numai minorii)	5,9	-	15,1
Durere abdominală (numai minorii)	3,8	-	1,2
Alte dureri sau simptome	3,4	0,0	1,1
<b>Bază (N)</b>	<b>(96)</b>	<b>(212)</b>	<b>(308)</b>

Distribuția pe gen a simptomelor arată că bărbații prezintă în proporție mai mare probleme ale aparatului respirator, probleme stomacale și digestive, nervozitate, depresie sau tulburări de somn, febră și dureri de urechi, în vreme ce femeile au în proporție mai mare dureri de oase, coloană sau articulații, dureri în piept și dureri de cap.

**Tabelul 6.4.** Procentul populației rome care a trebuit să își întrerupă activitatea în ultimele 2 săptămâni, în funcție de simptom și gen

	Bărbat	Femeie	Total
Dureri de oase, coloană vertebrală sau articulații	19,4	52,9	37,2
Nervozitate, depresie sau tulburări de somn	28,0	14,1	20,6
Probleme cu gâtul, tuse, răceală sau gripă	51,0	24,2	36,8
Durere de cap	30,6	53,5	42,8
Contuzii, tăieturi sau zgârâieturi	1,5	1,6	1,5
Durere de ureche	23,1	15,9	19,3
Diaree sau probleme intestinale	7,7	5,5	6,6
Mâncărime, alergii	2,8	2,8	2,8
Disconfort la rinichi sau urinar	7,3	4,1	5,6
Probleme stomacale, digestive, de ficat sau vezică	18,7	2,6	10,2
Febră	28,8	12,9	20,3
Probleme cu dinții sau gingiile	0,3	1,6	1,0
Amețeală sau leșin (numai adulții)	7,2	9,9	8,6
Dureri de piept (numai adulții)	8,8	35,1	22,7
Entorse (numai adulți)	4,1	6,3	5,3
Sufocare, probleme de respirație (numai adulții)	7,5	8,8	8,2
Oboseală nejustificată (numai adulții)	10,9	10,0	10,5
Vomitare (numai minorii)	21,0	9,9	15,1
Durere abdominală (numai minorii)	2,6	0,1	1,2
Alte dureri sau simptome	2,4	0,0	1,1
<b>Bază (N)</b>	<b>(147)</b>	<b>(161)</b>	<b>(308)</b>

Dacă minorii reprezintă categoria cea mai afectată de răceală, gripă, tuse și probleme cu gâtul, simptomele se reduc semnificativ odată cu înaintarea în vârstă, observându-se totuși o resurgență la persoanele de peste 45 de ani. Febra este un alt simptom care scade semnificativ după 15 ani. Diareea și problemele intestinale, care au fost asociate limitării activității în cazul a 22,7% dintre persoanele de până la 9 ani și 6,4% dintre persoanele între 10 și 15 ani, nu este menționată nici măcar o dată pentru subiecții din categoria de vârstă imediat următoare, 16-29 de ani. În schimb, aceștia se confruntă cu dureri de urechi într-o proporție neîntâlnită nici în cazul minorilor, nici în cazul populației de peste 30 de ani. Practic, mai mult de unul din trei subiecți din această grupă de vârstă acuză dureri de urechi. La populația de 16-29 de ani se constată, de asemenea, o creștere a nervozității, tulburărilor de somn și depresiei (13,6% față de numai 5,3% pentru subiecții cu vârstă de 10-15 ani), simptome care vor deveni comune unui număr mai mare de persoane o dată cu înaintarea în vârstă (ajungând să fie resimțite de 37,8% dintre persoanele de 30-44 de ani). La grupa de vârstă 30-44 de ani se observă o frecvență de 5 ori mai mare a durerilor de cap, acuzate de 84,3% dintre persoanele care și-au întrerupt activitatea; aceeași tendință se înregistrează și în cazul problemelor stomacale și digestive (33,8%) și durerilor în piept (31%); se diminuează însă proporția persoanelor dureri de urechi (31,9% de la 71,4%) și probleme respiratorii.

**Tabelul 6.5.** Procentul populației care a trebuit să își întrerupă activitatea în ultimele 2 săptămâni, în funcție de simptom și categorie de vârstă

	0 – 9 ani	10 – 15 ani	16 – 29 ani	30 – 44 ani	45 ani și peste	Total
Dureri de oase, coloană vertebrală sau articulații	3,7	10,1	12,6	43,4	70,9	37,2
Nervozitate, depresie sau tulburări de somn	10,8	5,3	13,6	37,8	23,7	20,6
Probleme cu gâtul, tuse, răceală sau gripă	84,1	82,0	7,0	4,8	22,1	36,8
Durere de cap	8,7	17,4	17,8	84,3	52,9	42,8
Contuzii, tăieturi sau zgârâieturi	1,9	3,3	0,0	1,7	0,9	1,5
Durere de ureche	11,5	4,6	71,4	31,9	4,8	19,3
Diaree sau probleme intestinale	22,7	6,4	0,0	3,5	2,2	6,6
Mâncărime, alergii	0,0	2,4	0,0	2,2	5,8	2,8
Disconfort la rinichi sau urinar	0,0	0,0	6,0	4,9	11,4	5,6
Probleme stomacale, digestive, de ficat sau vezică	0,2	0,0	1,3	33,8	7,3	10,2
Febră	42,7	65,2	3,8	2,3	5,7	20,3
Probleme cu dinții sau gingiile	1,5	0,0	0,0	1,2	1,3	1,0
Amețeală sau leșin (numai adulții)	0,0	0,0	10,1	4,6	19,1	8,6
Dureri de piept (numai adulții)	0,0	0,0	0,0	31,0	46,9	22,7
Entorse (numai adulți)	0,0	0,0	6,1	1,0	13,0	5,3
Sufocare, probleme de respirație (numai adulții)	0,0	0,0	7,5	0,6	21,4	8,2
Oboseală nejustificată (numai adulții)	0,0	0,0	2,6	6,3	26,0	10,5
Vomitare (numai minorii)	8,8	2,4	14,9	36,4	10,1	15,1
Durere abdominală (numai minorii)	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2
Alte dureri sau simptome	1,2	6,1	0,0	0,0	0,0	1,1
<b>Bază (N)</b>	<b>(55)</b>	<b>(41)</b>	<b>(22)</b>	<b>(57)</b>	<b>(133)</b>	<b>(308)</b>





## 7. Consumul de medicamente

### 7.1. Tipuri de medicamente

Principalele categorii de medicamente consumate de minorii incluși în studiu au fost cele împotriva răcelii și gripei (37% din populația totală de minori), analgezicele și antipireticele (33,2%), vitaminele și mineralele (17,9%) și antibioticele (15,2%). Se remarcă, de asemenea, că o mare parte dintre acestea au fost luate fără rețetă.

**Tabelul 7.1.** Procentul de minori care a consumat medicamente în ultimele două săptămâni, în funcție de tipul de medicament și de existența unei rețete

	Rata de consum	Rata de autoconsum	Bază (N) consumatori minori
Răceală, gripă, dureri de gât, bronșită	37,0	33,4	(362)
Împotriva durerii sau reducerea febrei	33,2	27,7	(285)
Tonice precum vitaminele și mineralele	17,9	15,9	(126)
Laxative	0,2	0,2	(2)
Antibiotice	15,2	14,6	(143)
Calmante, relaxanți, somnifere	5,8	5,7	(11)
Medicamente pentru alergii	4,1	3,9	(62)
Medicamente pentru oprirea diareei	4,9	4,2	(71)
Medicamente pentru oprirea stării de vomă	2,8	2,5	(39)

În rândul consumatorilor minori, se remarcă o diferență importantă de gen: cu excepția antialergicilor și laxativelor, rata de consum este mai mare la băieți decât la fete la toate tipurile de medicamente. În cazul antibioticelor, rata de consum la băieți este de aproape două ori mai mare decât la fete (19,5% față de 10,5%).

**Tabelul 7.2.** Procentul de minori care a consumat medicamente în ultimele două săptămâni, în funcție de tipul de medicament, de gen și de existența unei rețete

	Bărbat		Femeie	
	Rată de consum	Rată de autoconsum	Rată de consum	Rată de autoconsum
Răceală, gripă, dureri de gât, bronșită	43,3	39,7	30,0	26,6
Împotriva durerii sau reducerea febrei	39,3	32,0	26,5	23,0
Tonice precum vitaminele și mineralele	18,3	17,1	17,5	14,6
Laxative	0,0	0,0	0,3	0,3
Antibiotice	19,5	19,1	10,5	9,7
Calmante, relaxanți, somnifere	10,6	10,4	0,6	0,5
Medicamente pentru alergii	2,8	2,8	5,5	5,1
Medicamente pentru oprirea diareei	5,0	4,2	4,7	4,1
Medicamente pentru oprirea stării de vomă	3,3	3,0	2,3	2,0

Rata de consum a tuturor medicamentelor descrește la categoria de vârstă 10-15 ani față de 0-9 ani, excepție făcând laxativele. Cu 15% mai puțini minori consumă medicamente pentru tratarea răcelii și gripei, cu 17,5% mai puțini consumă analgezice și antipiretice, cu 13,1% mai puțini folosesc antibiotice, iar proporția consumatorilor de calmante, relaxanți și somnifere scade de la 10,5% la 0,9%.

**Tabelul 7.3.** Procentul de minori care a consumat medicamente în ultimele două săptămâni, pe categorii de vârstă

	0 – 9 ani		10 – 15 ani	
	Rata de consum	Rata de autoconsum	Rata de consum	Rata de autoconsum
Răceală, gripă, dureri de gât, bronșită	44,3	39,8	29,3	26,7
Împotriva durerii sau febrei	41,7	38,1	24,2	16,8
Tonice precum vitaminele și mineralele	22,9	22,2	12,6	9,3
Laxative	0,0	0,0	0,3	0,3
Antibiotice	21,6	20,9	8,5	8,0
Calmante, relaxanți, somnifere	10,5	10,5	0,9	0,6
Medicamente pentru alergii	4,7	4,4	3,4	3,4
Medicamente pentru oprirea diareei	6,9	6,0	2,7	2,2
Medicamente pentru oprirea stării de vomă	3,7	3,6	1,8	1,3

Subiecții adulți au consumat în cele două săptămâni anterioare interviului medicamente pentru răceală, gripă, dureri în gât și disconfort bronhial (cu excepția antibioticelor) în proporție de 39,9%, analgezice sau medicamente pentru reducerea febrei (31,2%), medicamente pentru tensiunea arterială (21,9%), antibiotice (19,3%), anticoncepționale (18,9%), medicamente pentru probleme cardiace (17,7%) și pentru reumatism (16,5%). Un consum foarte mic s-a înregistrat la antidepresive și medicamente pentru scăderea în greutate. La fel ca în cazul minorilor, o mare parte din tratamente au fost obținute fără prescripția medicului.

**Tabelul 7.4.** Procentul de adulți care a consumat medicamente în ultimele 2 săptămâni, în funcție de tipul de medicamente

	Rata de consum	Rata de autoconsum	Bază (N) consumatori adulți
Răceală, gripă, dureri în gât	39,9	22,3	(560)
Împotriva durerii și/sau febrei	31,2	13,7	(347)
Tonice precum vitamine și minerale	14,7	8,0	(127)
Laxative	3,5	0,4	(27)
Antibiotice	19,3	15,8	(253)
Tranchilizante, pastile de relaxare, somnifere	8,6	8,7	(66)
Antialergice	3,9	4,3	(36)
Antidiareice	5,0	2,5	(75)
Antireumatice	16,5	15,7	(177)
Medicamente pentru inimă	17,7	18,7	(203)
Medicamente pentru tensiune arterială	21,9	22,9	(230)
Medicamente pentru problemele tractului digestiv	5,2	3,5	(76)
Antidepresive, stimulenți	1,9	1,9	(27)
Anticoncepționale	18,9	18,5	(203)
Medicamente înlocuitori de hormoni	1,2	1,2	(19)
Medicamente pentru scăderea în greutate	1,6	0,5	(18)
Medicamente pentru scăderea colesterolului	10,5	10,9	(107)
Antidiabetice	8,5	9,0	(85)
Altele	14,0	9,5	(221)

Bărbații au o rată de consum mai mare decât femeile la aproape tipurile de medicamente (excepție făcând medicamentele asociate patologiei cardiace și, evident, contraceptivele). Diferența de consum este cu 10% sau mai mare în cazul antibioticelor, antialergicilor și analgezicilor sau medicamentelor pentru reducerea temperaturii. Se observă o diferență consistentă și în rata de consum a antidiabeticilor (13,3% pentru bărbați față de numai 6,4% pentru femei). Femeile, în schimb, au o rată de consum mai mare la pastilele pentru inimă (18,5% față de 15,8%) și pentru reducerea colesterolului (11,6% față de 7,9%).

**Tabelul 7.5.** Procentul de adulți care a consumat medicamente în ultimele 2 săptămâni, în funcție de tipul de medicamente și gen

	Bărbați		Femei	
	Rata de consum	Rata de autoconsum	Rata de consum	Rata de autoconsum
Răceală, gripă, dureri în gât	44,2	34,6	38,1	18,5
Împotriva durerii și/sau febrei	38,4	25,5	28,2	10,0
Tonice precum vitamine și minerale	21,1	10,1	12,0	7,3
Laxative	8,6	0,4	1,4	0,4
Antibiotice	26,4	29,7	16,4	11,5
Tranchilizante, pastile de relaxare, somnifere	6,7	7,6	9,4	9,1
Antialergice	10,9	14,9	1,0	1,0
Antidiareice	5,8	4,3	4,7	2,0
Antireumatice	18,6	21,7	15,6	13,8
Medicamente pentru inimă	15,8	20,9	18,5	18,1
Medicamente pentru tensiune arterială	24,5	31,8	20,8	20,2
Medicamente pentru problemele tractului digestiv	6,5	5,7	4,6	2,9
Antidepresive, stimulenți	3,8	4,7	1,2	1,0
Anticoncepționale	0,0	0,0	26,9	24,2
Medicamente înlocuitori de hormoni	0,0	0,0	1,7	1,6
Medicamente pentru scăderea în greutate	0,8	0,2	1,9	0,6
Medicamente pentru scăderea colesterolului	7,9	10,4	11,6	11,1
Antidiabetice	13,3	17,4	6,4	6,4
Altele	17,9	15,6	12,3	7,6

Grupa de vârstă 16-29 de ani înregistrează cea mai mare rată de consum din rândul populației adulte la anticoncepționale (28,3%) și vitamine și minerale (23,8%). Categoria de vârstă 30-44 de ani deține rata de consum cea mai mare din rândul populației adulte la antibiotice (23,5%) și antialergice (6,5%) și se remarcă printr-un consum semnificativ de medicamente împotriva răcelii și gripei (rată de consum 47,3%). Cum era de așteptat, populația peste 45 de ani înregistrează ratele cele mai mari la consumul de medicamente pentru mai multe tipuri de afecțiuni cronice, între care bolile de inimă (45,4%), problemele cu tensiunea arterială (55,2%), reumatismul (40,6%), și pentru patologia asociată (hipercolesterolemia – 27,9% și diabetul - 17%). De asemenea, rata de consum a medicamentelor pentru reducerea colesterolului este mai mare la populația peste 45 de ani decât pentru celelalte categorii de vârstă, fiind utilizate de un sfert din cei care au luat medicamente în cele două săptămâni dinaintea interviului.

**Tabelul 7.6.** Procentul de adulți care a consumat medicamente în ultimele 2 săptămâni, în funcție de tipul de medicamente și categorii de vârstă

	16 – 29 de ani		30 – 44 ani		45 ani și peste	
	Rata de consum	Rata de autoconsum	Rata de consum	Rata de autoconsum	Rata de consum	Rata de autoconsum
Răceală, gripă, dureri în gât	23,9	18,7	47,3	22,8	47,8	25,6
Împotriva durerii și/sau febrei	21,5	9,2	38,1	16,4	32,4	14,6
Tonice precum vitamine și minerale	23,8	8,1	10,1	6,8	10,7	9,5
Laxative	0,3	0,0	6,4	0,3	3,1	0,9
Antibiotice	15,8	13,2	23,5	19,3	17,2	13,6
Tranchilizante, pastile de relaxare, somnifere	2,2	2,4	7,1	6,8	18,8	18,4
Antialergice	1,2	1,4	6,5	7,0	3,3	3,4
Antidiareice	2,9	1,1	4,6	1,6	8,3	5,3
Antireumatice	3,0	3,1	11,5	10,2	40,6	37,4
Medicamente pentru inimă	1,5	1,7	12,5	13,1	45,4	45,5
Medicamente pentru tensiune arterială	5,1	5,8	13,5	13,2	55,2	55,8
Medicamente pentru problema digestivă	1,7	1,4	6,5	4,4	7,2	4,7
Antidepresive, stimulenți	1,5	1,7	1,5	1,2	3,2	3,1
Anticonceptionale	28,3	30,1	23,5	22,4	0,6	0,1
Medicamente înlocuitori de hormoni	0,2	0,2	2,5	2,5	0,5	0,5
Medicamente pentru scăderea în greutate	1,6	0,0	2,0	0,3	1,1	1,2
Medicamente pentru scăderea colesterolului	2,8	3,2	5,2	5,2	27,9	27,7
Antidiabetice	1,1	1,1	8,7	9,2	17,0	17,3
Altele	8,1	5,4	12,1	7,3	23,9	17,1

## 7.2. Consumul de medicamente

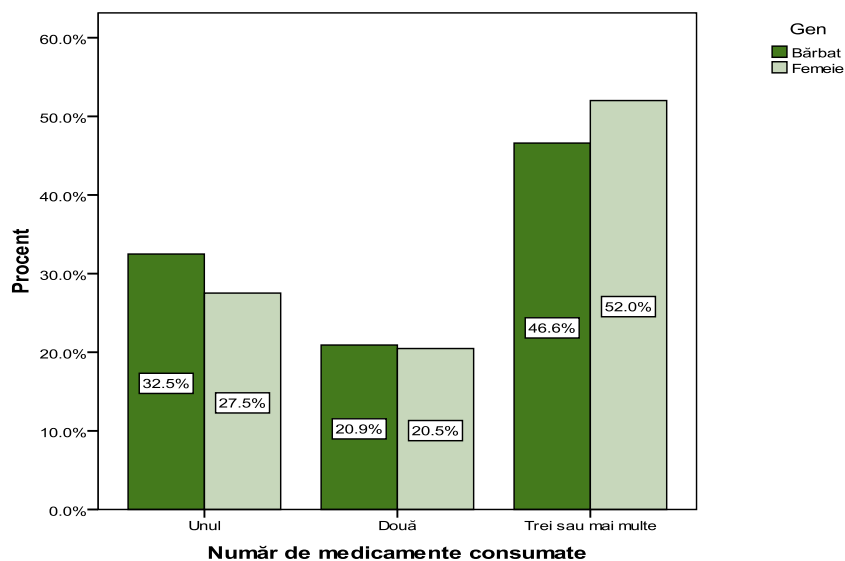
Din populația adultă studiată, 62,8% a consumat cel puțin un medicament în ultimele 2 săptămâni. Se remarcă o diferență semnificativă atât pe gen cât și pe categorii de vârstă. Astfel, jumătate din bărbați și numai un sfert din femei nu au consumat niciun medicament, iar grupa de vârstă 16-29 de ani a înregistrat cea mai crescută proporție de non-consumatori.

**Tabelul 7.7.** Procentul populației adulte care a consumat medicamente în ultimele 2 săptămâni

	Nu a consumat	A consumat	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>37,2</b>	<b>62,8</b>	<b>100,0</b>	<b>(2.616)</b>
<b>Gen</b>				
Bărbat	51,3	48,7	100,0	(1.275)
Femeie	25,0	75,0	100,0	(1.341)
<b>Grupe de vârstă</b>				
16 – 29 de ani	53,0	47,0	100,0	(503)
30 – 44 ani	34,6	65,4	100,0	(656)
45 de ani și peste	16,5	83,5	100,0	(433)

Consumul de medicamente crește o dată cu înaintarea în vârstă. Un indicator în acest sens îl reprezintă vârsta medie a populației consumatoare de medicamente, cu aproape 9 ani mai mare decât a celei care nu a consumat medicamente în ultimele două săptămâni (39 ani față de 30,29 ani). Femeile tind să consume medicamente de la o vârstă mai scăzută decât bărbații (vârsta medie 37,79 față de 41,14). De asemenea, pentru toate categoriile de vârstă, femeile consumă în medie mai multe medicamente decât bărbații. Mai mult de jumătate dintre femeile adulte chestionate au declarat că în ultimele două săptămâni au consumat trei sau mai multe medicamente.

**Graficul 7.1.** Procentul populației consumatoare adulte, în funcție de gen și numărul de medicamente consumate în ultimele 2 săptămâni



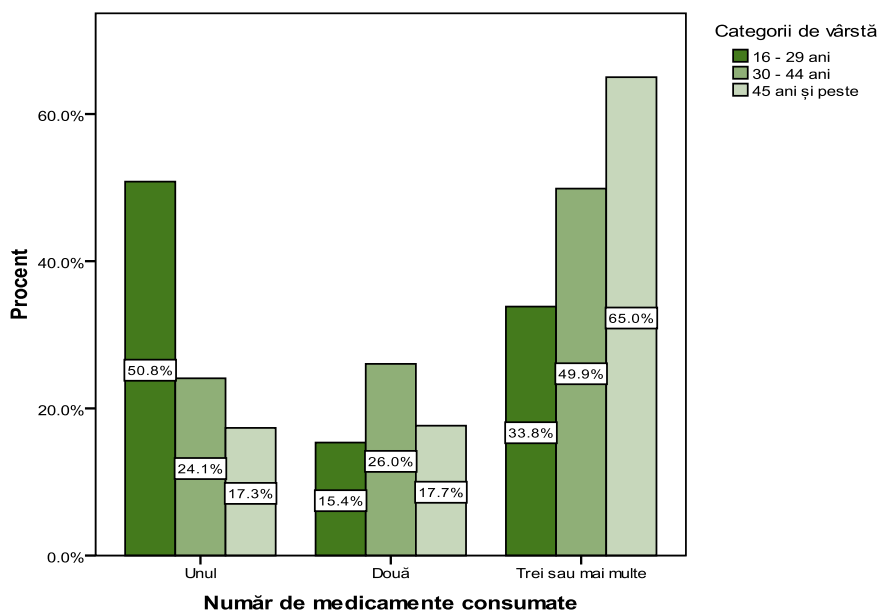
Unul din doi consumatori de medicamente cu vârstă între 16 și 29 de ani a utilizat un singur medicament în ultimele două săptămâni, în vreme ce unul din doi subiecți de 30-44 de ani și aproape doi din trei cu vârsta de peste 45 de ani au consumat trei sau mai multe medicamente.

### 7.3. Consumul de medicamente pe bază de auto-administrare

Unul din doi subiecți adulți care au consumat medicamente în ultimele două săptămâni nu au avut tratamentul prescris de doctor. Se observă o diferență semnificativă între femei și bărbați. Astfel, 64,2% dintre bărbați și doar 35% dintre femei au consumat numai medicamentele prescrise de doctor. Autoconsumul crește odată cu înaintarea în vârstă. Dacă numai o treime din populația de 16-29 ani utilizează automedicația, procentul crește la 52,8% pentru categoria de vârstă imediat următoare (30-44 ani) și 76,3% pentru cei peste 44 de ani. (Graficul 7.2.)

Vârsta medie a celor care nu consumă medicamente fără prescrierea medicului este de 31,17 ani, în vreme ce vârsta medie a celor care practică automedicația este 40,09 ani, fiind mai ridicată pentru bărbați (44,29 ani). Deși automedicația este mai răspândită și începe de la o vârstă mai mică pentru femei, bărbații care consumă medicamente fără rețetă au tendința de a consuma mai mult de unul în același timp (69,1% dintre bărbați față de 63,7% dintre femei). (Tabel 7.8.)

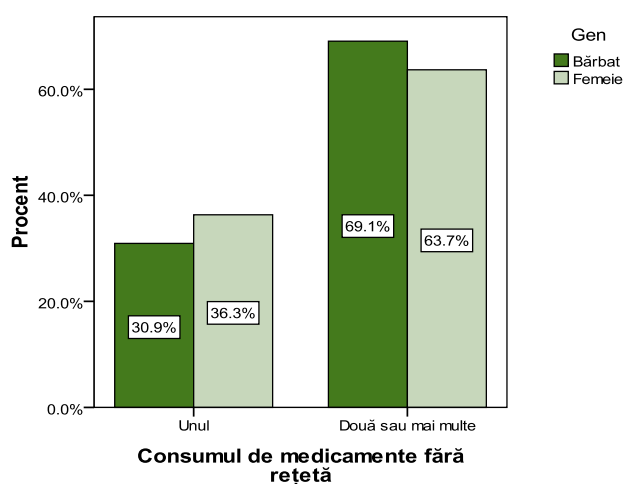
**Graficul 7.2.** Procentul populației consumatoare adulte, în funcție de numărul de medicamente consumate în ultimele 2 săptămâni și categorii de vârstă



**Tabelul 7.8.** Procentul populației adulte care practică automedicația

	Fără automedicație	Automedicație	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>48,6</b>	<b>51,4</b>	<b>100,0</b>	<b>(2616)</b>
<b>Gen</b>				
Bărbat	64,2	35,8	100,0	(1275)
Femeie	35,0	65,0	100,0	(1341)
<b>Grupe de vârstă</b>				
16 – 29 ani	65,6	34,4	100,0	(503)
30 – 44 ani	47,2	52,8	100,0	(656)
45 ani și peste	23,7	76,3	100,0	(433)

**Graficul 7.3.** Distribuția automedicației în funcție de numărul de medicamente și gen



## 8. Consultațiile medicale

### 8.1. Ultima vizită la medic

88,5% dintre minorii incluși în studiu au fost cel puțin o dată la doctor în ultimele 12 luni, în vreme ce 7,8% au mers la medic ultima dată cu mai mult de un an în urmă. Numai 3,8% dintre minori nu au efectuat nicio vizită la medic. În privința populației generale, se observă că unul din cinci subiecți a fost la doctor ultima dată cu un an sau mai mult în urmă.

**Tabelul 8.1.** Distribuția minorilor în funcție de timpul scurs de la ultima vizită la medic, pe grupe de vârstă și raportat la populația totală

	0 – 9 ani	10 – 15 ani	Minori	Populația totală
În ultimele două săptămâni	33,3	16,0	24,9	18,6
Mai mult de două săptămâni, dar mai puțin de o lună	24,7	24,9	24,8	22,0
Mai mult de o lună, dar mai puțin de un an	26,5	51,7	38,8	36,7
Cu un an sau mai mult în urmă	9,3	6,2	7,8	19,2
Nu a fost niciodată la doctor	6,2	1,2	3,8	3,5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(510)</b>	<b>(1.024)</b>	<b>(1.534)</b>	<b>(2.616)</b>

Frecvența vizitelor la medic crește odată cu înaintarea în vârstă. Dacă numai 4% dintre persoanele cu vârsta între 16 și 29 de ani și 13,8% dintre persoanele cu vârsta între 30 și 44 de ani au efectuat o vizită medicală în ultimele două săptămâni, procentul ajunge la 31,7 pentru persoanele de peste 45 de ani. De asemenea, proporția celor care nu au fost niciodată la medic scade de la 5,2% pentru grupa de vârstă 16-29 de ani până la 0,9% pentru populația peste 45 de ani.

**Tabelul 8.2.** Distribuția adulților în funcție de timpul scurs de la ultima vizită la doctor, pe categorii de vârstă

	16 – 29 ani	30 – 44 ani	45 ani și peste	Adulți	Populația totală
În ultimele două săptămâni	4,0	13,8	31,7	14,3	18,6
Mai mult de două săptămâni, dar mai puțin de o lună	12,0	21,5	30,9	20,2	22,0
Mai mult de o lună, dar mai puțin de un an	42,4	33,9	26,3	35,2	36,7
Cu un an sau mai mult în urmă	36,5	28,1	10,2	27,1	19,2
Nu a fost niciodată la doctor	5,2	2,8	0,9	3,2	3,5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(503)</b>	<b>(656)</b>	<b>(433)</b>	<b>(1.592)</b>	<b>(2.616)</b>

Femeile din eșantion tind să efectueze vizite la doctor mai frecvent decât bărbații. Numai 15,6% dintre femei nu au fost la medic în ultimul an, față de 30% dintre bărbați.



**Tabelul 8.3.** Distribuția populației în funcție de timpul scurs de la ultima vizită la medic, pe gen

	Bărbat	Femeie	Total
În ultimele două săptămâni	20,4	16,9	18,6
Mai mult de două săptămâni, dar mai puțin de o lună	17,4	26,5	22,0
Mai mult de o lună, dar mai puțin de un an	32,1	41,0	36,7
Cu un an sau mai mult în urmă	25,3	13,4	19,2
Nu a fost niciodată la doctor	4,7	2,2	3,5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(1.275)</b>	<b>(1.341)</b>	<b>(2.616)</b>

În privința locuirii, se constată că persoanele care trăiesc în barăci au proporția cea mai mare de vizite la medic în ultimele două săptămâni (37,5%, față de 20,5% în cazul celor care locuiesc în blocuri sau case standard și 14,2% în cazul celor din gospodării substandard). În același timp, persoanele care locuiesc în așezări de barăci au și cel mai ridicat procent al persoanelor care nu au fost niciodată la consultații la doctor (10,2% față de media de 3,5%).

**Tabelul 8.4.** Distribuția adulților în funcție de timpul scurs de la ultima vizită la doctor, pe tip de gospodărie

	Blocuri sau case standard	Gospodării substandard	Așezare de barăci	Total
În ultimele două săptămâni	20,5	14,2	37,5	18,6
Mai mult de două săptămâni, dar mai puțin de o lună	22,5	24,6	16,1	22,0
Mai mult de o lună, dar mai puțin de un an	33,7	38,0	25,1	36,7
Cu un an sau mai mult în urmă	20,0	19,2	11,0	19,2
Nu a fost niciodată la doctor	3,3	4,0	10,2	3,5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(1.233)</b>	<b>(1.278)</b>	<b>(21)</b>	<b>(2.616)</b>

## 8.2. Locul unde s-a desfășurat ultima vizită la medic

Cei mai mulți subiecți care au fost la doctor în ultimele două săptămâni au ales centrele medicale (70,7%), restul vizitelor având loc la cabinetul medical al specialistului (9,7%), la camera de urgență a spitalului (8,3%), la spital internat ambulatoriu (4,6%) sau la domiciliul pacientului (2,6%). Minorii au efectuat mai multe vizite la specialiști decât adulții, iar bărbații decât femeile. Minorii și femeile au fost în proporție mai mică la serviciul de urgență al spitalelor decât adulții, respectiv bărbații.

**Tabelul 8.5.** Distribuția populației care a fost la medic în ultimele două săptămâni, în funcție de locul vizitei, gen și categorii de vârstă

	Grupe de vârstă		Gen		Total
	Minori	Adulți	Bărbat	Femeie	
La centru medical	61,0	82,2	62,7	79,9	70,7
La cabinetul medical al specialistului	12,0	6,9	14,0	4,8	9,7
La spital internat ambulatoriu	6,8	1,9	6,3	2,6	4,6
La camera de urgență a medicului specialist	0,9	1,1	0,9	1,1	1,0
La camera de urgență a spitalului	13,8	1,8	12,8	3,2	8,3
La cabinetul unui medic privat	3,1	1,3	0,4%	4,5%	2,3%
La domiciliul pacientului	2,2	3,0	2,9%	2,3%	2,6%
În alt loc	0,0	1,6		1,6%	,7%
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(184)</b>	<b>(183)</b>	<b>(170)</b>	<b>(197)</b>	<b>(367)</b>

### 8.3. Principalul motiv pentru care a avut loc consultația

62% dintre subiecții care au fost la medic au urmărit diagnosticul și/sau tratamentul, proporția fiind mai mare în rândul minorilor decât al adulților. Cel de al doilea motiv principal de vizită la medic este controlul, menționat de mai mult de un sfert dintre subiecții care au efectuat consultații medicale în ultimele două săptămâni. Vizitele pentru control sunt mai frecvente în cazul adulților decât al copiilor.

**Tabelul 8.6.** Distribuția populației care a fost la medic în ultimele două săptămâni, în funcție de scopul vizitei, gen și categorii de vârstă

	Grupe de vârstă		Gen		Total
	Minori	Adulți	Bărbat	Femeie	
Diagnostic și/sau tratament	73,8	47,7	61,8	62,2	62,0
Control	15,8	38,2	25,4	26,7	26,0
Doar pentru a lua o rețetă	3,5	7,8	5,8	5,0	5,5
Adeverință pentru concediul medical	0,0	,5	0,2	0,3	0,2
Alt motiv	6,8	5,8	6,9	5,7	6,3
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(184)</b>	<b>(183)</b>	<b>(170)</b>	<b>(197)</b>	<b>(367)</b>

### 8.4. Afilierea ultimului medic vizitat

Persoanele care au fost la medic în ultimele două săptămâni au apelat în proporție de 82,9% la serviciile unui medic afiliat Sistemului Național de Sănătate. În rândul minorilor, se remarcă o diferență pe categorii de vârstă. Dacă trei sferturi dintre subiecții cu vârsta sub 9 ani au utilizat serviciile medicilor afiliați Sistemului Național de Sănătate, în categoria imediat următoare, 10-15 ani, procentul este de 96%. Medicii afiliați centrelor medicale private au fost consultați de 3,5% dintre adulți și 3,7% dintre minori. Se remarcă, de asemenea, că persoanele sub 9 ani au beneficiat într-o proporție semnificativ mai mare de serviciile medicale oferite de organizații non-guvernamentale sau de voluntariat (6,8% față de media de 2,5% pentru populația generală și 4,7% pentru minori).

**Tabelul 8.7.** Distribuția medicilor consultați în ultimele două săptămâni de minori în funcție de afiliere, pe categorii de vârstă ale subiecților

	0 – 9 ani	10 – 15 ani	Minori	Populația totală
Sistemul Național de Sănătate	75,2	96,0	81,7	82,9
Asigurări private	14,5	0,0	9,9	11,1
Cabinet medical privat	3,5	4,0	3,7	3,5
ONG sau organizație de voluntariat	6,8	0,0	4,7	2,5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(119)</b>	<b>(65)</b>	<b>(184)</b>	<b>(367)</b>

Dintre adulții care au fost la doctor în ultimele două săptămâni, 4 din 5 au apelat la serviciile unui medic din Sistemul Național de Sănătate. În rândul populației de 16-29 de ani, proporția este chiar mai mare. În același timp, proporția celor care au utilizat cabinete medicale private este semnificativ superioară mediei (13,1% față de 3,3% media pentru adulți și 3,5% media întregului eșantion). Populația din grupa de vârstă 30-44 de ani a utilizat asigurările private în proporție mai mare decât restul populației (30% față de 12,4% media pentru adulți). Este remarcabil faptul că niciun subiect de vârstă adultă nu a fost consultat de doctori aparținând organizațiilor non-guvernamentale.

**Tabelul 8.8.** Distribuția medicilor consultați în ultimele două săptămâni de adulți în funcție de afiliere, pe categorii de vârstă ale subiecților

	16 – 29 ani	30 – 44 ani	45 ani și peste	Adulți	Populația totală
Sistemul Național de Sănătate	86,9	67,7	97,0	84,3	82,9
Asigurări private	0,0	30,0	0,9	12,4	11,1
Cabinet medical privat	13,1	2,3	2,0	3,3	3,5
ONG sau organizație de voluntariat	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(30)</b>	<b>(56)</b>	<b>(97)</b>	<b>(183)</b>	<b>(367)</b>

Timpul mediu de deplasare de acasă la cabinetul medical a fost de 30 de minute, dar s-au menționat și situații în care transportul a durat 3 ore (0,9% din cazuri).

### 8.5. Asistență medicală

Din populația interviuată, 7,4% a declarat că în ultimul an ar fi avut nevoie de îngrijire medicală dar nu a primit. Cea mai afectată categorie de vârstă este cea a persoanelor peste 45 de ani, 11,7% din subiecții aparținând acestei grupe de vârstă declarând că nu au primit îngrijire atunci când ar fi avut nevoie. O proporție mai mare de femei nu au primit ajutor medical (7,8% față de 5,8% în cazul bărbaților). De asemenea, persoanele care locuiesc în cartiere sau zone cu o stare de sănătate proastă au fost mai susceptibile să nu primească asistență medicală atunci când ar fi avut nevoie decât persoanele din zone cu o sănătate evaluată de subiecți drept bună. Diferența a fost mai mare pentru locuitorii din cartierele izolate de restul localității.

**Tabelul 8.9.** Distribuția populației în funcție de accesul la îngrijire medicală în caz de nevoie, pe structură de vârstă, gen și locuire

	A avut nevoie, dar nu a primit îngrijire medicală	A avut nevoie și a primit îngrijire medicală	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>7,4</b>	<b>92,6</b>	<b>100</b>	<b>(2.616)</b>
<b>Minori și adulți</b>				
Minori	6,8	93,2	100	(1.024)
Adulți	7,7	92,3	100	(1.592)
<b>Grupe de vârstă</b>				
0 – 9 ani	11,2	88,8	100	(510)
10 – 15 ani	2,1	97,9	100	(514)
16 – 29 ani	4,4	95,6	100	(503)
30 – 44 ani	8,5	91,5	100	(656)
45 ani și peste	11,7	88,3	100	(433)
<b>Gen</b>				
Bărbat	6,7	93,3	100	(1.275)
Femeie	8,0	92,0	100	(1.341)
<b>Cartier sau zonă</b>				
Integrată și cu stare bună de sănătate	6,6	93,4	100	(1.832)
Integrată și cu stare proastă de sănătate	11,5	88,5	100	(453)
Izolată și cu stare bună de sănătate	0,4	99,6	100	(235)
Izolată și cu stare proastă de sănătate	17,4	82,6	100	(29)

Situația economică precară, absența asigurării medicale sau asigurarea medicală insuficientă (care nu acoperă toate serviciile necesare) au reprezentat principalele obstacole cu care populația romă s-a confruntat atunci când a avut nevoie să acceseze serviciile medicale. 26,4% dintre adulții care nu au primit asistență medicală în ultimul an, cu toate că aveau nevoie au declarat că serviciul medical necesar era prea scump, în vreme ce 25,3% au precizat că asigurarea nu acoperea costurile vizitei medicale. Absența asigurării a fost menționată de 14,6% dintre adulți. Subiecții adulți au mai identificat ca

probleme durată mare de așteptare (10,1%) și dificultatea de a obține o programare (4,7%). Peste 10% dintre minorii care aveau nevoie de îngrijire medicală și nu au primit-o s-au aflat în situația de a nu putea obține o programare sau de a nu avea nicio persoană care să îi însoțească la medic.

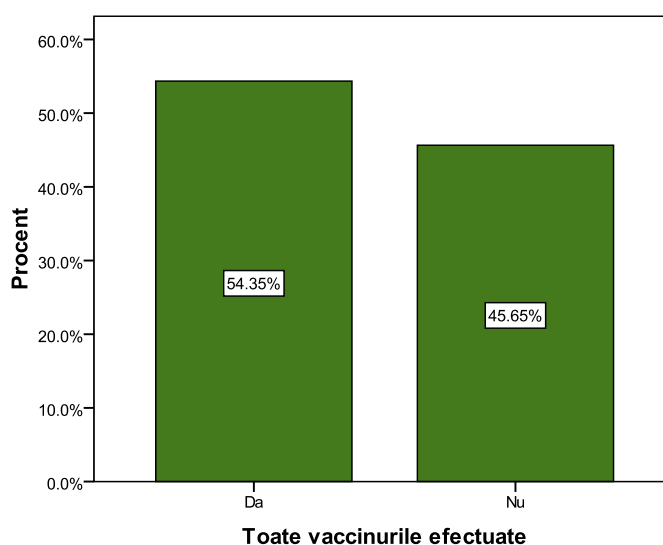
**Tabelul 8.10.** Distribuția populației care ar fi avut nevoie de servicii medicale în ultimele 12 luni, dar nu a primit, în funcție de motiv și structură de vârstă

	Minori	Adulți	Total
Nu a putut obține programare	6,7	4,7	5,5
Nimeni nu a putut să îl/o însoțească la medic	7,6	1,6	3,9
Serviciul era prea scump/nu a avut banii necesari	9,5	26,4	20,0
Nu a avut niciun mijloc de transport	2,0	3,4	2,9
Pacientul/a era prea nervos/nervosă	3,4	0,0	1,3
Asigurarea nu acoperea vizita	38,3	25,3	30,2
Nu a avut asigurare	20,4	14,6	16,8
Ar fi trebuit să aștepte prea mult	1,5	10,1	6,9
Alt motiv	10,6	13,9	12,6
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(44)</b>	<b>(134)</b>	<b>(178)</b>

## 8.6. Programul de vaccinare pentru copii

Părinții a 45,7% dintre minori au declarat că aceștia nu au efectuat toate vaccinurile incluse în Programul Național de Imunizare.

**Tabelul 8.11.** Distribuția minorilor, în funcție de efectuarea vaccinărilor



Mai mult de jumătate dintre minorii care nu au încheiat vaccinările nu au efectuat nici unul din vaccinurile obligatorii și gratuite. În cadrul aceleiași categorii de minori, s-a observat o rată ridicată de nevaccinare împotriva hepatitei B (37,4%), tetanosului (34,4%), oreonului (30,1%) și pojarului (29%).

**Tabelul 8.12.** Proportia minorilor care nu au efectuat imunizarile, în funcție de tipul de vaccin și gen

	Bărbat	Femeie	Total
Difterie	23,9	31,2	27,0
Tetanus	24,9	47,0	34,4
Tuse măgărească	24,1	36,3	29,3
Hepatită B	28,0	50,0	37,4
Pojar	24,9	34,4	29,0
Oreon	26,2	35,3	30,1
Rubeolă	24,2	34,6	28,7
Poliomielită	23,2	27,7	25,1
Vărsat de vânt	20,4	20,6	20,5
Meningită C	10,8	24,5	16,7
Niciun vaccin	66,6	42,5	56,2

Proportia cea mai mare a minorilor care nu au efectuat imunizarile se întâlnește în comunitățile care trăiesc izolat de restul localității. Dintre acestea, cele mai afectate sunt cele în care starea generală de sănătate evaluată de subiecți este foarte proastă. 93,1% dintre minorii proveniți din comunități izolate și cu stare proastă de sănătate nu au făcut imunizarile, față de 45,6%, media generală a populației de minori inclusă în cercetare.

**Tabelul 8.13.** Procentul minorilor care au urmat programul de imunizări, pe gen, grupe de vârstă și zonă de locuire

	Minorii au urmat programul	Minorii nu au urmat programul	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>54,4</b>	<b>45,6</b>	<b>100</b>	<b>(1.024)</b>
<b>Gen</b>				
Bărbați	50,2	49,8	100	(517)
Femei	58,9	41,1	100	(507)
<b>Grupe de vârstă</b>				
0 – 9 ani	54,1	45,9	100	(510)
10 – 15 ani	54,6	45,4	100	(514)
<b>Cartier sau zonă</b>				
Integrată și cu stare bună de sănătate	61,6	38,4	100	(683)
Integrată și cu stare proastă de sănătate	39,5	60,5	100	(187)
Izolată și cu stare bună de sănătate	30,1	69,9	100	(116)
Izolată și cu stare proastă de sănătate	6,9	93,1	100	(14)

Motivul cel mai frecvent invocat pentru nevaccinarea minorilor a fost uitarea. Părinții a 47,9% dintre minorii care nu au efectuat toate vaccinurile au motivat că au uitat să meargă la doctor, procentul fiind mai ridicat pentru categoria de vârstă 10-15 ani (56,6%). Lipsa de informare a fost menționată de părinții a 9,1% dintre minori, iar absența resurselor economice în cazul a 9,4% dintre minori.

**Tabelul 8.14.** Distribuția minorilor care nu au urmat programul de imunizări, în funcție de motiv, gen și grupe de vârstă

	Gen		Grupe de vârstă		Total
	Bărbat	Femeie	0 – 9 ani	10 – 15 ani	
Nu este folositor și ar putea fi periculos	1,9	11,6	3,2	9,2	6,1
Din lipsă de informații	6,0	13,3	10,9	7,2	9,1
Am uitat	51,9	42,7	39,7	56,6	47,9
Acces dificil la centrul de vaccinare	1,3	3,1	2,7	1,4	2,1
Absența resurselor economice	8,2	11,0	14,3	4,2	9,4
Alte motive	30,6	18,3	29,2	21,3	25,4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(168)</b>	<b>(161)</b>	<b>(156)</b>	<b>(173)</b>	<b>(329)</b>

## 9. Vizite la stomatolog

### 9.1 Frecvența vizitelor la stomatolog

44,3% din eșantionul de 2616 persoane, adulți și minori, nu au fost niciodată la dentist. Procentul este semnificativ mai mare pentru minori decât pentru adulți (59,5% față de 33,7%). De asemenea, se observă că o proporție mai mare de bărbați nu a fost niciodată la stomatolog. Proporția persoanelor care nu au mers la dentist scade considerabil odată cu înaintarea în vârstă.

**Tabel 9.1.** Distribuția populației în funcție de timpul scurs de la ultima vizită la dentist, în funcție de structura de vârstă și gen

	Ultimele 3 luni	4 - 12 luni	Un an sau mai mult	Nu a fost niciodată	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>13,1</b>	<b>15,4</b>	<b>27,3</b>	<b>44,3</b>	<b>100</b>	<b>(2616)</b>
<b>Minori și adulți</b>						
Minori	13,6	18,9	7,9	59,5	100	(1.024)
Adulți	12,7	12,9	40,7	33,7	100	(1.592)
<b>Grupe de vârstă</b>						
0 – 9 ani	8,6	16,3	5,1	70,0	100	(510)
10 – 15 ani	19,0	21,6	10,9	48,5	100	(514)
16 – 29 ani	10,4	13,8	32,7	43,1	100	(503)
30 – 44 ani	11,3	15,0	42,7	30,9	100	(656)
45 ani și peste	18,8	7,7	49,8	23,7	100	(433)
<b>Gen</b>						
Bărbați	11,5	12,8	26,7	49,1	100	(1.275)
Femei	14,6	17,9	27,9	39,7	100	(1.341)

Majoritatea celor care au fost la stomatolog în ultimele 3 luni a efectuat 3 sau mai multe vizite. Situația se întâlnește în cazul a 88,9% dintre adulți. Jumătate dintre minorii care au mers la dentist au efectuat o singură ședință de tratament. Bărbații au efectuat, proporțional, mai multe vizite la dentist decât femeile.

**Tabel 9.2.** Distribuția populației care a efectuat vizite la dentist în ultimele 3 luni, în funcție de numărul de ședințe

	Una	Două	Trei sau mai multe	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>13,1</b>	<b>3,8</b>	<b>83,1</b>	<b>100</b>	<b>(359)</b>
<b>Minori și adulți</b>					
Minori	52,0	27,0	21,0	100	(180)
Adulți	9,4	1,6	88,9	100	(179)
<b>Grupe de vârstă</b>					
0 – 9 ani	62,8	24,0	13,1	100	(55)
10 – 15 ani	46,9	28,4	24,7	100	(125)
16 – 29 ani	8,7	1,1	90,2	100	(48)
30 – 44 ani	7,2	1,8	91,0	100	(83)
45 ani și peste	14,6	2,3	83,1	100	(48)
<b>Gen</b>					
Bărbat	9,9	4,9	85,1	100	(168)
Femeie	15,8	2,9	81,3	100	(191)

**Tabelul 9.3.** Distribuția populației rome în funcție de timpul scurs de la ultima vizita dentară și de tipul de locuințe

	Ultimele 3 luni	Între 4 - 12 luni	Un an sau mai mult	Nu a mers niciodată	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>13,1</b>	<b>15,4</b>	<b>27,3</b>	<b>44,3</b>	<b>100</b>	<b>(2616)</b>
<b>Mărimea orașului</b>						
Până în 5000	8,6	31,7	23,1	36,6	100	(203)
5001 - 10000	18,2	14,8	17,1	49,9	100	(633)
10001 - 25000	3,9	1,3	31,4	63,4	100	(182)
25001 - 50000	10,9	16,4	43,2	29,6	100	(146)
50001 - 100000	15,7	7,0	20,8	56,5	100	(363)
100001 - 250000	27,0	17,9	42,0	13,0	100	(233)
Peste 250000	7,1	4,7	29,6	58,6	100	(856)
<b>Tipul de reședință</b>						
Integrată și cu stare bună de sănătate	15,3	19,0	30,2	35,5	100	(1.832)
Integrată și cu stare proastă de sănătate	7,2	8,7	24,4	59,7	100	(453)
Izolată și cu stare bună de sănătate	11,2	7,6	15,5	65,7	100	(235)
Izolată și cu stare proastă de sănătate	16,4	0,0	5,1	78,5	100	(29)

## 9.2. Starea danturii și a gingiilor

Mai mult de doi minori din trei au o stare bună a dinților. În același timp, numai 27,7% au carii și numai 2,5% declară sângerări ale gingiilor.

**Tabelul 9.3.** Distribuția minorilor în funcție de starea dinților

	Are	Nu are	Total	Bază (N)
Carii	27,7	72,3	100	(1.024)
Dinți scoși	7,7	92,3	100	(1.024)
Plombe	12,8	87,2	100	(1.024)
Sângerări ale gingiei	2,5	97,5	100	(1.024)
Dinți sănătoși	70,5	29,5	100	(1.024)

61,4% dintre adulți declară că au toți dinții naturali, iar un procent asemănător declară existența cariilor. 45,9% dintre adulți au avut cel puțin un dinte scos, iar un sfert declară că se confruntă cu sângerări gingivale. În ciuda acestor probleme dentare, 26,3% din adulți au plombe, iar 18,1% au proteze/dinți falși.

**Tabelul 9.4.** Distribuția adulților în funcție de starea dinților

	Are	Nu are	Total	Bază (N)
Carii	62,1	37,9	100	(1.592)
Dinți scoși	45,9	54,1	100	(1.592)
Plombe	26,3	73,7	100	(1.592)
Sângerări ale gingiei	25,5	74,5	100	(1.592)
Dinți slăbiți	29,4	70,6	100	(1.592)
Proteză sau dinți falși	18,1	81,9	100	(1.592)
Dinți lipsă care nu au fost înlocuiți cu proteză	40,8	59,2	100	(1.592)
Toți dinții naturali	61,4	38,6	100	(1.592)

## 10. Spitalizarea

### 10.1. Spitalizarea populației

Aproape un subiect din șase a fost internat în spital cel puțin o noapte în ultimele 12 luni. Procentul este mai mare pentru adulți, femei, și persoane peste 45 de ani.

**Tabelul 10.1.** Procentul populației care a fost spitalizată cel puțin o noapte în ultimele 12 luni, în funcție de gen și structura de vârstă

	Spitalizat	Nespitalizat	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>17,2</b>	<b>82,8</b>	<b>100</b>	<b>(2616)</b>
<b>Minori și adulți</b>				
Minori	14,3	85,7	100	(1.024)
Adulți	19,3	80,7	100	(1.592)
<b>Gen</b>				
Bărbați	13,5	86,5	100	(1.275)
Femei	20,8	79,2	100	(1.341)
<b>Grupe de vârstă</b>				
0 – 9 ani	22,5	77,5	100	(510)
10 – 15 ani	5,7	94,3	100	(514)
16 – 29 ani	17,1	82,9	100	(503)
30 – 44 ani	11,3	88,7	100	(656)
45 ani și peste	37,5	62,5	100	(433)

### 10.2. Timpul petrecut în spital

Minorii au avut în general parte de o spitalizare mai lungă decât adulții, dar se observă o diferență importantă între grupa de vârstă 0 – 9 ani și grupa de vârstă 10 – 15 ani: un sfert din persoanele sub 9 ani au avut spitalizări mai lungi de 7 zile, față de numai 16,9% pentru grupa imediat următoare de vârstă. Categoria cea mai expusă unei spitalizări de lungă durată este cea a persoanelor peste 45 de ani, mai mult de un sfert dintre subiecții din această categorie care au fost internați petrecând cel puțin 8 zile în spital. O proporție mai mare de bărbați a avut internări de 8 zile și peste. (Tabel 10.2)



**Tabelul 10.2.** Distribuția populației spitalizate în ultimul an, în funcție de durata spitalizării, gen și structură de vârstă

	1 – 7 zile	8 zile și mai mult	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>81,4</b>	<b>18,6</b>	<b>100,0</b>	<b>(380)</b>
<b>Minori și adulți</b>				
Minori	76,4	23,6	100	(103)
Adulți	83,9	16,1	100	(277)
<b>Grupe de vârstă</b>				
0 – 9 ani	74,8	25,2	100	(70)
10 – 15 ani	83,1	16,9	100	(33)
16 – 29 ani	90,8	9,2	100	(48)
30 – 44 ani	92,3	7,7	100	(60)
45 ani și peste	74,2	25,8	100	(169)
<b>Gen</b>				
Bărbați	70,0	30,0	100	(156)
Femei	88,4	11,6	100	(224)

Cei mai mulți dintre subiecții spitalizați au fost internați pentru administrarea unui tratament medical nechirurgical (47,9% din cazuri). Următoarele cauze de spitalizare în ordinea frecvenței au fost consultația medicală în vederea stabilirii unui diagnostic (23,7% din cazuri), și nașterea unui copil (inclusiv prin cezariană, 15,2%). Bărbații, adulții și persoanele peste 45 de ani au fost cei mai expuși internării în vederea realizării unei operații. (Tabel 10.3)

Aproape unul din zece subiecți care au fost internați în ultimul an a fost nevoit să fie trecut pe liste de așteptare înainte de a fi spitalizat. Procentul adulților înscriși pe liste de așteptare este aproape dublu față de acela al minorilor (10,8% față de 5,8%). Totuși, așteptarea medie a fiecărui pacient înscris pe listă a fost de 3 zile și numai 8,3% dintre subiecți au fost nevoiți să aștepte mai mult de o lună pentru a fi internat.

**Tabelul 10.3.** Procentul populației spitalizate în ultimele 12 luni, în funcție de cauza ultimei spitalizări, gen și structură de vârstă

	Intervenție chirurgicală	Consultație medicală pentru realizarea diagnosticului	Tratament medical nechirurgical	Naștere, inclusiv prin cezariană (numai adulți)	Alt motiv	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>4,7</b>	<b>23,7</b>	<b>47,9</b>	<b>15,2</b>	<b>8,5</b>	<b>100</b>	<b>(380)</b>
<b>Minori și adulți</b>							
Minori	1,5	22,4	64,0	0,0	12,1	100	(103)
Adulți	6,3	24,3	39,7	23,0	6,7	100	(277)
<b>Grupe de vârstă</b>							
0 – 9 ani	1,6	20,6	62,9	0,0	14,9	100	(70)
10 – 15 ani	0,9	29,8	68,9	0,0	,4	100	(33)
16 – 29 ani	2,6	7,0	16,6	67,3	6,5	100	(48)
30 – 44 ani	4,0	48,2	35,6	5,0	7,1	100	(60)
45 ani și peste	10,3	23,8	58,9	0,3	6,6	100	(169)
<b>Gen</b>							
Bărbați	6,0	17,5	68,9	0,3	7,2	100	(156)
Femei	3,9	27,4	35,0	24,4	9,3	100	(224)

### 10.3. Tipurile de finanțare pentru asigurarea spitalizării

Cele mai multe spitalizări au fost plătite prin Sistemul Național de Sănătate (94,6%). Plata directă de către beneficiar a fost o altă metodă de achitare a serviciilor de spitalizare. Serviciile care au înregistrat o rată mai mare a plății directe au fost tratamentele medicale nechirurgicale (1,5% dintre beneficiarii acestui tip de serviciu au achitat din propriul buzunar). Este de remarcat că nici unul din subiecții care în ultimele 12 luni au fost internați pentru operații chirurgicale nu și-a plătit direct spitalizarea.

**Tabelul 10.4.** Distribuția populației spitalizate în ultimele 12 luni în funcție de sursa de finanțare a spitalizării și tipul de internare

	Sistemul Național de Sănătate	Asigurarea mutuală obligatorie	Asigurarea medicală privată	Pacientul sau persoana care îl are în întreținere	Alți indivizi, organizații sau instituții	Combinăție	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>94,6</b>	<b>2,2</b>	<b>0,6</b>	<b>1,2</b>	<b>1,2</b>	<b>0,2</b>	<b>100</b>	<b>(380)</b>
Intervenție chirurgicală	95,5	2,6	0,0	0,0	0,0	2,0	100	(30)
Consultație pentru stabilirea diagnosticului	98,7	0,4	0,0	0,8	0,0	0,0	100	(77)
Tratament medical nechirurgical	92,1	2,7	1,1	1,5	2,4	0,3	100	(184)
Naștere, inclusiv prin cezariană	99,9	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	100	(27)
Alt motiv	90,6	6,6	0,0	2,8	0,0	0,0	100	(42)



## 11. Utilizarea serviciilor medicale în regim de urgență

18,8% din adulții intervievați au avut nevoie de acest tip de serviciu în ultimele 12 luni, la fel ca 13,7% dintre minori. Femeile care au răspuns chestionarului au folosit serviciile de urgență în procent de 18,2%, iar bărbații într-un procent de 15,2%. Persoanele de 45 de ani și peste au reprezentat categoria de vârstă cu cea mai mare proporție de utilizatori ai serviciilor de urgență.

**Tabelul 11.1.** Distribuția populației în funcție de utilizarea serviciilor de urgență în ultimele 12 luni, pe gen și structură de vârstă

	Utilizarea serviciilor de urgență	Fără utilizarea serviciilor de urgență	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>16,7</b>	<b>83,3</b>	<b>100</b>	<b>(2.616)</b>
<b>Populație intervievată</b>				
Minori	13,7	86,3	100	(1.024)
Adulți	18,8	81,2	100	(1.592)
<b>Sex</b>				
Bărbat	15,2	84,8	100	(1.275)
Femeie	18,2	81,8	100	(1.341)
<b>Grupa de vârstă</b>				
0 – 9 ani	20,5	79,5	100	(510)
10 - 15 ani	6,6	93,4	100	(514)
16 - 29 ani	12,8	87,2	100	(503)
30 – 44	15,5	84,5	100	(656)
45 de ani și peste	34,5	65,5	100	(433)

În privința tipurilor de servicii utilizate 81,5% din respondenți au utilizat serviciile oferite de un spital național, 10,9% au utilizat alte servicii naționale, cu excepția spitalelor, iar 2,7% au beneficiat de serviciile de urgență mobile. Clinicile, sanatoriile sau spitalele private de urgență au fost utilizate într-un procent de 2,4%. Femeile care au utilizat servicii de urgență au apelat la un spital național în proporție de 80,1%, pe când bărbații au utilizat acest tip de serviciu într-un procent de 84,1%. De asemenea, femeile înregistrează un procent mai mare pentru utilizarea unui serviciu de urgență național, altul decât spitalul – 13,1%, față de 6,7% în cazul bărbaților.

**Tabelul 11.2.** Distribuția populației care a utilizat servicii medicale de urgență în ultimele 12 luni, în funcție de tipul serviciului accesat, gen și categorie de vârstă

	Spital național	Serviciu de urgență național, dar nu spital	Serviciu de urgență privat, sanatoriu, spital sau clinică	Postul de prim ajutor sau serviciul de urgență de la consiliul local	Serviciu național de urgență mobil	Alt tip de serviciu	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>81,5</b>	<b>10,9</b>	<b>2,4</b>	<b>1,6</b>	<b>2,7</b>	<b>0,9</b>	<b>100</b>	<b>(305)</b>
<b>Sex</b>								
Bărbat	84,1	6,7	3,0	1,4	4,8	0,0	100	(112)
Femeie	80,1	13,1	2,1	1,7	1,6	1,4	100	(193)
<b>Grupa de vârstă</b>								
16 – 29	92,0	6,5	0,0	0,0	1,4	0,1	100	(48)
30 – 44	87,0	5,2	2,0	1,6	3,5	0,8	100	(105)
45 de ani și peste	70,5	18,3	4,2	2,7	2,8	1,5	100	(152)

## 12. Acțiuni medicale de prevenire utilizate de femei

### 12.1 Femei care au născut

85,9% dintre femeile de etnie romă interviewate au dat naștere unui copil. Dintre cele ce se încadrează la categoria de vârstă 16-29 ani 68,6% sunt mame, din cele care au între 30-44 de ani 95,1% sunt mame, iar din femeile de 45 de ani și peste, 95,6% au născut cel puțin odată.

**Tabelul 12.1.** Distribuția femeilor adulte în funcție de maternitate și categorii de vârstă

	A născut	Nu a născut	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>85,9</b>	<b>14,1</b>	<b>100</b>	<b>(834)</b>
<b>Grupa de vârstă</b>				
16 - 29	68,6	31,4	100	(255)
30 - 44	95,1	4,9	100	(345)
45 de ani și peste	95,6	4,4	100	(234)

Referitor la vizitele la ginecolog, 12,2% din respondente nu au realizat niciodată o astfel de vizită, iar 34,1% nu au fost la ginecolog pentru alt motiv decât sarcina sau nașterea. Procentul femeilor care au utilizat serviciile unui ginecolog pentru alt motiv decât sarcina în mai puțin de șase luni este de 9,7%. 23,5% din femeile între 16-29 de ani nu au fost niciodată la ginecolog, iar 34,9% nu au mers la cabinetul ginecologic din alt motiv decât consultația din timpul sarcinii sau pentru a da naștere.

**Tabelul 12.2.** Distribuția femeilor adulte pe frecvența vizitelor la ginecolog, în funcție de motivul vizitei și categorii de vârstă

	Nu a mers niciodată	Alt motiv decât sarcina în mai puțin de 6 luni	Alt motiv decât sarcina între 6 - 12 luni	Alt motiv decât sarcina între 1 -3 ani	Alt motiv decât sarcina între 3 ani sau mai mult	Nu a mers niciodată din alt motiv decât sarcina	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>12,2</b>	<b>9,7</b>	<b>19,3</b>	<b>12,0</b>	<b>12,7</b>	<b>34,1</b>	<b>100</b>	<b>(834)</b>
<b>Grupa de vârstă</b>								
16 – 29	23,5	12,8	19,1	6,7	2,9	34,9	100	(255)
30 – 44	3,5	12,3	29,0	18,0	12,0	25,2	100	(345)
45 de ani și peste	10,1	1,0	3,5	9,9	27,9	47,6	100	(234)

Din perspectiva măsurilor preventive, trebuie atrasă atenția asupra grupei de vârstă peste 45 de ani (grup cu risc crescut pentru cancerul de col uterin și cel de sân). Femeile din această categorie au cele mai puține vizite la serviciile de ginecologie.

Femeile care au născut cel puțin o dată au mers la control o singură dată în timpul sarcinii în procent de 49,9%, la fiecare două luni în procent de 27,1%, iar în fiecare lună în procent de 21,3%.

**Tabelul 12.3.** Distribuția femeilor adulte care au născut, în funcție de frecvența vizitelor la ginecolog în timpul ultimei sarcini

	Mai des de odată pe lună	Odată pe lună	La fiecare două luni	Odată pe toată perioada sarcinii	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>1,7</b>	<b>21,3</b>	<b>27,1</b>	<b>49,9</b>	<b>100,0</b>	<b>(639)</b>
<b>Grupa de vârstă</b>						
16 - 29	0,7	29,6	27,1	42,6	100	(151)
30 - 44	2,1	24,5	28,4	45,0	100	(299)
45 de ani și peste	1,9	8,1	25,0	65,0	100	(189)

Din numărul mic de femei care au mers la cabinetul ginecologic din alte motive decât sarcina, 38% au avut ca motiv o problemă de ordin ginecologic, 17,5% au mers pentru planificare familială, iar 19,6% au mers pentru realizarea unui control de rutină.

**Tabelul 12.4.** Distribuția femeilor adulte care au mers la ginecolog în funcție de motivul vizitei

	O problemă de ordin ginecologic	Consiliere pentru planificarea familială	Control de rutină	Alt motiv	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>38,0</b>	<b>17,5</b>	<b>19,6</b>	<b>24,9</b>	<b>100,0</b>	<b>(404)</b>
<b>Grupa de vârstă</b>						
16 – 29 ani	33,7	32,6	22,7	11,0	100	(116)
30 – 44 ani	38,9	14,5	17,1	29,5	100	(196)
45 de ani și peste	41,7	4,2	21,9	32,2	100	(92)

## 12.2. Teste ginecologice

Testele ginecologice care au fost studiate prin intermediul chestionarului nostru au fost mamografiile și testul Papanicolau. A reieșit că numai una din cinci femei intervievate a făcut o mamografie și mai puțin de una din cinci a efectuat testul Papanicolau.

Din femeile din categoria 16-29 de ani 18,1% au mers la un specialist pentru o mamografie, din cele din categoria 30-44 de ani 25,7%, iar din categoria 45 de ani și peste, 13,7% au înregistrat un răspuns pozitiv.

**Tabelul 12.5.** Procentul femeilor care au efectuat o mamografie

	Au făcut mamografie	Nu au făcut mamografie	Total	Bază (N)
<b>Total</b>	<b>20,0</b>	<b>80,0</b>	<b>100</b>	<b>(834)</b>
<b>Grupa de vârstă</b>				
16 - 29	18,1	81,9	100	(255)
30 - 44	25,7	74,3	100	(345)
45 de ani și peste	13,7	86,3	100	(234)

În cazul testului Papanicolau, acesta a fost efectuat de numai 11,6% din femeile din categoria 16-29 ani, 26,2% din cele între 30-44 ani și 16,1% din cele de 45 de ani și peste.

**Tabelul 12.6.** Procentul femeilor care au efectuat un test Papanicolau

	Au făcut	Nu au făcut	Total	Baza (N)
<b>Total</b>	<b>18,6</b>	<b>81,4</b>	<b>100</b>	<b>(834)</b>
<b>Grupa de vârstă</b>				
16 - 29	11,6	88,4	100	(255)
30 - 44	26,2	73,8	100	(345)
45 de ani și peste	16,1	83,9	100	(234)

## 13. Suport social

Suportul social se manifestă îndeosebi în situațiile de boală. 20,7% dintre subiecți declară că primesc mai mult ajutor decât ar dori atunci când sunt bolnavi, iar 63,9% consideră că primesc suficient sprijin. 71,4% dintre persoanele intervievate au răspuns că au în jurul lor persoane care se preocupă suficient pentru ei, iar 72,4% au o persoană cu care să discute problemele cu care se confruntă. La polul opus se află invitațiile în oraș. Mai puțin de jumătate din eșantion consideră că sunt invitați suficient, în vreme ce 32,2% declară că nu sunt invitați deloc.

**Tabellul 13.1.** Distribuție a populației în funcție de nivelul sprijinului social primit în diferite circumstanțe

	Suport social		Suport social deficitar			Total
	Mai mult decât aș dori	Atât cât trebuie	Primesc, dar mai puțin decât aș dori	Mult mai puțin decât mi-aș dori	Deloc	
Sunt invitat(ă) să ies în oraș cu alte persoane	7,1	34,6	12,8	13,3	32,2	100
Primesc dragoste și afecțiune	11,2	67,0	13,3	6,0	2,5	100
Există cineva cu care să discut despre problema personale	5,8	72,4	13,7	5,4	2,7	100
Există oameni cărora le pasă de mine	7,0	71,4	12,3	7,3	2,0	100
Primesc sfaturi utile	6,5	67,4	16,1	7,1	2,9	100
Primesc ajutor când sunt bolnav la pat	20,7	63,9	7,8	5,1	2,5	100

În funcție de vârstă, persoanele care simt lipsa sprijinului social cel mai mult fac parte din categoria 45 de ani și peste. Astfel, 69,8% din persoanele de peste 45 de ani au răspuns că nu sunt invitate să iasă în oraș pe cât și-ar dori. Procentul scade pentru categoria 16-29 de ani, dar rămâne în continuare important – 49,9%. 31,1% din respondenții de peste 45 de ani ar dori să aibă mai multe persoane preocupate de ei în jur, 38,2% sunt nemulțumiți de numărul de sfaturi de care beneficiază, iar o treime simt nevoia să aibă pe cineva cu care să discute problemele personale.

**Tabellul 13.2.** Distribuția populației în funcție de nivelul sprijinului social primit în diferite circumstanțe și categorii de vârstă

	16 – 29 de ani	30 – 44 ani	45 ani și peste	Total
Sunt invitat(ă) să ies în oraș cu alte persoane	49,9	59,1	69,8	58,3
Primesc dragoste și afecțiune	14,9	22,5	31,6	21,8
Există cineva cu care să discut despre probleme personale	16,9	19,5	33,6	21,8
Există oameni cărora le pasă de mine	16,0	21,4	31,1	21,6
Primesc sfaturi utile	16,7	27,5	38,2	26,0
Primesc ajutor când sunt bolnav la pat	11,0	14,2	24,2	15,3

Raportat la gen, se observă un deficit de suport social mai mare în cazul femeilor. Deși dorința de a fi mai des invitat(ă) în oraș este mare pentru întreaga populație, 60,5% dintre femei au menționat acest lucru în interviu. Procentul bărbaților a fost cu 5,2% mai mic.



**Tabelul 13.3.** Distribuția populației în funcție de nivelul sprijinului social primit în diferite circumstanțe și gen

	Bărbat	Femeie
Sunt invitat(ă) să ies în oraș cu alte persoane	55,4	60,6
Primesc dragoste și afecțiune	20,1	23,3
Există cineva cu care să discut despre probleme personale	19,0	24,2
Există oameni cărora le pasă de mine	19,9	23,1
Primesc sfaturi utile	22,7	28,8
Primesc ajutor când sunt bolnav la pat	12,4	17,8

## 14. Stil de viață: activitatea fizică și odihna

### 14.1 Somnul

Un minor din doi doarme 10 ore sau mai mult pe noapte, în vreme ce aproape unul din patru doarme în medie 8 ore. Numai 6,2% din minorii incluși în studiu dorm 7 ore. Se observă de asemenea că niciun subiect minor nu doarme în medie 6 ore sau mai puțin. Durata somnului este mai redusă pentru adulți. Aproape jumătate dorm în medie 8 ore, iar 35% mai puțin de atât. Comparativ cu bărbații, o proporție aproape dublă de femei dorm mai puțin de 6 ore pe noapte (13,2% față de 6,5%).

**Tabelul 14.1.** Distribuția populației în funcție de numărul de ore de somn, gen și categorii de vârstă

	Minori și adulți		Gen		Total
	Minori	Adulți	Bărbat	Femeie	
6 ore și mai puțin	0,0	16,7	6,5	13,2	9,9
7 ore	6,2	18,3	13,8	12,9	13,3
8 ore	22,9	47,5	38,3	36,7	37,5
9 ore	16,2	5,8	10,9	9,3	10,1
10 ore și peste	54,7	11,7	30,6	27,9	29,2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(1.024)</b>	<b>(1.592)</b>	<b>(1.275)</b>	<b>(1.341)</b>	<b>(2.616)</b>

### 14.2. Activitatea fizică

Referitor la activitatea fizică, 39,7% din minorii și 76,6% dintre adulții intervievați nu practică deloc exercițiile fizice în timpul liber. În funcție de gen, se observă o disparitate: 65,6% dintre femei și 57,3% dintre bărbați nu practică exerciții. Procentul celor care fac sport în mod regulat de câteva ori pe săptămână este de 3,1% pentru minori și de 1,2% pentru adulți, iar în funcție de gen, procentul este de 1,4% pentru femei și de 2,7% pentru bărbați. În categoria celor care fac exerciții de câteva ori pe lună se încadrează 5% dintre adulți și 16,7% dintre minori, respectiv 8,4% femei și 11,2% bărbați.

**Tabelul 14.2.** Distribuția populației care practică exerciții fizice, în funcție de gen și categorii de vârstă

	Minori și adulți		Gen		Total
	Minori	Adulți	Bărbat	Femeie	
Nu fac deloc exerciții fizice sau sport	39,7	76,6	57,3	65,6	61,5
Fac ocazional exerciții fizice sau sport	40,5	17,2	28,8	24,7	26,7
Fac regulat exerciții fizice de mai multe ori pe lună	16,7	5,0	11,2	8,4	9,8
Fac exerciții fizice de mai multe ori pe săptămână	3,1	1,2	2,7	1,4	2,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(1.024)</b>	<b>(1.592)</b>	<b>(1.275)</b>	<b>(1.341)</b>	<b>(2.616)</b>

Pe grupe de vârstă, persoanele cele mai sedentare rezultă a fi cele cuprinse în categoria 45 de ani și peste, cu un procent de 90,6% de respondenți care nu fac exerciții deloc, urmați de cei din categoria 30-44 ani cu un procent de 75,8%. Cei mai activi sunt minorii cuprinși în categoria de vârstă 10-15 ani, care fac exerciții fizice de câteva ori pe săptămână în procent de 6%, în vreme ce doar 0,6% dintre

adulții de 45 de ani și peste și 1,3% dintre adulții din categoria 30-44 ani declară că fac sport în timpul liber de mai multe ori pe săptămână.

**Tabelul 14.3.** Distribuția populației în funcție de tipul de activitate fizică practică și categorii de vârstă

	0 – 9 ani	10 – 15 ani	16 – 29 ani	30 – 44 ani	45 ani și peste
Nu fac deloc exerciții fizice sau sport	54,0	24,7	68,7	75,8	90,6
Fac ocazional exerciții fizice sau sport	35,6	45,6	23,8	16,1	8,8
Fac regulat exerciții fizice de mai multe ori pe lună	10,0	23,7	5,9	6,8	0,0
Fac exerciții fizice de mai multe ori pe săptămână	0,4	6,0	1,6	1,3	0,6
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(510)</b>	<b>(514)</b>	<b>(503)</b>	<b>(656)</b>	<b>(433)</b>

Efortul depus în cadrul activității de la serviciu poate fi considerat important doar pentru bărbați, 27,5% dintre aceștia declarând că sarcinile pe care le îndeplinesc presupun un efort fizic susținut; pentru femei, procentul este de peste trei ori mai mic (8,3%). 25% dintre bărbați și 28,1% dintre femei își petrec ziua de serviciu stând pe scaun, 14,4% dintre bărbați și 25,5% dintre femei au o activitate la serviciu ce implică faptul că trebuie să stea în picioare toată ziua. Există însă, un procent destul de mare în ceea ce privește realizarea unei activități care presupune mersul pe jos, fără a solicita prea mult efort: pentru bărbați – 32,9% și pentru femei – 38%. Dacă urmărim grupele de vârstă, cei mai sedentari în activitatea de serviciu sunt persoanele ce se încadrează în grupa de vârstă 45 de ani și peste (53,1%), urmași de cei din categoria următoare (30-44 ani), cu 20,6%. Persoanele din categoria 16-29 de ani sunt solicitate să stea în picioare în timpul serviciului în procent de 29,1% față de cei din categoria 30-44 ani care au un procent de 17,7% în ceea ce privește statul în picioare la serviciu. Din punct de vedere al activităților care presupun un efort important la serviciu, pe categorii de vârstă, cei mai solicitați sunt cei cuprinși în categoria 30-44 ani cu un procent de 23,3%, apoi cei din categoria 16-29 ani – 17,4% și, în fine cei din categoria 45 și peste – 5,8%.

**Tabelul 14.4.** Distribuția populației în funcție de tipul de activitate fizică practică, gen și categorii de vârstă

	Gen		Grupe de vârstă		
	Bărbat	Femeie	16 – 29 de ani	30 – 44 ani	45 ani și peste
Stau pe scaun cea mai mare parte a timpului	25,2	28,1	17,3	20,6	53,1
Stau în picioare cea mai mare parte a timpului, fără să merg sau să fac efort	14,4	25,5	29,1	17,7	11,3
Merg, dar niște greutate, mă mișc frecvent fără să fac prea mult efort	32,9	38,0	36,3	38,3	29,8
Îndeplinesc sarcini care solicită efort fizic semnificativ	27,5	8,3	17,4	23,3	5,8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(758)</b>	<b>(834)</b>	<b>(503)</b>	<b>(656)</b>	<b>(433)</b>

### 14.3. Minorii și televizorul

Trei sferturi dintre minori urmăresc programele TV în fiecare zi, cu o proporție mai mare înregistrându-se în rândul fetelor (80,8%) și copiilor din categoria de vârstă 10-15 ani (84,3%).

**Tabelul 14.5.** Procentul minorilor care se uită la televizor în funcție de frecvența vizionării, pe gen și categorii de vârstă

	Gen		Grupe de vârstă		Total
	Bărbat	Femeie	0 – 9 ani	10 – 15 ani	
TV în fiecare zi	72,5	80,8	69,0	84,3	76,5
TV nu în fiecare zi	27,5	19,2	31,0	15,7	23,5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(517)</b>	<b>(507)</b>	<b>(510)</b>	<b>(514)</b>	<b>(1.024)</b>



## 15. Stil de viață: nutriția

### 15.1. Alăptatul copiilor

Referitor la modul de hrănire a minorilor între 6 luni și 4 ani, au fost culese date privitoare la alăptare, obiceiuri alimentare la micul dejun, tipuri de alimente consumate și frecvența consumului acestora. Alăptarea este cea mai răspândită formă de hrănire a copiilor în primele 6 săptămâni de viață, după care alăptarea începe să alterneze cu alte surse alimentare. Pentru categoria de vârstă 3 luni – 6 luni, alimentația mixtă este dominantă.

**Tabelul 15.1.** Distribuția minorilor între 6 luni și 4 ani în funcție de tipul de hrănire în primele 6 săptămâni de viață

	Bărbat	Femeie	Total
Naturală	99,3	96,0	98,0
Mixtă	0,7	1,9	1,2
Artificială	0,0	2,1	0,8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(92)</b>	<b>(95)</b>	<b>(187)</b>

Se remarcă o diferență de gen în ceea ce privește alimentația pentru grupa de vârstă 6 săptămâni - 3 luni. Astfel 93,5% din fete sunt hrănite natural, față de numai 71,7% din băieți. Alimentația mixtă începe să fie introdusă la o vârstă mai mică pentru băieți, aproape un sfert din cei de 6 săptămâni – 3 luni combinând alăptarea cu alte forme de hrănire.

**Tabelul 15.2.** Distribuția minorilor între 6 luni și 4 ani în funcție de tipul de hrănire între 6 săptămâni și 3 luni

	Bărbat	Femeie	Total
Naturală	71,7	93,5	80,5
Mixtă	24,6	3,4	16,0
Artificială	3,7	3,0	3,4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(92)</b>	<b>(95)</b>	<b>(187)</b>

Pentru copiii de la 3 luni la 6 luni se observă o schimbare a situației în ceea ce privește alimentația: în 54,7% din cazuri se introduce hrana mixtă, în timp ce alăptarea exclusivă se păstrează pentru 39,1%. Procentul pentru hrana artificială crește la rândul său față de categoriile anterioare de vârstă, de la 0,8 pentru minorii de până în 6 săptămâni și 3,4% pentru cei între 6 săptămâni și 3 luni, la 6,2% pentru minorii între 3 și 6 luni.

**Tabelul 15.3.** Distribuția minorilor între 6 luni și 4 ani în funcție de tipul de hrănire între 3 luni și 6 luni

	Bărbat	Femeie	Total
Naturală	35,2	45,0	39,1
Mixtă	59,0	48,3	54,7
Artificială	5,9	6,7	6,2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(92)</b>	<b>(95)</b>	<b>(187)</b>

## 15.2. Micul dejun

Micul dejun este în general omis de către 18,9% din adulții intervievați și de 10,5% dintre minori. Cele mai des consumate produse la micul dejun sunt cafeaua, simplă sau cu lapte și ceaiul negru (pentru adulți), laptele, ceaiul, ciocolata, cacaoa și iaurtul (pentru minori). Atât pentru adulți, cât și pentru minori, pe locul doi la alimentele consumate la micul dejun se află pâinea, pâinea prăjită, prăjiturile sau cerealele – pentru adulți avem o rată de consum de 39,4%, iar pentru minori – 66,9%. În ceea ce privește consumul de alimente la micul dejun pe gen, se observă că femeile sar peste micul dejun mai des decât bărbații: 17,3% din femei nu mănâncă dimineața, în timp ce procentul pentru bărbați este de 14%.

**Tabelul 15.4.** Tipul de alimente consumate în mod obișnuit la micul dejun

	Minori și adulți		Gen		Total
	Minori	Adulți	Băieți	Femei	
Lapte, ceai, ciocolată, cacao, iaurt	68,5	35,8	43,2	54,0	48,7
Pâine, pâine prăjită, prăjituri, produse de brutărie	66,9	39,4	48,3	52,1	50,2
Fructe, suc	35,3	15,6	22,0	24,7	23,3
Ouă, brânză, carne de porc, șuncă sau cârnați	37,5	34,7	38,3	33,3	35,8
Cafea, cafea cu lapte, ceai negru	4,4	59,7	36,1	39,6	37,9
Alte tipuri de mâncare sau băutură	19,1	17,0	20,3	15,3	17,8
Nimic. De obicei sar peste micul dejun	10,5	18,9	17,3	14,0	15,6

## 15.3. Tipul de alimente consumate

Alimentele consumate în cea mai mare proporție în fiecare zi sunt pâinea și cerealele (86,9%), urmate de paste și orez (63,3%), produse lactate (33,4%), legume (30,4%), vegetale și salate (30,3%). Un procent ridicat se poate observa în ceea ce privește consumul de dulciuri, acest tip de alimente situându-se pe locul 6, 24,8% dintre subiecți declarând că mănâncă dulciuri zi de zi. Consumul de carne este mai redus: 12,1% din respondenți consumă carne în fiecare zi, 28,1% consumă carne de trei ori pe săptămână sau mai mult, dar nu zilnic, în vreme ce 40,6% consumă carne odată sau de două ori pe săptămână. Produsele pe bază de carne și peștele reprezintă alte alimente cu o frecvență redusă de consum în fiecare zi.

**Tabelul 15.5.** Frecvența consumului de alimente, pe tip de produse

	În fiecare zi	De trei ori pe săptămână sau mai des dar nu în fiecare zi	O dată sau de două ori pe săptămână	Mai puțin de o dată pe săptămână	Niciodată sau aproape niciodată	Total
Fructe proaspete	22,0	23,6	29,2	21,1	4,1	100
Carne (fără porc)	12,1	28,1	40,6	16,8	2,4	100
Ouă	20,8	30,0	32,3	13,6	3,4	100
Pește	7,1	10,2	22,1	46,6	13,9	100
Paste, orez	63,3	26,7	5,8	3,4	0,7	100
Pâine, cereale	86,9	5,5	3,0	2,3	2,3	100
Vegetale, salate	30,3	26,1	26,7	13,2	3,7	100
Legume	30,4	28,8	23,5	15,9	1,5	100
Carne de porc	9,8	23,0	32,7	30,2	4,3	100
Lactate (lapte, brânză, iaurt)	33,4	33,8	21,9	9,5	1,3	100
Dulciuri	24,8	27,5	21,3	20,6	5,7	100

#### 15.4. Indicele de masă corporală

Pentru a clasifica populația romă interviuată din punct de vedere al greutateții, s-a folosit indicele de masă corporală calculat pe baza formulei  $IMC = \text{greutate (kg)} / \text{înălțime}^2 \text{ (m}^2\text{)}$ . Pe baza indicelui, subiecții au fost repartizați în categoriile *normal*, *supraponderal* sau *obez*. 50,5% din adulții intervieuați au declarat o masă corporală ce se încadrează în greutatea normală, în timp ce pentru minori procentul celor încadrați în greutatea normală este de 66,2%. Pentru persoanele adulte supraponderale avem un procent de 32,4%, iar pentru minorii supraponderali – 17,3%. Procentul adulților care se încadrează în categoria de obezi este de 17,1%, puțin mai mare decât cel al minorilor, care suferă de obezitate într-un procent de 16,6%. Analizând pe gen, avem un procent de 59,4% al femeilor care se încadrează într-o greutate normală și un procent de 53,8% al bărbaților în această categorie. 23,9% dintre femeile participante la studiu au fost considerate supraponderale, în vreme ce la bărbați procentul a fost mai ridicat (29,2%). În categoria obezității se încadrează 16,7% din femei și 17% dintre bărbați.

**Tabelul 15.6.** Distribuția populației romă în funcție de categoriile de greutate

	Minori și adulți		Gen		Total
	Minori	Adulți	Bărbați	Femei	
Greutate normală	66,2	50,5	53,8	59,4	56,7
Supraponderalitate	17,3	32,4	29,2	23,9	26,5
Obezitate	16,6	17,1	17,0	16,7	16,9
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(1.024)</b>	<b>(1.592)</b>	<b>(1.275)</b>	<b>(1.341)</b>	<b>(2.616)</b>

Obezitatea se întâlnește în proporție mare la categoria de vârstă 0-9 ani, 29,8% dintre minorii din această categorie fiind considerați obezi pe baza indicelui de masă corporală. Respondenții între 30-44 ani înregistrează un procent al obezității de 23,6%, fiind urmași de cei din categoria de vârstă 45 de ani și peste. Procentul pentru persoanele supraponderale este cel mai înalt pentru persoanele din categoria 45 de ani și peste (37,1%) și cei din categoria 30-44 ani (32,4%).



**Tabelul 15.7.** Distribuția populației rome în funcție de categoriile de greutate și vârstă

	0 – 9 ani	10 – 15 ani	16 – 29 ani	30 – 44 ani	45 ani și peste
Greutate normală	54,5	77,0	64,6	44,0	39,7
Supraponderalitate	15,7	18,7	29,5	32,4	37,1
Obezitate	29,8	4,3	5,9	23,6	23,2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Bază (N)</b>	<b>(510)</b>	<b>(514)</b>	<b>(503)</b>	<b>(656)</b>	<b>(433)</b>

## 16. Starea de sănătate a populației din România

În ceea ce privește percepția populației privind propria stare de sănătate, ultima anchetă privind starea de sănătate a populației din România (2008) completează situația indicatorilor naționali de sănătate.

Astfel, 75,4% din întreaga populație (21.528.627 persoane) își percepe starea generală de sănătate ca fiind foarte bună și bună, această medie fiind depășită la grupele de vârstă 0-14 ani (97,7%), 15-24 (96,2%), 25-34 (93,1%) și 35-44 (88%) și scăzând vizibil la fiecare din grupele de vârstă următoare.

Diferența este semnificativă pe genuri: 79,8% bărbați și 71,3% femei, vârful diferenței fiind la grupele de vârstă 45-54 ani (73,6% bărbați și numai 62,3% femei) și 55-64 ani (56,3% bărbați și 44,9% femei). După mediul de rezidență, nu există diferențe notabile: 76% din populația urbană cu o stare de sănătate declarată ca foarte bună și bună, respectiv 74,6% în rural.

Numai 8% din populație își percepe sănătatea ca fiind într-o stare proastă și foarte proastă, cu o pondere îngrijorător mai mare la populația de 65-74 ani (20,9%), respectiv cea peste 75 ani (38,1%). La aceste categorii de vârstă starea predominantă este „satisfăcătoare” în proporție de 47,6%, respectiv 43,6%.

Starea de sănătate proastă și foarte proastă este recunoscută mai des de femei (9,5% față de 6,1% din bărbați), fără a exista diferențe între cele două medii de rezidență (0,6% în favoarea mediului urban). Persoanele care au declarat că au o boală cronică/problemă de sănătate de lungă durată reprezintă 22,8% din populația generală, predominând grupele de vârstă peste 45 ani și femeile (26,8%), fără a fi diferențe semnificative între mediile de rezidență (numai 0,8% în favoarea mediului urban).

Dintre bolile de lungă durată, cele mai frecvente în rândul populației bolnave cronic sunt: hipertensiunea arterială (11,7%), afecțiuni cronice ale spatelui (6,2%) și artrita reumatoidă (5,4%). În ceea ce privește gradul de limitare a activității fizice determinat de o boală cronică/problemă de sănătate de lungă durată, acesta este limitat la 5% din totalul populației de peste 2 ani, mai frecvent la femei 5,6% (față de 4,2% dintre bărbați) și mai frecvent în populația mediului rural (5,8%, față de 4,3% în urban).

2,1% din populația totală a suferit accidente în ultimele 12 luni; pe primul loc (1,4%) se află accidentele din casă și în timpul liber, urmate la distanță de cele rutiere și la locul de muncă (0,3% fiecare) și accidentele școlare (0,1%). Grupa de vârstă 0-14 ani a fost mai expusă accidentelor (3,2%), la fel și populația masculină (2,6%) și cea din mediul rural (2,5%).

Modul de percepere a propriei stări sufletești contribuie la starea generală de sănătate: 40,8% din populația peste 15 ani apreciază ca s-au simțit plini de viață în majoritatea timpului, 26,1% o parte din timp, iar numai 18% tot timpul; procentele sunt mai favorabile sexului masculin și mediului urban. Starea sufletească este percepută ca pozitivă „o parte din timp” la grupele de vârstă 55-64 (43,1%) și 65-74 ani (40,8%).

## Utilizarea serviciilor medicale

### Utilizarea serviciilor de asistență medicală primară:

59,5% din populația generală nu a apelat la medicul de familie/medicul generalist în ultimele 12 luni (52,1% au efectuat vizita cu mai mult de 1 an în urmă, iar 7,4% niciodată); ponderea este mai mare în rândul populației masculine (64,1%) și în mediul rural (62%). Pentru cei care au apelat la medicul de familie, numărul mediu de vizite a fost de 4.3 (media fiind mai mare la femei, la populația urbană și la grupele de vârstă peste 45 ani).

Principalele 3 motive ale vizitei medicului de familie au fost: boală/probleme de sănătate, repetarea unei rețete medicale și control în lipsa unei boli/probleme de sănătate pentru grupele de vârstă peste 45 ani, iar la segmentul 0-44 ani motivul repetării rețetei este înlocuit de examinare/test preventiv.

Dintre persoanele care au apelat la medicul de familie, 24,8% au primit o trimitere către serviciile de specialitate (o pondere mai mare o au bărbații - 26,3% și populația urbană - 28%).

### Utilizarea serviciilor de specialitate:

15,3% din totalul populației a apelat în ultimele 12 luni premergătoare anchetei la un medic specialist, majoritatea fiind peste 45 ani. Populația feminină și cea din mediul urban au avut o pondere mai mare (17%, respectiv 17,6%). Numărul mediu de vizite în intervalul celor 12 luni este de 2,2 vizite.

Interesantă este dinamica celor mai solicitate servicii de specialitate:

- la categoria de vârstă 0-14 ani: ORL (21,1%), interne (cel mai probabil pediatru, 20,2%) și chirurg (12,9%)
- 15-24 ani: internist (17,8%), ginecolog/obstetrician (15%), ortoped (10,3%)
- 25-34 ani: ginecolog/obstetrician (28,4%), internist (14,9%), psihiatru (6%)
- 35-44 ani: internist (23,8%), ginecolog/obstetrician (16,9%), cardiolog (8,7%)
- 45-54 ani: cardiolog (22%), internist (21,4%), reumatolog (7,2%)
- 55-64 ani: cardiolog (27,2%), internist (19,4%), reumatolog (8,6%)
- 65- 74 ani: cardiolog (32,5%), internist (17,1%), reumatolog (10,5%)
- Peste 75 ani: cardiolog (34%), internist (16,8%), reumatolog (10,4%)

Analizând numai populația feminină, se remarcă o intensă consultare a specialistului de obstetrică-ginecologie la femeile de vârstă fertilă 15-44 ani (reprezentând 25-45,6% din specialitățile apelate), procentul scăzând brusc la grupele de vârstă peste 45 ani (4,9% / 1,7% / 0,8%).

În ceea ce privește tipul serviciului de specialitate (public sau privat), cel public a fost utilizat de 79,1% din totalul populației ce a apelat la serviciile de specialitate, de 81,4% din populația masculină utilizatoare, de 77,3% din populația feminină, de 76,4% din populația urbană și de 83,8% din populația rurală.

Există și o categorie a populației generale - 6,4% (cu o pondere mai mare de 11.1% la grupele de vârstă peste 55 ani) care a avut nevoie să consulte un medic specialist, dar nu a făcut-o. Principalele motive au fost:

- 39,2% nu și-au permis (cost prea mare/absența asigurării) cu o pondere mai mare în populația feminină (42,9%) și cea rurală (43,3%),
- 16,5% teama de medic și actul medical (consult, internare, analize, tratament),
- 13,9% au așteptat ca problema de sănătate să se rezolve singură.

**Utilizarea serviciilor spitalicești:**

În ultimele 12 luni dinaintea anchetei, 6% din populația generală a avut o internare de cel puțin o noapte; ponderea este mai mare la populația feminină (6,2%) și la cea din mediul urban (6,3%), dar mai ales la grupele de vârstă de peste 45 ani (11,3 – 13,6%).

Majoritatea celor internați (64%) au avut numai o spitalizare în decursul celor 12 luni. Totuși, numărul mediu de spitalizări a fost de 1,7, ajungând la un maxim de 1,9 la grupele de vârstă 35-64 ani. Surprinzător, numărul mediu de nopți de spitalizare este foarte mare: 14,9, mai ales pentru grupele de vârstă 15-24 ani (17,7 zile) și 45-54 ani (19,5 zile), dar și pentru subgrupul masculin (16,2 zile) și cel urban (15,7 zile).

Principalele cauze ale spitalizării au fost: patologia aparatului circulator (21,8% din cei internați), a aparatului digestiv (14,8%) și a sistemului osteo-articular (10,6%). Această ordine a patologiilor se pastrează, în proporții similare, la ambele genuri și ambele medii de rezidență. La copiii 0-14 ani, se diferențiază pe primul loc patologia aparatului respirator (30,7%), urmată de patologia digestivă (23,1%) și cea a rănilor/accidentelor (10,4%).

**Utilizarea serviciilor de stomatologie:**

Din populația peste 3 ani, numai 14,9% au vizitat în ultimele 12 luni medicul stomatolog, cu un maxim de 19,6% la grupa 3-14 ani, 17,1% la grupa 15-24 ani (chestionarul include și specialistul ortodont alături de dentist). Serviciile au fost utilizate mai mult de către femei (16,1%) și de populația urbană (18,3%). Numărul mediu de vizite pe ultimul an a fost 3,3; deși au fost cei mai mari consumatori de servicii stomatologice, grupa de vârstă 3-24 ani a avut un număr mediu de vizite sub 3.

Relevant este tipul de serviciu stomatologic frecventat: public/privat, net în favoarea celui din urmă – 78,3%, mai ales de către grupele de vârstă 25-54 ani; cea mai mică utilizare a serviciilor private (dar nu foarte mică) este la persoanele peste 75 ani – 61,2%. Chiar și în mediul rural, ponderea celor care au fost la cabinete private de stomatologie este relativ mare - 80%.

**Consumul de medicamente**

26,5% din totalul populației a consumat medicamente prescrise de medic; consumul crește direct proporțional cu vârsta, media fiind depășită de toate grupele peste 45 ani, ajungând la 76,9% la persoanele peste 75 ani. Populația feminină și cea urbană sunt consumatoare mai mari de medicamente prescrise (31,4%, respectiv 27,1%).

Cele mai frecvente afecțiuni pentru care s-au consumat medicamente în cele 2 săptămâni dinaintea anchetei au fost: hipertensiune arterială (41,2%), boli ale articulațiilor (18,4%), dureri de ceafă sau spate (17,1%) și alte dureri (14,4%). Relevant este consumul de antibiotice la copiii de 0-14 ani (35,7%). O categorie aparte o reprezintă persoanele care au utilizat medicamente neprescrise de medic – 13,4%, procent care crește direct proporțional cu vârsta, ajungând la 20,3% la persoanele peste 75 ani. Consumul este mai mare la populația feminină (16,8%) și la cea din mediul urban (14,9%). Cele mai frecvente motive de consum neprescris sunt: vitamine/minerale/tonice (41,6%), dureri de cap și migrene (37,9%), răceală/gripă și dureri de gât (33,1); la copiii 0-14 ani, predomină clar primele două situații (66,1%, respectiv 45%).

Utilizarea celor mai frecvente măsuri/servicii de prevenire a principalelor probleme de sănătate publică:

Utilizarea **vaccinului antigripal**: acesta nu a fost efectuat niciodată de către 74,5% din populația generală, mai ales în mediul rural (77,3%). Acoperirea este ceva mai bună la copiii 1-14 ani (65%) și la persoanele peste 55 ani (aprox. 72%).

Măsurarea **tensiunii arteriale** de către personal medical: 16,2% din totalul populației peste 6 ani nu și-a măsurat niciodată TA, ponderea fiind foarte mică la grupele peste 45 ani (sub 5,4%). În schimb, populația masculină și cea rurală a beneficiat mai puțin de această măsură: 18%, respectiv 18,9%.

Măsurarea **colesterolului** a fost efectuată în ultimul an de 57,4% din populația peste 6 ani și niciodată de 24,4%; o bună utilizare au avut-o grupele peste 45 ani (sub 14,2% care nu a testat niciodată). Populația rurală este cea care a utilizat cel mai puțin măsurarea nivelului colesterolului: 29,5% (cu mențiunea că alte 7,2% persoane au declarat „Nu știu/Refuz”, ceea ce poate indica lipsa de informații referitoare la acest subiect).

Măsurarea **glicemiei** a fost efectuată în ultimul an de 58,8% din populația peste 6 ani și niciodată de către 22,2%. O testare mai bună a fost în rândul populației feminine, și a celei urbane (62,5%-62,9%).

Efectuare **mamografiei** (pentru depistarea cancerului de sân): 89,4% din totalul populației feminine de peste 15 ani (totalul fiind de 9,440,957 femei) nu a efectuat niciodată o mamografie. Ponderea este mai mare în mediul rural (93,9%). Acoperirea cea mai bună cu acest examen este a grupelor de vârstă 45-64 ani (85,3%). Motivele ultimei mamografii au fost: recomandarea unui medic, fără să fie nimic în neregulă (56,5%), a fost ceva în neregulă la sân (22,6%), invitație de la program național/local de screening (9,7%). Numai 7,4% au făcut mamografie pentru că au avut cancer de sân în familie.

**Testare Babeș-Papanicolau** (pentru depistarea cancerului de col uterin): 84,2% din populația feminină de peste 15 ani nu a efectuat niciodată testul și numai 3,5% l-a efectuat în ultimele 12 luni. Grupele de vârstă care au avut o mai bună participare la test au fost 25-54 ani (16,7% / 22% / 19,7%). Mediul rural are participarea cea mai redusă (7,6% din totalul populației și numai 1,8% în ultimele 12 luni), în timp ce 90,3% nu a efectuat testul niciodată. Motivele de testare au fost: ca urmare a vizitei la ginecolog (52,5%), invitație din partea unui program național/local (10,9%), simptome sau alte motive medicale (câte 6,4%); un procent destul de mare de femei (22,3%) l-au efectuat din motive nemedicale.

## Nutriția

Fructele sunt consumate zilnic de 29,7% din populația peste 1 an, iar consumul de cel puțin 4 ori pe săptămână este declarat de 24,9%; numai 0,5% din populație nu consumă fructe. Persoanele cu vârsta până la 44 ani consumă mai multe fructe zilnic decât media, la fel populația feminină și cea urbană.

În ceea ce privește salatele și legumele (dintre care s-au exclus cartofii), 37,9% din populație le consumă zilnic, iar 26,9% de cel puțin 4 ori/săptămână. Surprinzător este consumul în mediul rural: 32,8% consum zilnic de legume față de 42% în urban.

## Activități fizice în ultimele 7 zile

Din populația peste 6 ani, în cele 7 zile premergătoare anchetei, 37,1% au desfășurat activități fizice intense (cu un timp zilnic mediu/persoană de 132'), 60,1% au desfășurat activități moderate (cu un timp mediu de 99'), însă majoritatea (72,9%) au practicat plimbarea și mersul pe jos. Studiul nu menționează dacă aceste activități au fost făcute exclusiv în timpul liber.

## Indicele de masă ponderală

Populația inclusă este cea de vârstă peste 18 ani: 48,4% dintre aceștia au greutate normală, 41,9% sunt supraponderali, iar 7,6% obezi. Grupurile cele mai reprezentative pentru greutatea normală sunt: feminin 18-24 ani (77,8%), masculin 18-24 ani (71,9%), feminin 25-34 ani (67,6%), feminin 35-44 ani (55,5%), feminin peste 75 ani (57,9%).

Pentru categoria supraponderali, reprezentativ este grupul masculin 25-peste 75 și feminin 45-75 ani. Din grupul de obezi fac parte atât femei, cât și bărbați cu vârste între 45-75 ani.

## 17. Concluzii

### 17.1. Percepția stării de sănătate

Populația inclusă în studiu și-a evaluat pozitiv starea de sănătate, 79,8% dintre respondenți declarând că au o sănătate bună sau foarte bună și numai 4,6% apreciind că starea lor de sănătate este proastă sau foarte proastă (Tabelul 4.1). Auto-evaluarea pozitivă a stării de sănătate reprezintă o tendință întâlnită frecvent în cercetările cantitative asupra comunităților de romi. Studii similare realizate în ultimii ani în România (Cace și Vlădescu 2004:26, UNDP 2002:63), Bulgaria, Cehia, Ungaria, Slovacia (UNDP 2002:63) și Grecia (Trichopolou 2009:4) sunt coerente cu studiul de față în această privință. Cercetările calitative efectuate în comunitate (în România, Fleck și Rughiniș 2008:88-103) și analiza unor indicatori obiectivi ai stării de sănătate, precum speranța de viață și mortalitatea infantilă, contrazic estimările sănătății populației rome întemeiate pe autopercepție (UNDP 2002:64) și identifică o serie de probleme structurale care împiedică accesul la servicii medicale de calitate (OSI 2005).

Prevalența interpretării optimiste a stării de sănătate de către populațiile rome din spații geografice și culturale diferite sugerează o construcție culturală diferită a sănătății și a bolii. Un studiu realizat în Spania a relevat că mulți romi „percep sănătatea ca pe absența bolii, iar boala ca pe un fenomen dezabilitant asociat cu moartea” (FSG 2005:13). Boala nu există decât în măsura în care prezintă simptome clare care pun în pericol desfășurarea normală a activităților sau care amenință existența fizică a individului. În momentul în care aceste simptome dispar, persoana se consideră sănătoasă. Definiția oferită de Organizația Mondială a Sănătății, întemeiată pe canonul occidental, menționează explicit diferența de abordare. Pentru organismul internațional, sănătatea este „o stare de bine generală, fizică, mentală și socială și nu doar simpla absență a bolii sau a infirmității”<sup>1</sup>. Prin urmare, putem spune că este posibil ca subiecții romi care își autoevaluează starea de sănătate să excludă din sfera bolii acele manifestări asimptomatice sau ale căror simptome nu pun în pericol activitățile curente.

Starea de sănătate declarată de respondenți trebuie înțeleasă în universul cultural al populației rome și comparată cu alți indicatori. Mai mult de jumătate din populația de peste 45 ani, indiferent de gen, suferă de dizabilități sau boli cronice (Tabelul 4.4); peste 60% dintre bărbații și femeile adulte au carii (Tabelul 9.4); un adult din doi este supraponderal sau obez (Tabelul 15.6). Alimentația nu este echilibrată, existând un consum mic de carne, ouă și pește (Tabelul 15.5), iar activitatea fizică în timpul liber este redusă (Tabelul 15.2). Pe de altă parte, incidența bolilor cronice și a dizabilităților în rândul populației între 5 și 29 de ani nu depășește 4,2% (Tabelul 4.3); odată recunoscute ca atare, afecțiunile sunt tratate prin medicație recomandată de doctor sau autoadministrată (Tabelul 7.8); 96,5% din eșantion a fost cel puțin o dată la doctor (Tabelele 8.1,8.2), iar mai puțin de unul din zece respondenți a suferit accidente în ultimele 12 luni (Tabelul 5.1). Se poate spune că optimismul subiecților cu privire la starea proprie de sănătate este parțial justificat, dar în același timp există probleme importante care trebuie adresate pentru a îmbunătăți condiția fizică a populației.

<sup>1</sup> Preambul la Constituția Organizației Mondiale a Sănătății, adoptat cu ocazia Conferinței Internaționale de Sănătate, New York, 19-22 iunie 1946; semnată pe 22 iulie 1946 de reprezentanții a 61 de state (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) și devenită efectivă începând cu 7 aprilie 1948. Din 1948, definiția nu a fost niciodată modificată.

## 17.2. Lipsa de informare

Studiul nu a urmărit îndeaproape nivelul de informare a populației rome. Cu toate acestea, răspunsurile la câteva întrebări trădează necunoașterea sau cunoașterea imprecisă a drepturilor pe care le au în cadrul sistemului național de sănătate, indiferent de statutul de asigurat. De exemplu, un 45,7% dintre minori nu au beneficiat de vaccinurile incluse în Programul Național de Imunizare, care sunt obligatorii și gratuite (Tabelul 8.11). Mai mult, peste jumătate dintre aceștia nu au beneficiat de nici unul dintre vaccinuri (Tabelul 8.12). Comunitățile izolate se disting prin rata mare de minori nevaccinați (Tabelul 8.13). Părinții a 9,1% dintre copii au motivat că nu au mers la doctor să efectueze vaccinurile din cauza lipsei de informații. Procentul este probabil mai mare ținând seama că 9,4% dintre minori nu au făcut toate vaccinurile obligatorii din motive financiare. Cu toate că există un cost indirect asociat vaccinării (cheltuieli de transport până la centul sanitar și, în unele cazuri, plăți informale), este de presupus că o parte dintre respondenții care au justificat economic nevaccinarea copiilor nu au fost corect informați cu privire la drepturile pe care sistemul medical le asigură copiilor, indiferent de statutul economic și de asigurat al părinților. De asemenea, în cazul a 47,9% dintre copiii care nu fost imunizați, părinții au uitat să meargă la doctor (Tabelul 8.14). Procentul mare de părinți care au uitat sugerează că avem de a face cu o problemă de informare în primul rând, neexistând o campanie susținută de promovare a Programului Național de Imunizare care să prezinte utilitatea vaccinării, perioada optimă pentru efectuarea acestora și condițiile financiare în care se face.

## 17.3. Preocuparea pentru sănătate

Preocuparea pentru sănătate reprezintă un concept dificil de definit având în vedere diferitele accepții ale sănătății. Pentru comunitățile în care tradițiile joacă un rol important, evaluarea preocupării pentru sănătate este necesar să acopere nu doar atitudinile și comportamentul subiecților față de metodele moderne de prevenire, control și vindecare a bolilor, dar și atitudinile și comportamentele privitoare la practicile tradiționale de menținere a sănătății. Este dincolo de obiectivul prezentului studiu să urmărească ideile și credințele legate de sănătate, măsurile preventive și curative tradiționale, consumul de plante medicinale nefarmaceutice, practicile taumaturgice (descântecul, deochiul) și religioase de evitare și eliminare a bolii. Prin urmare, preocuparea pentru sănătate este înțeleasă aici în primul rând ca interesul manifestat de membrii comunității rome față de metodele **moderne** de prevenire, control și tratament al afecțiunilor **medicale**. Avem de a face, inevitabil, cu o reprezentare incompletă a preocupării pentru sănătate. Operațional, preocuparea pentru sănătate a fost măsurată pe baza consumului de medicamente, frecvenței vizitelor la medic și la dentist și metodelor de hrănire a copiilor.

Consumul de medicamente pe eșantionul selectat a fost de 62,8%, observându-se diferențe semnificative atât pe gen, cât și pe categorii de vârstă. Dintre adulți, trei femei din patru și un bărbat din doi consumă medicamente, iar consumul crește odată cu înaintarea în vârstă, populația peste 45 de ani înregistrând cea mai ridicată rată din eșantion (83,5%, Tabelul 7.7). Între simptome și tipul de medicamente consumate există coerență, semn că problemele de sănătate tind să fie tratate medicamentos în cadrul comunităților de romi. Dintre minorii care și-au redus activitatea în ultimele 12 luni din motive medicale, 83% au avut probleme cu gâtul, tuse, răceală sau gripă, iar 52,9% au avut febră (Tabelul 6.3). Medicamentele cele mai consumate de minori au fost contra răcelii și gripei, urmate de antipiretice, vitamine și minerale. De asemenea, unul din cinci consumatori minori de medicamente a utilizat antibiotice (Tabelul 6.3).

Studiul a relevat de asemenea că autoconsumul de medicamente reprezintă un fenomen larg răspândit în populația studiată. Unul din doi consumatori de medicamente contra răcelii și gripei șase din șapte utilizatori de antibiotice își administrează singuri tratamentul medicamentos (Tabel 7.4.). Administrarea de medicamente fără consultul prealabil al doctorului se întâlnește atât la copii cât și la adulți, iar vârsta la care autoconsumul devine prevalent este, în cazul antibioticelor, 7 ani (Tabel 7.6.). Trebuie menționat că în studiu autoconsumul a fost operaționalizat drept consum de medicamente obținute fără rețetă medicală, fără a se face referire la existența sau absența unei rețete obținute în



trecut pentru o afecțiune cu simptome asemănătoare. Pe baza informațiilor colectate în studiu, nu s-au putut identifica mecanismul autoadministrării de medicamente, situațiile care impun vizite la doctor și situațiile pentru care se consideră oportun autoconsumul și nici frecvența situațiilor în care tratamentul impus de medic este completat de automedicație. Autoconsumul de medicamente (în special de antibiotice) reprezintă o sursă potențială de risc pentru utilizator. Tratamentul poate fi neadecvat condiției medicale, greșit dozat, poate interfera cu tratamentul pentru alte afecțiuni, iar în cazul antibioticelor poate crea bacterii rezistente la tratament (Grigoryan *et al.* 2007:153).

Majoritatea subiecților efectuează cel puțin o vizită pe an la medic. Numai 2,3% dintre minori și 3% dintre adulți au declarat că nu au mers niciodată în viață la doctor, în vreme ce 47,6% dintre minori și 29,1% dintre adulți au declarat că au fost la doctor în luna calendaristică anterioară interviului (Tabelele 8.1, 8.2). Cei mai mulți subiecți au mers la doctor pentru diagnostic sau tratament (50,4%) și control (31,6%, Tabelul 8.6).

Vizitele la stomatolog au loc mai puțin frecvent decât cele la medic, 44,3% dintre subiecți declarând că nu au fost niciodată în viață la dentist (Tabel 9.1). Persoanele care trăiesc în zone sau cartiere izolate de oraș și cu stare proastă de sănătate sunt cele mai susceptibile să nu fi accesat servicii stomatologice, în vreme ce persoanele care locuiesc în zone sau cartiere integrate și cu stare bună de sănătate au șansele cele mai mari să fi mers la dentist. În cele trei luni premergătoare interviului, minorii au fost în proporție mai mare decât adulții la stomatolog (9.1), dar adulții care au mers au efectuat mai multe ședințe (Tabelul 9.2).

În urma cercetării, s-a remarcat că alăptarea reprezintă metoda principală de hrănire a nou-născuților. 98% dintre copiii mai mici de 6 săptămâni și 80% din cei între 6 săptămâni și 3 luni sunt hrăniți exclusiv la sân (Tabelele 15.1 și 15.2), hrănirea făcându-se diversificat începând cu 3 luni. 93,8% dintre copiii din categoria de vârstă 3 luni – 6 luni continuă să fie alăptați, dar alimentația a 54,7% dintre copii este suplimentată prin introducerea altor alimente (Tabelul 15.3). Organizația Mondială a Sănătății recomandă utilizarea exclusivă a alăptării ca metodă de hrănire a nou-născuților până la vârsta de 6 luni, considerând că alăptarea oferă nutrienții necesari unei dezvoltări psihosomatice normale.

Din analiza consumului de medicamente, a vizitelor efectuate la medici și stomatologi și a stilului de hrănire a nou-născuților, se pot trage două concluzii: populația romă manifestă o preocupare reală pentru sănătate; preocuparea nu este întotdeauna controlată medical.

#### 17.4. Probleme de sănătate

Din studiu, nu reiese o patologie specifică populației romă. La fel ca și restul populației, romii se confruntă cu patologii cardio-vasculare și boli de nutriție, copiii suferind îndeosebi de afecțiuni ale aparatului respirator. Patru din cinci minori care au fost nevoiți să își întrerupă activitatea în cele două săptămâni dinaintea interviului au acuzat probleme cu gâtul, tuse, răceală sau gripă, în vreme ce unul din doi a prezentat febră. Dintre adulți, 57,6% au avut dureri de cap, 52,3% dureri de oase, iar 34% dureri în zona pieptului. Se remarcă, de asemenea, o distribuție inegală a simptomelor în funcție de gen. De 2,7 ori mai multe femei din populația studiată au dureri de oase decât bărbații și de 4 ori mai multe femei adulte simt dureri în zona pieptului. Pe de altă parte, de două ori mai puține femei acuză simptome legate de aparatul respirator și nervozitate, depresie sau tulburări de somn.

Nutriția inadecvată și consecințele ei imediate, supraponderalitatea și obezitatea, împreună cu practicarea insuficientă a exercițiilor fizice, reprezintă factori majori de risc pentru sănătatea populației romă din România. Subiecții cercetării au o alimentație relativ diversă, dar neechilibrată caloric și nutritiv. Pâinea și produsele făinoase sunt consumate zilnic de 86,9% din populație, urmate de paste făinoase și orez, cu 63,3%. Dieta bogată în cereale justifică supraponderabilitatea. Analiza alimentației relevă de asemenea un consum relativ redus de pește, ouă și carne (Tabelul 15.4), indicând un deficit de proteine animale, acizi grași saturați și fosfor. Acești nutrienți sunt importanți îndeosebi pentru dezvoltarea psihomotorie a copilului. Consumul de lapte se încadrează în standardele recomandate de Organizația Mondială a Sănătății.



## 17.5. Accesul și utilizarea serviciilor de sănătate

Organizația Mondială a Sănătății a identificat trei dimensiuni ale unui sistem de sănătate eficient: accesibilitatea, utilizarea și eficiența. Accesibilitatea se referă la existența unor servicii medicale, la posibilitatea reală a utilizării lor, la cost și la gradul de toleranță al sistemului (exprimat prin acceptarea unor culturi minoritare, idei și credințe diverse etc). Utilizarea însumează accesibilitatea și comportamentul individual referitor la sănătate. Eficiența se măsoară în funcție de diferite variabile, printre care se numără calitatea sistemelor de asigurare, numărul și calitatea resurselor, comportamentul individual referitor la sănătate și factori externi (de mediu, biologici, sociali, HSPA:126).

Cercetarea de față tratează cu precădere accesul și utilizarea serviciilor de sănătate. Operaționalizarea accesului se realizează pe baza următorilor indicatori: existența unor centre medicale care să deservească populația studiată, durata deplasării de acasă până la unitatea sanitară și posibilitatea de a face o programare. Existența asigurării medicale sau accesul la beneficiile oferite de aceasta (în cazul categoriilor sociale excluse de la plata cotizației către Casa Națională de Asigurări de Sănătate) reprezintă un indicator extrem de util pentru a măsura accesul la sănătate; formularea întrebării legate de asigurare și variantele de răspuns incluse în chestionar fac indicatorul imposibil de aplicat în cazul sistemului sanitar românesc. Utilizarea serviciilor de sănătate este estimată pe baza numărului și frecvenței vizitelor efectuate la cabinetele medicilor și dentiștilor, accesării serviciilor de urgență și spitalizării.

Existența unor unități medicale care să deservească populația reiese din numărul mare al persoanelor care au beneficiat de consultații medicale și durata medie a deplasării până la unitatea medicală. Astfel, s-a remarcat că numai 2,8% din întreaga populație nu a fost niciodată la doctor, (Tabel 8.2) procentul fiind mai mare în cazul persoanelor care locuiesc în barăci și adăposturi improvizate (9,5%, Tabelul 8.4). De asemenea, timpul mediu de acces la o unitate medicală nu depășește jumătate de oră, răspunsul cel mai frecvent obținut în timpul interviului fiind de 20 de minute. În privința programării la doctor, din cei 178 de subiecți care nu au primit îngrijire medicală în ultimele 12 luni, doar 6,7% au invocat neputința de a obține o programare. Alți 10,7% au menționat că timpul de așteptare era prea lung (Tabelul 8.10). Absența statutului de asigurat și a beneficiilor care decurg din acesta și lipsa mijloacelor de transport au fost de asemenea menționate ca obstacole în calea accesării serviciilor medicale.

Din răspunsurile subiecților, reiese că infrastructura sanitară care deservește comunitățile de romi este în general suficientă și accesibilă. În ciuda acestui fapt, utilizarea serviciilor de sănătate este inegală, serviciile stomatologice fiind folosite într-o măsură semnificativ mai mică decât serviciile de medicină generală. Procentul celor care nu au fost niciodată la stomatolog este de 44,3%, observându-se o diferență importantă în funcție de locuire. Persoanele care trăiesc în cartiere sau zone izolate de oraș și cu o stare proastă de sănătate nu au fost în proporție de 78,5% la dentist, față de numai 35,5% din cei care trăiesc în cartiere sau zone integrate, cu o stare bună de sănătate. Accesul redus la servicii stomatologice poate avea cauze economice, având în vedere că majoritatea cabinetelor de medicină dentară sunt particulare, iar asigurările acoperă numai rareori servicii stomatologice.

## 17.6. Bariera economică

Pentru că în chestionarul adresat subiecților nu au fost introduse întrebări despre situația economică a membrilor gospodăriei, este imposibil să evaluăm direct impactul factorului economic asupra accesării serviciilor medicale. O situație economică precară este probabil să afecteze atât accesul propriu-zis, cât și calitatea actului medical. Aproape unul din cinci subiecți care ar fi necesitat îngrijire medicală în cele 12 luni dinaintea interviului dar nu au primit-o au pus acest lucru pe seama banilor. Alți 47% nu au mers la doctor pentru că fie nu aveau asigurare medicală, fie asigurarea nu acoperea serviciile de care aveau nevoie (Tabelul 8.10). De asemenea, părinții a 9,4% dintre minorii care nu au efectuat toate vaccinările obligatorii și gratuite au invocat situația financiară (Tabelul 8.14).

## 18. Recomandări

1. Dezvoltarea de ghiduri de practică pentru servicii comunitare integrate, cu implicarea tuturor "actorilor" pentru sănătate: medic de familie și asistentul său de cabinet, asistent medical comunitar și mediator sanitar pentru romi (eventual și asistentul social și un factor de decizie din primărie). Scopul este de a răspunde prompt și coerent nevoilor de sănătate identificate în fiecare comunitate.
2. Organizarea de campanii de informare și programe de comunicare pentru schimbare de comportament pentru un stil de viață sănătos, cu accent pe problemele prioritare de sănătate publică și pe determinanți ai sănătății. Aceste campanii/programe vor avea un impact cu atât mai mare dacă: se vor adresa unor grupe de vârstă mai mici (chiar preșcolari), vor fi continue (cuprinzând toate generațiile) și vor include elemente din cultura beneficiarilor.
3. Instruirea continuă, bazată pe o programă acreditată, a personalului care lucrează în comunitate pe probleme de sănătate: asistenți medicali comunitari și mediatore sanitare pentru comunitățile de romi.
4. Înființarea de servicii mobile destinate problemelor prioritare de sănătate publică: îngrijire mamă și copil (incluzând și servicii de vaccinare), testare pentru depistarea cancerului de col uterin, asistența medicală pentru persoanele vârstnice sau cu dizabilitate etc. Aceste servicii vor fi înființate în zonele izolate, cele cu număr mare de neasigurați sau în care lipsește personalul medical. Finanțarea unor astfel de soluții poate fi furnizată de către Ministerul Sănătății (infrastructura și personalul), dar și de comunități (costurile de utilizare).



## 19. Bibliografie

### Lucrări generale, studii

- Cace, Sorin și Cristian Vlădescu (coord). 2004. *Starea de sănătate a populației Roma și accesul la serviciile de sănătate*. București: Expert
- Comisia Prezidențială pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România. 2008. *Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului*
- European Health for All database (HFA-DB). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, disponibil la <http://www.euro.who.int/HFADB> (accesat 31 iulie 2009)
- Fleck, Gábor și Cosima Rughiniș. 2008. *Vino mai aproape: Incluziunea și excluziunea romilor în societatea românească de azi*. București: Human Dynamics
- Grigoryan, Larissa et al. 2007. „Is Self-medication with Antibiotics in Europe Driven by Prescribed Use?”, în *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 59: 152-156
- Institutul Național de Statistică. 2008. *Starea de sănătate a populației din România*
- Ministerul Sănătății Publice, Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății. 2008. *Anuar de statistică sanitară 2007*
- Open Society Institute. 2005. *Mediating Romani Health: Policy and Program Opportunities*. New York: OSI
- Trichopolou, Anna. 2009. „Social Exclusion and Inequalities in Health: the Case of the Greek Roma”, prezentare în cadrul conferinței *Health and Society*, organizată de Asociația de Sociologie din Cipru la Nicosia, 3-5 aprilie 2009. Disponibil la [www.sociology.org.cy/pdfs/Trichopoulou.pdf](http://www.sociology.org.cy/pdfs/Trichopoulou.pdf) (accesat 15 iulie 2009)
- UNDP. Regional Bureau for Europe and CIS. 2002. *The Roma in Central and Eastern Europe: Avoiding the Dependency Trap*. Bratislava: UNDP

### Legi, ordine, norme metodologice

- Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății
- Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009.
- Notă cu privire la definirea pachetului general de servicii medicale din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și introducerea tichetelor pentru sănătate prezentată Primului Ministru de către Ministrul Sănătății, iulie 2009
- Ordinul 617/2007 pentru aprobarea Normelor metodologice privind stabilirea documentelor justificative pentru dobândirea calității de asigurat, respectiv asigurat fără plata contribuției, precum și pentru aplicarea măsurilor de executare silită pentru încasarea sumelor datorate la Fondul national unic de asigurari sociale de sănătate



## Anexă 1. Eșantion

Eșantion inițial						
Județ	Localitate	Regiune	Mediu	Populație	pi_1	Nr gospodării
Cluj	Municipiul Cluj-Napoca	1	1	3029	0.2129	30
Sibiu	Municipiul Mediaș	1	1	1959	0.1377	20
Brasov	Oras Zărnești	1	1	879	0.0618	10
Brasov	Ormeniș	1	2	1283	0.0729	5
Sibiu	Brateiu	1	2	1025	0.0582	5
Mureș	Bahnea	1	2	991	0.0563	3
Bistrita-Năsăud	Cetate	1	2	713	0.0405	3
Harghita	Lazarea	1	2	44	0.0025	2
Bihor	Municipiul Oradea	2	1	2449	0.2110	30
Maramures	Municipiul Baia Mare	2	1	2092	0.1802	30
Timis	Municipiul Timișoara	2	1	3062	0.2638	30
Bihor	Săcueni	2	2	1747	0.1111	10
Bihor	Osorhei	2	2	633	0.0402	5
Maramures	Săcălășeni	2	2	687	0.0437	5
Sălaj	Dragu	2	2	359	0.0228	3
Sălaj	Valcau de Jos	2	2	287	0.0182	2
Constanta	Municipiul Constanța	3	1	2962	0.1640	30
Calarăși	Municipiul Calarăși	3	1	2418	0.1339	30
Calarăși	Oras Budești	3	1	2038	0.1128	30
Dâmbovița	Cojasca	3	2	4795	0.3288	15
Ialomița	Armașești	3	2	4162	0.2854	15
Buzău	Calvini	3	2	1542	0.1057	10
Prahova	Filipeștii de Târg	3	2	1408	0.0966	10
Calarăși	Dragalina	3	2	786	0.0539	5
Galați	Municipiul Tecuci	4	1	1540	0.2064	30
Galati	Municipiul Galați	4	1	1483	0.1988	30
Vrancea	Municipiul Focșani	4	1	1093	0.1465	30
Bacău	Gura Văii	4	2	811	0.0764	10
Galați	Ivești	4	2	1327	0.1249	10
Iași	Moțca	4	2	459	0.0432	5
Vrancea	Slobozia Bradului	4	2	3241	0.3052	15
Dolj	Municipiul Craiova	5	1	8820	0.9946	50
Gorj	Municipiul Târgu Jiu	5	1	2916	0.3288	30
Olt	Municipiul Slatina	5	1	761	0.0858	10
Dolj	Sadova	5	2	1660	0.1958	10
Dolj	Lipovu	5	2	1158	0.1366	10
Dolj	Vărtop	5	2	413	0.0487	5
Olt	Gradinari	5	2	713	0.0841	5
București	Municipiul București	6	1	27322	1.0000	70
Ilfov	Oras Buftea	6	1	410	1.0000	3
Ilfov	Oras Otopeni	6	1	13	1.0000	2
Ilfov	Jilava	6	2	1232	0.3494	20
Ilfov	Cernica	6	2	1230	0.3488	20
Ilfov	Pantelimon	6	2	896	0.2541	20
<b>Total</b>						<b>723</b>



---

## Anexă 2. Health and the Roma Community: Analysis of the Situation in Romania

### *Summary of the Research*

#### **Scope and context**

The report "Health and the Roma Community: The Analysis of the Situation in Romania" is based on a descriptive and exploratory quantitative research aiming to identify the health condition within the Roma community. The research should be used to identify policies to combat inequalities and improve the living conditions of the target group. The questionnaire gathered information about the characteristics of the Roma population (demographic structure, social environment, household, and education), the self-perceived state of health, the access and use of medical services, the use of medical drugs, and the lifestyle of the subjects. The diversity of the questions allows a better understanding of the overall state of health of Roma in Romania and the difficulties they face in accessing the health services. The inherent drawback of this approach consists in the partial or complete omission of some relevant phenomena for assessing the Roma health situation. For example, the operationalization of the access to healthcare was based on three dimensions – the existence of health medical centers in the proximity of Roma settlements, the possibility of accessing the medical services offered by these facilities, and the effective use of the medical centers. Nonetheless, the research has not covered at all the effectiveness of the medical use, and covered insufficiently the limits imposed by the medical insurances, the experience of discrimination, and the racism of parts of the medical staff. These topics need to be addressed by future studies in order to get an even more accurate image of the phenomenon.

This research has been conducted as part of the project "Health and the Roma community. The analysis of the Situation in Europe", project that is implemented simultaneously in six countries, through national organization that promote the improvement of the living conditions in the Roma community: Health of Roma Foundation in Bulgaria, Office of the Council for Roma Community Affairs (RVZRK) in the Czech Republic, EXFINI POLI in Greece, Rede Europeia Anti Pobreza in Portugal, The Roma Center for Social Intervention and Studies (Romani CRISS) in Romania, and Partners for Democratic Change (PDCS) in Slovakia. The project coordinator is the Fundacion Secretariado Gitano (FSG) from Spain, which has previously conducted a similar research, with the financial support of the European Union, in the context of the Public Health Program.

The specific objects of the project are the collection of real data concerning the health status of the Roma population; the use of these data to develop a general diagnosis of the Roma health; and the analysis of the research findings. The gathered data will equally serve to develop strategies and recommendations to improve the current policies.



## Methodological aspects

The research was conducted on a representative sample of the Roma population in Romania (759 households). The questionnaire was administered through face-to-face interviews realized at the respondent's residence by a trained team of operators. Due to the lack of data about the population distribution on gender and age categories, the research team decided to apply the questionnaire to every member of the household. In this way, information has been collected about 2616 persons. To avoid the reluctance or refusal of some selected subjects to discuss frankly with non-Roma interviewers, the entire network of operators was exclusively Roma.

Through the questionnaire, data has been collected on 12 topics: self-perceived health status and diseases; accidents; main limitations of everyday activities due to health problems; medical drugs use; visits to the doctor's office; visits to the dentist; hospitalization; use of emergency healthcare services; preventive health measures taken by women; social support; amount of physical activity and rest; and nutrition. During the process of adapting the international questionnaire to the specific of the Roma communities living in Romania, the research team decided to eliminate a chapter assessing the tobacco and alcohol use. Romani CRISS believes that such a topic requires a slightly different approach, combining quantitative with qualitative research methods in order to correctly evaluate how much tobacco and alcohol do the Roma people consume and what are the underlying reasons for that. In total, the questionnaire included 73 questions and was 15 pages long. In order to facilitate its administration, it was divided into five smaller questionnaires, one of them intended to identify the Roma households (the selection questionnaire), and the others to collect data about the subjects: the household questionnaire (H12, H13, H14, and H15), the personal file (H1-H7, H9, and H11), the questionnaire for minors (M1-M52), and the questionnaire for adults (A1-A73). There were two possible main limitations in the study. In the absence of reliable information about the structure of Roma population according to housing, there is the risk that disproportionately few subjects living in improper conditions have been included in the sample. The second limitation arises from the lateness of the team conducting fieldwork in the Western part of the country; thus, the number of questionnaires collected in the respective area was smaller than initially foreseen.

## Findings and recommendations

### 1. The perceived state of health

The sample evaluated positively the state of health. 79.8% of the respondents declared their health was either good or very good, whereas only 4.6% considered they were in a bad or very bad state. The positive self-evaluation of the health condition represents a common trend in the quantitative studies focusing on Roma population. Similar research conducted in the previous years in Romania (Cace și Vlădescu 2004:26, UNDP 2002:63), Bulgaria, Czech Republic, Hungary, Slovakia (UNDP 2002:63), and Greece (Trichopolou 2009:4) are consistent with our study in this regard. Nonetheless, studies based on qualitative methods (in Romania, Fleck and Rughiniș 2008:88-103), as well as the analysis of objective indicators of the health condition, such as life expectancy and infant mortality, contradict the estimations obtained through self-evaluation (UNDP 2002:64) and identifies a series of structural problems preventing the access to quality health services (OSI 2005).

The prevalence of optimism regarding the state of health in Roma communities coming from various geographical and cultural areas suggests a different cultural construction of health and disease. A report published in Spain revealed that "a large percentage of Roma conceive health as the absence of disease, and disease as an incapacitating phenomenon linked to death" (FSG 2005:13). A disease is not considered to exist unless it shows some clear symptoms that prevent the individual from accomplishing the daily activities or put his physical existence into danger. Upon the disappearance of the symptoms, the person considers himself/herself healthy again. The World Health Organization comes with a completely different approach of health, based on the Western canon. For the international organization, "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and

not merely the absence of disease or infirmity.”<sup>1</sup> Therefore, we can assume that a large part of the Roma respondents who declare a good overall state of health do not consider as disease the asymptomatic problems or those diseases that do not interfere with the performance of the daily activities.

The state of health identified by the respondents should be understood in the cultural universe of the Roma population and compared with other indicators. Our research found that over half of the population aged 45 and over, without gender difference, suffers of disabilities or chronic diseases; over 60% of adult men and women have cavities; one out of two adults is either overweight or obese. The nutrition is unbalanced, with a consumption of meat, eggs, and fish below the recommended levels, and most subjects perform little if any physical activity outside work. On the other hand, the study shows that the incidence of disabilities and chronic diseases in the population aged 5 to 29 is less than 4.2%; less than one out of ten subjects suffered an accident in the previous 12 months; medicines are widely used once a disease has been identified; and 96.5% of the persons in the sample made at least one visit to the doctor. In conclusion, the optimism of the subjects regarding their health status is partially justified; however, there are some important problems that need to be addressed in order to improve the health of Roma.

## 2. The lack of information

The study did not focus on assessing the Roma access to information regarding healthcare. Nonetheless, the answers provided to some questions indicate a widespread lack of knowledge concerning the rights Roma people are entitled to within the National Health System, regardless of insurance. For example, 45.7% of the minors in the sample did not receive all the vaccines required by the National Immunization Program, in spite of the fact that they were mandatory and provided free of charge. Moreover, half of them did not get any single immunization. Children living in neighborhoods and areas isolated from the town were particularly at risk of not completing the required immunization. In the case of 9.1% of the children, parents claimed they had not been aware of the immunization program. The percentage is likely to be higher if we keep into account that another 9.4% of the minors didn't get the mandatory vaccines due to the lack of economic resources. Although there is an indirect cost associated to the immunization (including the transportation to and from the healthcare center and, in some cases, informal payments), it is reasonable to believe that at least a part of the parents in this category had not been correctly informed about the rights they are entitled to under the Romanian healthcare system. The parents of 47.9% of the children who did not get the mandatory vaccination mentioned they forgot to go to the doctor's office. The large number of persons in this category suggests that at least part of the responsibility belongs to the authorities. The National Immunization Program was unsuccessful in presenting the utility of the vaccination, the optimal period for completing it, and the existence of mandatory vaccines provided free of charge.

## 3. The preoccupation with health

The preoccupation with health represents a difficult to define concept, given the various cultural understandings of health. For the communities in which traditions play an important role in the social life of the group, the evaluation of the preoccupation with health should cover not only the attitudes and behavior of the subjects regarding modern methods of prevention, control and treatment of diseases, but also the attitudes and behavior regarding the traditional practices of maintaining health. It was beyond the scope of this study to follow the ideas and practices surrounding health, the traditional preventive and curative measures, the consumption of medical plants, and the thaumaturgical practices of avoiding and healing disease (such as incantations and protection against the evil eye). The current research focused solely on the interest shown by the members of the Roma community towards the **modern** methods of prevention, control, and treatment of the **medical** disorders. The preoccupation with health was measured on the grounds of drug use, frequency of

<sup>1</sup> Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

visits to the doctor and dentist, and the nutrition of infants. Inevitably, we deal with an incomplete representation of the interest towards health.

62.8% of the sample used drugs in the two weeks prior to the interview. Significant differences have been observed on gender and age categories. Among adults, three women out of four and one man out of two consumed drugs. The consumption increases with age; the people aged 45 and over have the highest proportion of drug consumers (83.5%). The pharmaceutical substances consumed correspond to the symptoms identified by the subjects, suggesting that in Roma community health problems tend to be approached through drugs. Among the minors who had to reduce the activity for medical reasons in the previous 12 months, 83% had throat problems, cough, cold, or flu, and 52.9% had fever. The most widely used pills by minors were those against cold and flu, followed by antipyretics, vitamins, and minerals. One out of five minor consumers used antibiotics.

The study also revealed that the self-consumption of drugs represents a widespread phenomenon among Roma. One user of cold or flu drugs out of two and six consumers of antibiotics out of seven decide upon the treatment without consulting a doctor. The self-administration of drugs is encountered among minors as well as adults. The age when the self-consumption rate becomes prevalent is 7. However, a methodological aspect needs to be mentioned. The operationalization of the self-consumption was based on the use of medicines without medical prescription, but no information was collected regarding the existence of a prescription obtained in the past for similar symptoms. Using the information collected in the study, it was impossible to identify the mechanism of self-administration of drugs, the kind of situations requiring visits to the doctor's office and the kind of situations where self-treatment is considered more appropriate, or the amount in which prescribed drugs are combined with self-administered drugs. The self-consumption of drugs (especially antibiotics) represents a potential source of risk for the user. The treatment might be inappropriate for the medical condition, might be incorrectly dosed, might interfere with the treatment for other diseases, and, in the case of antibiotics, can create bacteria resistant to treatment (Grigoryan *et al.* 2007:153).

Most subjects make at least a visit to the doctor every year. Only 2.3% of the minors and 3% of the adults declared they had never been to the doctor's office, whereas 47.6% of the minors and 29.1% of the adults did at least one visit in the month before the interview. Most subjects went to the doctor for diagnostic or treatment (50.4%) or control (31.6%).

Fewer people go to the dentist as compared to the doctor. 44.3% of the subjects declared they had never been to the dentist. Persons living in areas or neighborhoods isolated from the town and with a poor health level are most susceptible of not having accessed dental care services, whereas persons living in integrated areas with good health status have the highest chances of having done a visit to the dentist. In the three months preceding the interview, the minors went in higher proportion than the adults to the dentist; however, the adults performed on average more visits than the rest of the population during the same period.

Concerning nutrition habits, breastfeeding represents the most common form of infant nutrition. 98% of the children in the age group 6 weeks to 3 months are exclusively fed naturally. After that age, the nutrition diversifies. 93.8% of the children 3 to 6 months old continue to rely on breastfeeding, but the nutrition of 54.7% of the children is supplemented with different food. The World Health Organization recommends that "infants should be exclusively breastfed for the first six months of life to achieve optimal growth, development and health" (WHO 2009).

Two conclusions can be drawn on the ground of drug use, visits to doctors and dentists, and infant nutrition: first, the Roma population displays a real concern for health; second, the preoccupation does not always take a medical form.

#### 4. Health problems

The study does not reveal any ethnic-specific pathology for the Roma population. Cardiovascular pathologies and nutrition-related diseases represent the most common health problems among adults; children suffer of disorders of the respiratory system. 4 out of 5 minors had to cease their regular activities in the two weeks preceding the interview because they had throat troubles, cough, cold or flu; 1 out of 2 minors had fever. In the same period, 57.6% of adults had headaches, 52.3% faced bone, spinal cord, or joint pain, and 34% had chest pain. The distribution of symptoms according to gender is not equal. Bone, spinal cord, or joint pain was more frequently encountered among women; the same tendency was recorded for chest pain. On the other hand, a smaller proportion of the women in the sample present symptoms related to the respiratory system and nervousness, depression, or sleep-related troubles.

The inadequate nutrition and its immediate consequences, overweighting and obesity, combined with the insufficient physical activity, represent major risk factors for the health of Roma in Romania. The subjects have a relatively diverse alimentation, but the nutrition is calorically unbalanced. Bread, cereals, and similar products are consumed on a daily basis by 86.9% of the population; the second category of food products in the consumption ranking is pasta and rice, which are encountered in the everyday alimentation of 63.3% of the population. The large consumption of cereal-based products justifies overweighting. The study also showed a relatively low consumption of fish, eggs, and meat, leading to a deficit of animal protein intake, a deficit of saturated fat acids intake, and a deficit of phosphorus intake. These nutrients are important for the normal development of the child.

#### 5. The access and use of healthcare services and facilities

The World Health Organization identified three dimensions of an efficient healthcare system: access, utilization, and efficiency: „Access was defined in terms of availability, accessibility, affordability and acceptability. Utilization was the combination of access and personal health behavior. Effectiveness was considered a function of several variables, including efficacy, inputs (amount and quality of resources), quality assurance mechanisms (process of service delivery, provider performance), patient compliance and health behavior, and external factors (environmental, biological, social, etc).” (HSPA: 126)

Our research focuses especially on the access and utilization of the health services. The operationalization of the access is done based on the following indicators: the existence of medical centers serving the studies population; the duration of the transport to and from the healthcare center; and the possibility of getting an appointment. The existence of a medical insurance or the access to the services provided by it (for the persons who get benefits without having to pay the cost of the insurance, such as children and unemployed or retired persons) represent a meaningful way of assessing the access to healthcare; nonetheless, the way in which the question related to insurance is coded make it impossible to use in the case of Romania. The utilization of the medical services is estimated based on the number and frequency of visits made to the doctors' and dentists' offices, the use of emergency services, and the rate of hospitalization.

The existence of healthcare units to serve the population results from the combined use of two indicators: the number of persons who made visits to the doctor and the average time of transportation from home to the medical center. Only 2.8% of the entire population has never gone to the doctor, the percentage being higher in the case of population living in shanty towns. The medium access time to a medical facility is about 30 minutes, and the most common response from the subjects was 20 minutes.

Regarding the appointment, out of the 178 subjects who did not receive medical care in the previous 12 months despite needing it, only 6.7% mentioned the difficulty of obtaining an appointment. Other 10.7% mentioned that the waiting time was too long. It is worth noting that the absence of the insurance and insurance benefits as well as the lack of transportation have also been mentioned as obstacles for accessing medical services.

Based on the subjects' responses, the medical infrastructure serving Roma communities is generally adequate and accessible. Despite this, the use of medical services is unequal, dental care facilities being used significantly less than the general medicine services. The percentage of people having never gone to the dentist is 44.3%, an important distinction existing according to housing. The persons living in neighborhoods and areas isolated from the town and with a poor state of health have never been to the dentist in proportion of 78.5%, as compared to only 35.5% of the people living in integrated areas, with a good state of health. The limited use of dental care facilities might have economic causes, considering that most dentists' offices are private, and the insurance only rarely covers dentistry interventions.

## **6. The economic barrier**

It is impossible to measure the impact of the economical status over the access to medical services given that the questionnaire did not cover the economic status of the households and individuals. However, it is likely that a low level of economic resources translates into limited access to medical acts. One out of five subjects who needed health treatment in the twelve months preceding the interview but could not obtain it considered that either the medical services were too expensive or they could not afford them. Another 47% did not go to the doctor because they lacked insurance or the insurance did not cover the services they needed. Besides that, the parents of 9.4% of the minors who did not complete the immunization program put the withdrawal on behalf of a poor financial situation.

## **Recommendations**

- 1.** The development of good practice guides for integrated community services, with the involvement of all actors in the sanitary system: family doctor and assistant, community nurse, health mediator for Roma. The scope is to answer promptly and in a coherent manner to the health needs identified in every community.
- 2.** The organization of information campaigns and communication programs for the change of behavior and a healthy lifestyle, with emphasis on the top priority problems and health determinants. These campaigns/programs could have a higher impact if they would be addressed to younger people (including preschool children), would be continuous (including all generations) and would include elements from the culture of the beneficiaries
- 3.** Continuous formation, based on an accredited curricula, of the personnel that works in the community on health issues: community nurses and health mediators for Roma communities
- 4.** The establishment of mobile medical services to address the high priority public health issues: care for mothers and children (including immunization); screening for cervical cancer; medical assistance to the old persons or persons with disabilities, and so forth. These services should be established in remote areas, areas with a high number of uninsured Roma, or areas with a qualified medical staff shortage. The financial support for these mobile medical services could be provided by the Romanian Ministry of Health (infrastructure and personnel) and the communities (covering the utilization costs).

## Bibliography

- Yearbook of health statistics 2007 – Ministry of Public Health, National Center for Organization and Assurance for the Informational and Informatics System in Health Area, 2008
- Cace, Sorin and Cristian Vlădescu (coord). 2004. Health status of Roma population and access to health services. Bucharest: Expert
- Fleck, Gábor and Cosima Rughiniş. 2008. Come closer: Inclusion and exclusion of Roma in Romanian society today. Bucharest: Human Dynamics
- Grigoryan, Larissa *et al.* 2007. "Is Self-medication with Antibiotics in Europe Driven by Prescribed Use?", in *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 59: 152-156
- Health For All Database
- The detailed rules for implementing the Framework Agreement on the granting of medical care under the Health Insurance for the year 2009.
- Open Society Institute. 2005. *Mediating Romani Health: Policy and Program Opportunities*. New York: OSI
- Health of the population in Romania - Bucharest 2008, National Statistics Institute
- Trichopolou, Anna. 2009. „Social Exclusion and Inequalities in Health: the Case of the Greek Roma”, presentation during the conference *Health and Society*, organized by the Association of Sociology of Cyprus in Nicosia, 3-5 April 2009. Available at [www.sociology.org.cy/pdfs/Trichopoulou.pdf](http://www.sociology.org.cy/pdfs/Trichopoulou.pdf) (accessed 15 July 2009)
- UNDP. Regional Bureau for Europe and CIS. 2002. *The Roma in Central and Eastern Europe: Avoiding the Dependency Trap*. Bratislava: UNDP

