

STUDII DE ATELIER  
CERCETAREA MINORITĂȚILOR  
NAȚIONALE DIN ROMÂNIA

WORKING PAPERS IN ROMANIAN  
MINORITY STUDIES

MŪHELYTANULMÁNYOK  
A ROMÁNIAI KISEBBSÉGEKRŐL



**ISPMN**

INSTITUTUL PENTRU STUDIAREA  
PROBLEMELOR MINORITĂȚILOR  
NAȚIONALE



GUVERNUL ROMÂNIEI

29 / 2010

LIVIA POPESCU – CRISTINA RAȚ – ADINA REBELEANU

**„NU SE FACE DISCRIMINARE!”  
...DOAR ACCESUL ESTE INEGAL**

Dificultăți în utilizarea serviciilor  
de sănătate de către populația romă din România

**“NO DISCRIMINATION!”  
JUST UNEQUAL ACCESS...**

Barriers in the use of health-care services  
among the Romanian Roma

Nr. 29

**Livia Popescu – Cristina Raț – Adina Rebeleanu**

**„NU SE FACE DISCRIMINARE!”  
...DOAR ACCESUL ESTE INEGAL.**

**Dificultăți în utilizarea serviciilor de sănătate  
de către populația romă din România**

**“NO DISCRIMINATION!”  
JUST UNEQUAL ACCESS...**

**Barriers in the use of health-care services  
among the Romanian Roma**



INSTITUTUL PENTRU  
STUDIAREA PROBLEMELOR  
MINORITĂȚILOR NAȚIONALE

Cluj-Napoca, 2010

STUDII DE ATELIER. CERCETAREA MINORITĂȚILOR NAȚIONALE DIN ROMÂNIA  
WORKING PAPERS IN ROMANIAN MINORITY STUDIES  
MŰHELYTANULMÁNYOK A ROMÁNIAI KISEBBSÉGEKRŐL

■ Nr. 29:

Autor: Livia Popescu – Cristina Raț – Adina Rebeleanu

Titlu: „*Nu se face discriminare!*”... doar accesul este inegal.

Dificultăți în utilizarea serviciilor de sănătate de către populația romă din România

*“No discrimination!” Just unequal access...*

Barriers in the use of health-care services among the Romanian Roma

■ Coordonator serie: Iulia Hossu, Horváth István

© INSTITUTUL PENTRU STUDIAREA PROBLEMELOR MINORITĂȚILOR NAȚIONALE

Cluj-Napoca, 2010

ISSN 1844 – 5489

[www.ispmn.gov.ro](http://www.ispmn.gov.ro)

■ Lector de specialitate: Toma Stefánia

■ Traducător: Andrei Ioana Maria

■ Concepție grafică, copertă: Könczey Elemér

■ Tehnoredactare: Sütő Ferenc

■ Tipar: IDEA și GLORIA, Cluj-Napoca

Opiniile exprimate în textul de față aparțin autorilor și ele nu reflectă  
în mod obligatoriu punctul de vedere al ISPMN și al Guvernului României.

- POPESCU Livia este profesor la Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Universitatea „Babeș-Bolyai”, Cluj-Napoca.  
E-mail: lpopescu\_ro@yahoo.com.
  - RAȚ Cristina este lector la Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Universitatea „Babeș-Bolyai”, Cluj-Napoca.  
E-mail: crat@socasis.ubbcluj.ro.
  - REBELEANU Adina este conferențiar universitar doctor la Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Universitatea „Babeș-Bolyai”, Cluj-Napoca.  
E-mail: adinabereczki@yahoo.com.
- 
- POPESCU Livia is professor at the Faculty of Sociology and Social Work, “Babeș-Bolyai” University Cluj-Napoca.  
E-mail: lpopescu\_ro@yahoo.com
  - RAȚ Cristina is lecturer at the Faculty of Sociology and Social Work, “Babeș-Bolyai” University Cluj-Napoca.  
E-mail: crat@socasis.ubbcluj.ro
  - REBELEANU Adina is university lecturer at the Faculty of Sociology and Social Work, “Babeș-Bolyai” University Cluj-Napoca.  
E-mail: adinabereczki@yahoo.com.

## Rezumat

■ Articolul explorează limitele și dificultățile accesului la serviciile de asistență medicală, incluse în configurația dreptului la sănătate și în sistemul public de asigurări de sănătate, comparând situația românilor, maghiarilor și a romilor din Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest a României. Autoarele consideră că inconsecvențele prezente în reglementările din sistemul de sănătate mențin dezavantajul structural al populației romă, în ciuda angajamentului guvernului de a combate discriminarea romilor și de a promova incluziunea socială, angajament asumat în cadrul strategiilor naționale din 2002 și 2006, și reafirmat în contextul participării României la *Deceniul de Incluziune al Romilor 2005-2015*.

## Abstract

■ The paper investigates the barriers in the access to health-care services embedded in the configuration of welfare rights and the insurance-based health care system, comparing the situation of Romanians, Hungarians and Roma in the North-West Development Region of Romania. It argues that the inconsistencies of welfare regulations allow the perpetuation of the structural disadvantage of the Roma, despite of the government’s declared commitment to fight Roma discrimination and promote social inclusion, as stated in the national strategies of 2002 and 2006, and reaffirmed through the participation in the *Decade of Roma Inclusion 2005-2015*.



## Cuprins

### „NU SE FACE DISCRIMINARE!“... DOAR ACCESUL ESTE INEGAL

Dificultăți în utilizarea serviciilor de sănătate de către populația romă din România	■	5
Introducere	■	5
Drepturile și obligațiile din cadrul sistemului public de sănătate din România: o privire de ansamblu	■	6
Considerații metodologice și datele empirice	■	8
Starea de sănătate autoevaluată în regiunea de Nord-Vest	■	9
A avea sau a nu avea asigurare în sistemul public	■	10
Percepții asupra statutului de asigurat în sistemul public de asigurări de sănătate	■	14
Cunoașterea drepturilor și îndatoririlor din sistemul public de sănătate	■	15
Plățile informale ca barieră invizibilă în calea accesului la asistență specializată	■	16
Gradul de satisfacție cu serviciile de sănătate primare	■	17
Considerații finale	■	18
Bibliografie	■	19
Anexă	■	21

### “NO DISCRIMINATION!” JUST UNEQUAL ACCESS...

Barriers in the use of health-care services among the Romanian Roma	■	23
Introduction	■	23
A brief overview of social rights and duties within the Romanian public health care system	■	24
Methodological considerations and the empirical data	■	26
Self-rated health status in the North-West Region	■	27
Having or not health insurance in the public system	■	28
Perceptions of one's status within the public health care system	■	31
Knowledge of rights and duties within the public health care insurance system	■	32
Informal payments as an invisible barrier in the access to specialised care	■	33
Satisfaction with primary the health care services	■	34
Concluding remarks	■	35
References	■	37
Appendix	■	39

# „NU SE FACE DISCRIMINARE!”... DOAR ACCESUL ESTE INEGAL

## Dificultăți în utilizarea serviciilor de sănătate de către populația romă din România

■ Articolul explorează limitele și dificultățile accesului la serviciile de asistență medicală, incluse în configurația dreptului la sănătate și în sistemul public de asigurări de sănătate, comparând situația românilor, maghiarilor și a romilor din Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest a României. Autoarele consideră că inconsecvențele prezente în reglementările din sistemul de sănătate mențin dezavantajul structural al populației romă, în ciuda angajamentului guvernului de a combate discriminarea romilor și de a promova incluziunea socială, angajament asumat în cadrul strategiilor naționale din 2002 și 2006, și reafirmat în contextul participării României la *Deceniul de Incluziune al Romilor 2005-2015*.

Datele empirice au fost obținute în cadrul proiectului de cercetare *ECHISERV*,<sup>1</sup> desfășurat pe trei eșantioane etnice reprezentative din Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest, în noiembrie 2007. Datele anchetei sunt completate de studiile de caz ale unor comunități rurale dezavantajate și de interviuri cu personal medical din asistența primară, mediatori sanitari pentru romi și funcționari publici responsabili cu îmbunătățirea situației romilor la nivel local.

Rezultatele relevă faptul că 38% dintre romii cu vârsta legală de muncă nu beneficiază de asigurări de sănătate. Mediatorii sanitari pentru romi pot avea un rol important în lupta împotriva discriminării directe, dar nu pot rezolva problema accesului la servicii medicale specializate pentru persoanele ce nu îndeplinesc condițiile statutului de asigurat. Constatările anchetei au fost confruntate cu rezultatele unor studii anterioare asupra situației romilor (Fleck și Rughiniș, 2008; UNDP, 2005; Ringold, 2003), precum și cu analiza datelor *European Social Survey 2006*, ce a evidențiat faptul că lipsa venitului și sentimentul apartenenței la grupuri discriminate au cea mai puternică influență asupra declarării unei stări de sănătate precare și a nemulțumirii față de serviciile naționale de sănătate.

### Introducere

■ Preocuparea față de lacunele și problemele induse de legislația drepturilor și obligațiilor din sistemele publice de sănătate au fost semnalate de o serie de documente ce analizează situația romilor din țările Europei Centrale și de Est (ERRC, 2006; UNDP, 2005; Bădescu et. al., 2006; Căce și Vlădescu, 2004; CASPIS, 2004; UNDP, 2003; Ringold, Orenstein și Wilkens, 2003; Ringold, 2000). Barierele existente în calea accesului la serviciile de sănătate au fost considerate o cauză majoră a excluziunii sociale a romilor. Aceste bariere sunt multiple. Ele pot fi create de diferențele culturale dintre romi și populația majoritară sau de teama față de eventualele atitudini discriminatorii ale personalului medical. O altă categorie de

---

1 Proiectul *ECHISERV* (2007-2008): *Disparități în utilizarea serviciilor de sănătate în Regiunea de Dezvoltare de Nord-Vest. Pattern-uri și cauze socio-economice*. Director: prof. dr. Livia Popescu. Proiectul beneficiază de finanțare din partea Ministerului Român al Educației și Cercetării, programul Viasan, grant CEEX 157/2006.



obstacole se datorează caracteristicilor socioeconomice ale acestei populații; participarea neregulată pe piața formală a forței de muncă, ce determină pierderea statutului de asigurat în sistemele de tip Bismarckian din țările Europei Centrale și de Est sau precaritatea resurselor financiare care limitează achiziționarea medicamentelor și utilizarea serviciilor medicale private.

Analiza de față își propune să cerceteze patternurile structurale care limitează accesul la serviciile de sănătate al populației rome dezavantajate din punct de vedere economic, centrându-se pe caracteristicile înrădăcinate în însăși construcția serviciilor publice de sănătate și în reglementările privind acordarea de drepturi. Accesul limitat la servicii de sănătate adecvate este o problemă importantă în sine, dar poate de asemenea submina serios eforturile de incluziune socială, prin împiedicarea indivizilor de a utiliza oportunitățile de calificare educațională și de inserție pe piața muncii, fie din pricina propriilor lor probleme de sănătate, fie datorită celor ale membrilor de familie pe care ar trebui să îi îngrijească (Mack-erbach et. al, 2007; Rostila, 2007; Subramanian și Kawachi, 2004; Wadsworth, 1997). Dat fiind faptul că o stare de sănătate autoevaluată ca precară are o ocurență semnificativ mai mare în cazul persoanelor rome decât în cazul persoanelor nerome, este important să explorăm „căile politicilor publice (*policy pathways*)” (Subramanian & Kawachi, 2004) prin care se perpetuează legătura dintre venitul scăzut și apariția unor probleme de sănătate, cât și legătura dintre statutul de minoritar rom și o stare de sănătate precară.

Următoarele paragrafe analizează rolul politicilor de sănătate în această configurație, focalizându-se pe reglementările privind contractul de asigurări de sănătate, plata contribuțiilor, înscrierea la medicii de familie, accesul la serviciile medicale secundare subvenționate (consultații și spitalizare), apelul la serviciile de urgență, accesul la medicamentele compensate și, poate cel mai important, capacitatea persoanelor de a acționa drept actori individuali bine informați atunci când apelează la serviciile de sănătate din sistemul public.

Prima secțiune a articolului examinează rezultatul politicilor și oferă o scurtă privire de ansamblu asupra drepturilor și obligațiilor din cadrul sistemului de asigurări de sănătate din România. A doua secțiune prezintă sursele datelor empirice folosite în evaluarea finalităților politicilor, mai precis proiectul de cercetare ECHISERV 2006-2008. Sunt discutate de asemenea datele sondajului privind starea de sănătate autoevaluată a romilor, românilor și maghiarilor din regiunea de Nord-Vest a României, accesul și utilizarea de către aceștia a serviciilor de sănătate. Ultima secțiune analizează cauzele potențiale ale absenței calității de asigurat în rândul populației rome, nivelul de satisfacție față de serviciile medicale primare și percepțiile asupra semnificației asigurării de sănătate. Problema plăților informale către cadrele medicale din spitale, ca barieră invizibilă în calea accesului la serviciile de sănătate, este analizată separat.

## **Drepturile și obligațiile din cadrul sistemului public de sănătate din România: o privire de ansamblu**

■ Organizarea sistemului public de sănătate constituie o responsabilitate inerent asumată de către „statele bunăstării” (*welfare states*) europene, iar cetățenia socială (Marshall, 1950) implică drepturi și obligații inclusiv în privința protecției sănătății, respectiv a accesului la serviciile de sănătate. Raportul asupra Incluziunii Sociale din 2007 (EC, 2007) subliniază angajamentul statelor membre de a asigura acces egal la serviciile de sănătate și la îngrijirea medicală de lungă durată pentru toți rezidenții, prin menținerea unui sistem public de sănătate bazat fie pe principiul universalității, fie pe cel al contribuției.

„Solidaritatea și finanțările echitabile (finanțare progresivă prin taxare bazată pe venit și prin contribuții, fonduri comune de risc, interzicerea selecției riscului și mecanisme de ajustare a riscului) sunt principii inerente sistemelor de sănătate. Mai mult decât atât, prin însăși structura lor de bază, statele membre își propun să garanteze că accesul nu depinde de capacitatea de plată, de venit sau de nivelul financiar și că nevoia de asistență nu duce spre sărăcire sau dependență financiară” (EC, 2007: 83).

Aceste principii au fost reiterate și în rapoartele strategice ulterioare asupra incluziunii sociale, din 2008 și 2009 (EC, 2008; EC, 2009).

În România postsocialistă, principala reformă de sănătate s-a desfășurat în perioada 1997-1999, când sistemul de sănătate universal bazat pe rezidență a fost modificat într-unul bazat pe asigurare, finanțat din contribuțiile populației active economic (Popescu, 2004; Rebeleanu, 2006). Retragerea statului din asigurarea directă a serviciilor de sănătate s-a produs, aparent, doar la nivelul asistenței primare (contractate extern unor practicieni privați generaliști sau „doctori de familie”), în timp ce serviciile medicale specializate sunt încă asigurate de clinicile și spitalele de stat (cu excepția unor analize medicale contractate în exterior, laboratoarelor private).

Accesul la medicamentele compensate de stat este administrat prin intermediul farmaciilor private, contractate de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS). La sfârșitul anului 2006, sistemul înregistra din nou o ușoară modificare (Legea 95/2006), care lăsa mai mult spațiu forțelor de pe piața serviciilor de sănătate (deja existente), în timp ce întărea rolul programelor naționale de sănătate în cazul bolilor grave.<sup>2</sup> Legea 95/2006 stipula, de asemenea, înființarea unor unități de asistență medicală primară în localitățile rurale izolate dezavantajate și instituționaliza statutul mediatorilor sanitari, ca angajați ai Direcțiilor Județene de Sănătate Publică.

Pentru a putea beneficia de asigurarea publică de sănătate, cetățenii români trebuie să se înregistreze la un practician generalist sau „doctor de familie” care are contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) și trebuie să contribuie lunar la Fondul de Sănătate prin plata taxelor raportate la venitul realizat. Povara costului asigurării de sănătate este suportată parțial de angajator și parțial de angajat,<sup>3</sup> iar persoanele care lucrează pe cont propriu trebuie să plătească integral contribuția corespunzătoare venitului lor declarat.

Contribuțiile sunt acoperite din fonduri publice în cazul șomerilor înregistrați ce beneficiază de ajutor de șomaj (în primele șase luni de șomaj sau o perioadă ceva mai lungă, în funcție de durata angajării anterioare), în cazul persoanelor cu dizabilități și a beneficiarilor de ajutor social.<sup>4</sup> Contribuțiile pensionarilor sunt subvenționate, până la o anumită limită, din fondul public de pensii. Copiii până la 18 ani și tinerii între 18-26 ani înscriși într-o formă de învățământ de lungă durată beneficiază de asigurare de sănătate fără a plăti contribuție, aceasta fiind acoperită din bugetul public.

Cetățenii care nu realizează venituri și nu achită taxe în România pot avea statut de persoane co-asigurate ale unui contribuitor; acesta este cazul casnicilor, spre exemplu. Dacă nu sunt co-asigurate, trebuie să plătească o contribuție lunară egală cu valoarea contribuției corespunzătoare salariului minim național. Pentru a beneficia de serviciile de sănătate publice, este necesară dovada plăților regulate a contribuțiilor: aceia care nu au realizat venituri în ultimii cinci (!) ani trebuie să dovedească plata contribuțiilor pentru *ultimele cinci luni*. Cei care au realizat anumite venituri în ultimii cinci ani (în România sau în străinătate) au nevoie de dovada achitărilor pentru *ultimii cinci ani*. După integrarea în UE în 2007, perioadele de contribuție în orice stat membru pot fi asimilate contribuțiilor la fondul național de sănătate; cu toate acestea, pentru anii sau lunile rămase (de dinainte de ianuarie 2007), contribuțiile trebuie plătite suplimentar și statului român.<sup>5</sup>

2 Programele naționale de sănătate asigură finanțare publică din fondul de sănătate pentru tratamentul persoanelor cu HIV/SIDA, diabet, tuberculoză, a celor ce necesită dializă și al altor câteva afecțiuni severe. Tratatamentul nu este condiționat de posesia asigurării în sistemul public de sănătate (de văzut Ordinul Nr. 55/42, din 3 februarie 2005).

3 Începând cu ianuarie 2008, contribuțiile angajatorilor la fondul de sănătate au fost reduse la 5.5%, iar cele ale angajaților, la 6% din venitul salarial (acestea din urmă au fost în continuare reduse la 5.5% în iulie 2008). Cei autoangajați plătesc contribuția integrală: 11% din venitul impozabil.

4 Acordarea asigurării de sănătate pentru beneficiarii de ajutor social a reprezentat una dintre premisele pozitive ale Legii 416/2001 privind venitul minim garantat (VMG), care a fost menținută și după modificarea sistemului prin Legea 115/2006. Familiile care au primit doar sume modice de bani pentru gospodăriile lor au continuat depunerea cererilor pentru VMG, pentru a putea beneficia de asigurarea de sănătate fără obligativitatea achitării contribuțiilor lunare (de consultat Stănculescu și Berevoescu, 2004).

5 Spre exemplu, ne putem imagina o persoană care a lucrat în străinătate șase ani, s-a întors în România în septembrie 2007 (după integrarea europeană) și este, de atunci, un angajat activ în România. Pentru a obține Cardul European de Asigurări Sociale de Sănătate sau pentru a beneficia de spitalizare subvenționată în, să zicem, iulie 2008, ea/el ar trebui să achite retroactiv contribuția la fondul național de sănătate pentru perioada iulie 2003-ianuarie 2007. Pentru ianuarie-august 2007, contribuția sa la fondul de sănătate al altui stat membru este asimilată contribuției la fondul român. Aceasta înseamnă că ea/el trebuie să plătească retrospectiv o sumă de bani corespunzătoare contribuțiilor de sănătate aferente salariului minim (în jur de 8 euro/lună) pentru 42 de luni, plus ceva penalizări pentru întârziere. Aceasta însumează un total de aproximativ 340 de euro.





În 2002, Guvernul României a formulat *Strategia Națională de Îmbunătățire a Situației Romilor*, care însă a avut impact redus (de văzut evaluarea realizată de către Centrul de Resurse pentru Comunitățile de Romi și Open Society Institute, 2004). *Raportul Național Strategic privind Protecția Socială și Incluziunea Socială* din perioada 2006-2008 a stabilit, ca a treia prioritate a sa, „îmbunătățirea condițiilor de viață ale populației rome” (Ministerul Român al Muncii, Familiei și Protecției Sociale, 2006), iar *Raportul Strategic 2008-2010* a reafirmat angajamentul<sup>6</sup> asumat de „continuare a eforturilor de îmbunătățire a condițiilor de viață a populației rome” (Ministerul Român al Muncii, Familiei și Protecției Sociale, 2008). Cu toate acestea, nu au fost stabilite obiective specifice, iar indicatorii propuși pentru evaluarea „îmbunătățirilor” sunt mai degrabă vagi. În privința stării de sănătate și a accesului populației rome la serviciile de sănătate, documentul propune mărirea numărului de medieri sanitari și al formatorilor de etnie romă (Ministerul Român al Muncii, Familiei și Protecției Sociale, 2006), „favorizarea accesului la serviciile de sănătate primară, prin creșterea numărului de persoane de etnie romă înscrise pe listele medicilor de familie și” „continuarea” cursurilor de formare pentru medierii sanitari (Ministerul Român al Muncii, Familiei și Protecției Sociale, 2008: 29).

Rapoartele nu specifică dacă „numărul de medieri sanitari profesioniști” se referă la absolvenții cursurilor de specializare sau la numărul celor angajați de către consiliile județene pentru sănătate publică. Acest detaliu este important, dat fiind faptul că nu a fost stabilit niciun fel de parteneriat strategic între Ministerul Sănătății și Agenția Națională pentru Romi, în timp ce astfel de parteneriate există între cei din urmă și Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă sau Ministerul Educației și Cercetării (de văzut Agenția Națională pentru Romi, [www.anr.gov.ro](http://www.anr.gov.ro) [ianuarie 2010]). Indicatorii nu includ înființarea unităților publice de asistență medicală în comunitățile rome rurale izolate și sărace, deși Legea 95/2006 privind sănătatea stipulează faptul că astfel de „unități sanitare” ar trebui înființate din fondurile publice, pentru a asigura accesul la serviciile de sănătate pentru cei ce locuiesc în așezări sărace și izolate, cu acces dificil la asistența medicală primară. Cu toate că *Raportul Strategic pentru 2008-2010* atrage atenția asupra necesității de a crește numărul de persoane rome înregistrate la medicii de familie, nu există mențiuni privitoare la asigurările de sănătate din sistemul public care condiționează accesul subvenționat la serviciile de sănătate și medicație compensată. Dat fiind faptul că primul obiectiv al activității mediatorilor sanitari a constat în cartografierea socială a comunităților rome, este surprinzător cât de puțină informație privitoare la statutul de asigurați al romilor din localitățile asistate de medieri sanitari este accesibilă public.

## Considerații metodologice și datele empirice

■ Scopul anchetei ECHISERV a fost de a urmări problemele majore cu care se confruntă diferite categorii de populație în accesul și folosirea serviciilor de sănătate publice. Cercetarea de teren s-a desfășurat în noiembrie 2007 pe trei eșantioane reprezentative de români, maghiari și romi ce locuiesc în Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest a României. Regiunea cuprinde zone relativ mai dezvoltate din punct de vedere economic, cu rate ale sărăciei mai scăzute și o proporție mai mare de populație urbană (Institutul Național de Statistică, 2008).

Eșantionul a fost stratificat multistadial aleator, cuprinzând toate orașele importante din regiune și, în funcție de mărime, structură de vârstă și distribuție etnică, au fost selectate localități mai mici din mediul urban și rural, din grupe de localități cu profil socio-demografic similar. Gospodăriile au fost selectate prin metoda „pasului aleator”, iar în cadrul gospodăriilor respondenții au fost aleși pe baza unor cote prestabilite de categorie de vârstă și gen. Eșantionul a fost validat<sup>7</sup> pe baza statisticilor teritoriale întocmite de Institutul Național de Statistică, 2007. Chestionarele au fost multiplicare în limbile română și maghiară, fiind completate prin interviuri față-în față la domiciliile respondenților, în limba în care era

6 Între timp, denumirea ministerului s-a modificat de trei ori: de la „Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei” (2006) la „Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse” (2007) și, începând cu decembrie 2008, „Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale” ([www.mmuncii.ro](http://www.mmuncii.ro)).

7 Detalii privitoare la procedura de eșantionare și validările aferente sunt disponibile la cerere din partea autorului.

mai confortabil pentru ei să răspundă. Subeșantionul de etnie română a conținut 432 respondenți, cel de etnie maghiară<sup>8</sup> – 410, iar cel de etnie romă – 277 respondenți.

Au fost cerute informații detaliate despre starea de sănătate autoevaluată a respondenților, tipurile de probleme de sănătate cu care se confruntă, satisfacția relativă față de serviciile de sănătate, interacțiunea cu personalul medical, plățile informale, cheltuieli suplimentare (din propriul buzunar) cu medicamente și servicii medicale private, cunoștințele despre drepturile și obligațiile persoanelor asigurate și percepția lor asupra propriului statut de persoane asigurate. Un set de variabile socio-demografice au servit ca elemente de control în testarea semnificației statistice a influenței variabilelor explicative asupra variabilelor dependente (cele mai importante variabile explicative și de control fiind vârsta, locul de rezidență, genul, venitul pe gospodărie și statutul de angajare).

Suplimentar anchetei generale, au fost realizate interviuri cu medici de familie, asistenți medicali, farmaciști, mediatori sanitari pentru romi și asistenți sociali din localitățile rurale selectate. Au fost intervievați câte zece medici de familie selectați aleatoriu din fiecare dintre cele șase municipii reședință de județ din regiunea de Nord-Vest<sup>9</sup> și, de asemenea, câte cinci medici de familie ce își desfășoară activitatea în orașe mai mici din fiecare județ. În total, au fost realizate 129 de interviuri cu medici de familie (39 din zone rurale și 90 din zone urbane); 30 de interviuri cu asistenți medicali, 27 cu asistenți sociali, 23 cu farmaciști și șapte cu mediatori sanitari pentru romi și consultanți locali pe probleme ale romilor (toți, din zone rurale). În cadrul lucrării de față, fragmente din aceste interviuri sunt folosite pentru ilustrarea barierelor întâlnite de persoane rome din așezări rurale dezavantajate economic. Mai multe informații despre metodologia cercetării și rapoartele de lucru sunt disponibile, la cerere, din partea echipei de cercetători.

## Starea de sănătate autoevaluată în regiunea de Nord-Vest

■ Condiția precară a sănătății populației rome a reprezentat o preocupare majoră în toate rapoartele privind situația romilor (Fleck și Rughiniș, 2008; UNDP, 2005; Cace și Vlădescu, 2004; UNDP, 2003; Ringold, Orenstein și Wilkens, 2003; Ringold, 2000). În ancheta ECHISERV, au fost folosiți doi indicatori diferiți pentru starea de sănătate a respondenților: (1) starea de sănătate autoevaluată, pe o scală Likert în cinci puncte, variind de la „foarte slabă” la „excelentă” și (2) bolile autoraportate ale respondenților, investigate cu ajutorul unei liste detaliate a categoriilor majore de afecțiuni.

Pentru întregul eșantion (ponderat în funcție de distribuția etnică) incidența sănătății autoevaluate ca precară a fost de 13.1%, așadar mai mică decât procentajul obținut la nivel național, în cercetarea European Social Survey (ESS) din 2006: mai precis de 17.6% pentru Romania (Popescu et. al, 2007). Probabilitatea raportării unei sănătăți autoevaluate ca precară a fost mult mai mare în cazul respondenților romi, pentru ambele categorii de vârstă, atât cei de 18-54 de ani, cât și cei de 55 sau mai în vârstă (Tabelul 1). Probabilitatea raportării de a suferi de două sau mai multe boli a fost mai crescută doar în cazul categoriei de vârstă 18-54, dar și pentru femeile de 55 de ani sau mai în vârstă. Dintre bărbații romi cu vârsta cuprinsă între 18-54 ani, 53% au relatat că suferă de cel puțin două afecțiuni (comparativ cu 35% dintre români și 46% dintre maghiari), iar dintre femeile rome din aceeași categorie de vârstă, 65% (comparativ cu 58% dintre cele de etnie română și 46% maghiară). Pentru categoria mai în vârstă, de 55 de ani sau mai mult, diferențele sunt semnificative doar în cazul femeilor: 94% dintre femeile rome de peste 55 de ani au raportat faptul că suferă de cel puțin două afecțiuni (comparativ cu 78% dintre cele de etnie română și 77% maghiară). În cazul bărbaților romi de peste 55 de ani, 74% au comunicat două sau mai multe probleme de sănătate, ceea ce reprezintă un procent ușor mai scăzut decât cele raportate pentru celelalte două grupuri etnice (76% dintre români și 79% dintre maghiari).

8 Eșantionul final include trei respondenți de etnie germană. Aceștia au fost incluși în eșantionul de maghiari.

9 Cele șase orașe importante ale regiunii nord-vestice au fost: Baia-Mare (județul Maramureș), Bistrița (județul Bistrița-Năsăud), Cluj-Napoca (județul Cluj), Oradea (județul Bihor), Satu Mare (județul Satu Mare) și Zalău (județul Sălaj). În fiecare județ, au fost intervievați de asemenea cinci medici de familie din orașe mai mici; din motive de confidențialitate, numele acestor orașe mai mici nu sunt publice.

**Tabelul 1: Starea de sănătate autoevaluată de către membri celor trei grupuri etnice din Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest a României**

<b>Vârsta 18-54</b>	<b>Români</b>	<b>Maghiari</b>	<b>Romi</b>
<b>% dintre cei ce raportează două afecțiuni sau mai multe</b>			
Bărbați	35.1	46.5	53.3
Femei	58.1	46.9	65.1
<b>% dintre cei cu stare a sănătății autoevaluată ca precară</b>			
Bărbați	3.1	3.9	24.4
Femei	6.8	5.5	24.1
<b>Peste 55 de ani</b>	<b>Români</b>	<b>Maghiari</b>	<b>Romi</b>
<b>% dintre cei ce raportează două afecțiuni sau mai multe</b>			
Bărbați	76.1	79.7	74.3
Femei	78.9	87.7	94.9
<b>% dintre cei cu stare a sănătății autoevaluată ca precară</b>			
Bărbați	31.3	9.4	37.1
Femei	26.7	36.1	59.0

**Sursa datelor:** ancheta ECHISERV (2007). Calcule proprii.

Aceste rezultate sunt concordante cu rapoartele precedente privind starea de sănătate a romilor din țările Central și Est Europene (Tabelul 2):

**Tabelul 2: Incidența sănătății autoevaluate ca precară de către romi din țările Europei Centrale și de Est**

	<b>Medie regională</b>	<b>BG</b>	<b>CZ</b>	<b>HU</b>	<b>SK</b>	<b>RO</b>
Sănătate autoevaluată ca precară (% dintre respondenții romi)	17.2	15.4	12.3	23.9	12.3	22.3

**Sursa:** UNDP, 2003: 92.

Validitatea autoevaluării stării de sănătate este discutabilă. Totuși „indicatorul arată în mod cert o preocupare față de starea propriei sănătăți și o stare de nemulțumire față de condiția de bunăstare fizică și psihică. Ca atare, circumscrie un sentiment de insecuritate și motivează indivizii să fie foarte precauți în asumarea oricărui risc de expunere la boală sau dependență funcțională.

Până la ce punct este văzută asigurarea publică de sănătate ca o metodă eficientă în diminuarea acestei insecurități? Următoarea secțiune își propune să ofere unele răspunsuri la această întrebare.

## A avea sau a nu avea asigurare în sistemul public

■ Conform ultimei anchete de nivel național asupra condițiilor de viață a romilor din România (disponibile la sfârșitul anului 2009), realizată în cadrul proiectului *Vino mai Aproape (Come Closer)* finanțat de Uniunea Europeană prin programul PHARE RO2004/016, 10% dintre etnicii romi nu sunt înscriși la un medic de familie (Fleck și Rughiniș, 2008: 100). După cum menționam anterior, înscrierea la un medic de familie reprezintă o precondiție a beneficierii de asigurare de sănătate în sistemul public, dar nu este suficientă pentru o asigurare validă. Cifra este, prin urmare, înșelătoare, indicând doar procentul populației cu acces la asistența medicală primară, fără a diferenția însă între persoane ce posedă asigurare de sănătate validă și cele care beneficiază doar de așa-numitul „pachet minim de servicii de sănătate”. Ultima categorie de pacienți nu are dreptul la asistență medicală specializată, spitalizare sau medicație compensată.

Rezultatele proiectului ECHISERV au arătat că o proporție ceva mai mare de persoane de vârstă activă nu sunt înscrise la un medic de familie, decât rezultatele anchetei din cadrul proiectului *Come Closer* (Fleck și Rughiniș, 2008). În Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest, 17% dintre respondenții romi (excluzând persoanele de vârstă pensionării și pe cele cu dizabilități) nu erau înscrși la medici de familie, în timp ce în ancheta națională procentul este în jur de 11% (Tabelele 3 și 4). Diferența este prea mare pentru a fi cauzată de erorile de estimare bazată pe eșantion și, foarte probabil, se datorează proporției mai ridicate de etnici romi ce locuiesc în așezări rurale izolate în cazul Regiunii de Dezvoltare Nord-Vest, comparativ cu distribuția etnicilor romi la nivel național, în general.

**Tabelul 3: Înscrierea la un medic generalist (medic de familie) pentru populația de vârstă activă din Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest, 2007**

<b>Sunteți înscris la un medic de familie? (populația de vârstă activă, excluzând pensionarii și persoanele cu dizabilități)</b>				
	<b>Regiunea de Nord-Vest</b>	<b>Români</b>	<b>Maghiari</b>	<b>Romi</b>
Da	95.6	95.6	98.2	82.6
Nu	3.9	3.7	1.8	17.4
Nu știu/ Nu răspund	0.6	0.7	0.0	0.0

**Sursa:** Ancheta ECHISERV. Calcule proprii.

**Tabelul 4: Înscrierea la un medic generalist (medic de familie) în România, 2007**

<b>Procentajul persoanelor care nu sunt înscrise la un medic de familie</b>						
	<b>Copii sub 7 ani</b>	<b>7-13 ani</b>	<b>14-17 ani</b>	<b>18-29 ani</b>	<b>30-59 ani</b>	<b>60 ani sau mai în vârstă</b>
Romi	6	6	7	11	10	11
Neromi	1	4	2	7	6	2

**Sursa:** Fleck și Rughiniș (2008)

Procentul celor care posedă o asigurare de sănătate validă (cea ce înseamnă fără datorii la plata contribuției) este mult mai scăzut decât procentul celor înscrși la un medic de familie (Tabelul 5): pentru Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest, 38% dintre romi nu sunt asigurați, comparativ cu 15% dintre români și 16% dintre maghiari.

**Tabelul 5: Calitatea de asigurat în sistemul public de sănătate**

<b>Aveți asigurare de sănătate? (populația de vârstă activă, excluzând pensionarii și persoanele cu dizabilități)</b>				
	<b>Regiunea de Nord-Vest</b>	<b>Români</b>	<b>Maghiari</b>	<b>Romi</b>
Da	81.6	82.4	83.6	57.6
Nu	16.2	15.0	16.1	38.4
Nu știu/ Nu răspund	2.2	2.6	0.4	4.0

**Sursa:** Ancheta ECHISERV. Calcule proprii.

**Tabelul 6. Lipsa înscrierii la un medic de familie și a asigurării de sănătate în rândul etnicilor romi din țările Europei Centrale și de Est (estimări UNDP pentru 2003)**

	<b>Medie regională</b>	<b>BG</b>	<b>CZ</b>	<b>HU</b>	<b>SK</b>	<b>RO</b>
Fără medic personal (medic de familie)	12.3	19.6	17.4	2.9	1.6	20.4
Fără asigurare de sănătate	15.7	32.8	3.6	3.5	1.2	35.8

**Sursa:** UNDP, 2003: 92.

Lipsa înscrierii la un medic de familie și lipsa asigurării de sănătate constituie probleme de două ori mai frecvente în Bulgaria și România, comparativ cu media regională din țările Europei Centrale și de Est (Tabelul 6) și de aproape zece ori mai frecvente decât în Ungaria și Slovacia.

Motivul acestei frecvențe ridicate a persoanelor neasigurate în rândul etnicilor romi din România sunt multiple. În urma implementării reformei sistemului de sănătate în perioada 1999-2000, cel mai important motiv l-a reprezentat probabil lipsa actelor de identitate, ceea ce a împiedicat accesul la orice serviciu public. De atunci au fost desfășurate o serie de campanii sociale ce au adresat această problemă, iar numărul persoanelor lipsite de acte de identitate trebuie să fi scăzut. Mediatorii sanitari pentru romi au jucat un rol extrem de important în obținerea de carduri de identitate pentru etnicii romi din comunități deprivatate, una dintre primele lor sarcini fiind aceea de a „cartografia” comunitățile romi locale și de a facilita legalizarea statutului și a rezidenței. Un alt motiv major constă în faptul că un procent semnificativ de romi lucrează fără contract. La nivel național, se estimează că 23.8% dintre bărbații romi și 11% dintre femeile romi muncesc fără contract, comparativ cu doar 6% dintre bărbații neromi și 3.4% dintre femeile nerome (Fleck și Rughiniș, 2008: 125). Pentru Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest, ancheta ECHISERV arată că 20% dintre romi au declarat că realizează venituri din munca ocazională fără contract, comparativ cu 3% dintre maghiari și 2.5% dintre români. Munca ocazională necalificată, combinată cu participare neregulată pe piața formală a forței de muncă, furnizează venituri insuficiente pentru un trai decent și aceste persoane cu greu își pot permite plata contribuției lunare la asigurările de sănătate (în 2007, în jur de 10 Euro pe lună).

Cei care beneficiază de ajutor social (în baza legii 416/2001 privind venitul minim garantat – VMG) sunt acoperiți în privința asigurării publice de sănătate, pentru perioada în care se califică pentru ajutorul social. Conform anchetei ECHISERV, 20% dintre gospodăriile romi ce trăiesc sub pragul sărăciei<sup>10</sup> au primit ajutor social în baza legii VMG, comparativ cu doar 2% dintre gospodăriile nerome. Acest rezultat concordă cu datele anchetei naționale (Fleck and Rughiniș, 2008), ce indică faptul că 18% dintre romi beneficiază de VMG, comparativ cu 2.3% dintre neromi. Diferențe semnificative au fost înregistrate în funcție de mediul de rezidență: 13.6% dintre gospodăriile romi din zone urbane erau acoperite de programul VMG, *versus* 23% din zonele rurale (Fleck și Rughiniș, 2008: 135-136).

În cazul în care beneficiarii de VMG nu depun documentele necesare în timp util (spre exemplu, la fiecare trei luni, trebuie depus un certificat care atestă calitatea de persoană în căutarea unui loc de muncă, eliberat de Oficiul Județean al Forței de Muncă) sau nu îndeplinesc munca comunitară cerută, dreptul la ajutor social este mai întâi suspendat, apoi (în cazul nesoluționării situației în decurs de o lună) și statutul beneficiar de VMG încetează, iar calitatea de asigurat se pierde deopotrivă. Dar pierderea calității de asigurat poate surveni chiar dacă beneficiarii își achită obligațiile: în timpul sezonului agricol, câștigurile potențiale din muncă informală constituie venit luat în calcul la stabilirea eligibilității gospodăriei (în jur de 80 de lei pe lună pot fi luați în calcul pentru fiecare persoană aptă de muncă) și gospodăriea își poate pierde dreptul de a beneficia de VMG, fără vreo schimbare în statutul formal de angajare al membrilor săi.

În cadrul interviurilor din zonele rurale, mediatorii sanitari pentru romi subliniază adeseori:

Păi, știți care e problema, eu când am venit le întreb dacă au asigurare medicală... Multă lume a avut întrerupere o lună, sau două sau chiar mai multe luni la legea asta 416 (legea VMG – n.n.). Automat is tăiați de pe listă, dacă o lună ai restanță și nu ai plătit!

*Int: Luna aia trebuie să plătești.*

Da, altfel ești tăiat automat de pe listă. Deci sunt mulți, mulți care is tăiați. Le-am explicat foarte frumos și le-am spus, când aveți un pic de bani, mergeți la casă, acolo vi se spune cât aveți de plătit, că eu nu am de unde să știu problemele voastre la toți, câte luni aveți întrerupere sau cât aveți de plătit, eu asta nu știu, mergeți la casă și acolo vi se spune exact, cât aveți de plătit, când aveți banii, chiar și nu neapărat toată suma dacă au, mă rog, mult de plătit, deci plătiți așa eșalonat. Când aveți posibilități, mergeți și vă plătiți; altceva nu pot să...mai mult nu pot să îi ajut, să îi ăsta, că eu nu am cum, asta e.

(mediator sanitar pentru romi, mediul rural, iulie 2007)

10 Pragul relativ de sărăcie a fost calculat urmând metodologia EUROSTAT, ca 60% din venitul median pe membru echivalent de gospodărie (scala de echivalență OCED-2).

Majoritatea medicilor de familie din mediul rural au afirmat faptul că nu ar percepe taxă pentru consultațiile medicale, chiar dacă pacienții lor ar fi „șterși de pe listă”, cu alte cuvinte nu ar mai avea asigurare de sănătate valabilă:

*Int: În opinia Dvs., care sunt categoriile care sunt într-o situație de dezavantaj mai accentuat?*  
Sunt cei care sunt foarte săraci, pentru că ei nu își pot permite să își rezolve problema (asigurării medicale – n.n.) din acest punct de vedere, administrativ, dar, cel puțin aici, în zona noastră, nu s-a întâmplat să fie refuzat niciodată nici un pacient dacă a avut nevoie de serviciu medical, nici nu a fost pus la plată deși acestea sunt indicațiile. Deci, pentru un pacient care nu are asigurare de sănătate, consultația se plătește. Nu este cazul. Nici unul dintre noi nu l-a pus să plătească consultația, însă, într-adevăr, nu ai putut să faci altceva decât să îi scrii o rețetă necompensată. (medic de familie, mediul rural, iulie 2007)

\*

*Int: Vi se întâmplă să vină persoane care nu au asigurare la Dvs. și cum procedați în aceste situații?*

În mod normal, ar trebui să își plătească consultația. Dar, problema se pune în felul următor: urgențele trebuie primite indiferent dacă este asigurat sau neasigurat. Dar, până când nu îi consult, eu nu am de unde să știu dacă este o urgență sau nu. Deci urgență este și pneumomia, urgență este și o criză de lumbago... dar până nu îl consult, până atunci de unde știu ce este? Deci atunci, ca atare, este muncă patriotică!<sup>11</sup>

*Int: CNAS-ul ar trebui să vă deconteze chestia asta...*

Nu! Nu se decontează pentru neasigurați! Există o listă cu tarifele și cel neasigurat ar trebui să își plătească 200,000 lei consultația (20 lei noi – n.n.).

*Int: Și nici pentru situațiile de urgență nu se decontează consultația?*

Acum, noi nu ne-am mai băgat pe urgențe că nu ne-am mai uitat pe ce conține lista de urgențe. Ce este considerat urgență și ce nu. Și atunci decât să ne legăm la cap și să dăm niște bani înapoi, atunci mai bine ne lipsim. Și nu mai trecem nici o urgență. Chiar dacă avem 10 urgențe, tot nu raportăm nici una. Probleme mari sunt cu populația de romi. Păi, dintre ei, majoritatea sunt pe ajutor social. Dar au perioade de întrerupere: de o lună, de două luni din ultimii cinci ani. Ei, pe toți mi i-au tăiat de pe listă! Absolut pe toți! Ei, ce să fac cu ei? Ăștia sunt! E adevărat, sunt leneși, sunt cum sunt, dar sunt oameni și nu pot să nu îi vad când vin aici... Ce să le spun? Că „domnule, ești neasigurat, un consult te costă 200,000?” Dar și acesta are niște limite, deci ajungi să faci muncă patriotică! Realmente, faci muncă patriotică!

(medic de familie, mediul rural, iulie 2007)

Persoanele rome din comunitățile sărace nu dețin nici măcar sumele de bani minime ce sunt necesare obținerii certificatelor medicale pentru înscrierea copiilor la școală, pentru angajare sau pentru a fi scutite de la munca în folosul comunității, în caz de boală sau invaliditate. Aceste certificate se eliberează la cerere de către medicii de familie dar, conform legii, aceștia pot taxa serviciile respective:

O altă doleanță a lor, ceea ce spun ei, este că doctorița le cere 100,000 de lei, adică 10 lei pentru adeverința aceea prin care ei dovedesc acele trei luni... (Este vorba de adeverința privind faptul că din motive de boală nu pot presta orele de muncă în folosul comunității, obligație a beneficiarilor de VGM ați de muncă – n.n.) Și ei, din ceea ce câștigă, abia reușesc să trăiască și nu au bani... doamna doctor. Deci asta îi doare pe ei...

(asistent social, mediul rural, august 2007)

Pentru a rezuma: cu toate că barierele existente în calea obținerii și menținerii unei asigurări de sănătate valide nu sunt specifice romilor ca grup etnic, proporțional acestea afectează mai multe persoane rome decât nerome și au consecințe mai severe în cazul familiilor rome. Pentru persoanele neasigurate

---

11 „Muncă patriotică” sau „muncă voluntară pentru patria-mamă” are o conotație puternic peiorativă în limba română. Semnifică munca comunitară îndeplinită în timpul statului socialist, muncă ce nu era, de fapt, deloc voluntară și nu servea intereselor generale ale comunității, cât servea propagandei Partidului Comunist.



cu situație economică dintre cele mai precare, nu există altă opțiune decât cea de a se baza pe bunăvoința medicilor de familie în asigurarea asistenței medicale primare și de a achita retroactiv contribuțiile de sănătate, pentru a avea acces la îngrijire medicală specializată subvenționată, la spitalizare și medicație compensată. A conta pe bunăvoință (o formă de capital social bazat pe încredere reciprocă) poate fi destul de problematic pentru membrii unei categorii minoritare profund discriminate, precum romii, cărora le lipsește exact acest capital social, de a inspira încredere (DRI, 2006). Mai mult decât atât, discursul public este saturat cu acuza de folosire a etnicității rom ca o formă de „identitate strategică”, în scopul de a obține anumite privilegii în sistemul serviciilor publice. Răspunsul tipic al medicilor de familie (intervievați în cursul anchetei ECHISERV) la întrebarea „Considerați că există inegalități în accesul la serviciile de sănătate, bazate pe etnicitate” a fost acela că „Noi nu discriminăm pe nimeni!”. Chiar dacă acesta ar fi adevărul, lipsa discriminării este insuficientă pentru asigurarea accesului egal la serviciile de sănătate.

## Percepții asupra statutului de asigurat în sistemul public de asigurări de sănătate

■ Conceptualizarea statutului de persoană asigurată în cadrul sistemului național de sănătate, în termeni de drepturi și obligații cetățenești, implică o altă atitudine față de sistemul de protecție socială (*statul bunăstării*), decât cea de subiect obedient al politicilor de stat, beneficiar de protecție socială. Statutul de asigurat presupune și o atitudine diferită față de furnizorii de servicii de sănătate, cât și față de responsabilitatea fiecăruia față de protecția sănătății. Dar această atitudine este puțin probabil să prevaleze atunci când echitabilitatea sistemului este contestată datorită accesului inegal la servicii, a necesității plăților adiționale, din propriul buzunar (atât formale, cât și informale) și a nemulțumirii față de calitatea serviciilor (Popescu et. al., 2007). Proiectul ECHISERV și-a propus să exploreze felul în care cetățenii români percep statutul lor în cadrul sistemului public de sănătate, dacă își definesc acest statut în termeni de drepturi și obligații cetățenești sau în termeni de împovărare cu taxe obligatorii, care nu conferă însă beneficii pe măsură.

**Tabelul 7: Semnificația subiectivă a asigurării de sănătate**

Ce înseamnă, pentru dumneavoastră, statutul de persoană cu asigurare de sănătate?	Etnie			
	Români	Maghiari	Romi	Totalul în regiune
Drepturi și obligații ca cetățean (sau ca persoană cu rezidență legală în România).	21.6	14.3	13.3	20.1
O modalitate de a-mi proteja sănătatea și de a face față costurilor când sunt bolnav	41.6	42.9	26.7	41.3
Taxe prea mari, pentru beneficii prea puține.	13.2	9.1	20.0	12.7
O taxă adițională, deoarece apelez la serviciile medicale private atunci când sunt bolnav	9.4	10.4	.0	9.3
Altceva	0.3	1.3	0	0.3
Nu știu, nu m-am gândit la acest lucru	10.3	14.3	26.7	11.7
Nu am asigurare de sănătate	3.5	7.8	13.3	4.6
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

**Sursa:** Ancheta ECHISERV. Calcule proprii.

La o privire superficială, nu există o corelație statistic semnificativă între apartenența etnică și percepția semnificației calității de asigurat (sig.>0.05 pentru CHI-Square). Dar se poate observa ușor faptul că respondenții de etnie romi au răspuns mult mai frecvent că nu au o părere formată, nu se gândiseră la

acest lucru. Precum am discutat anterior, lipsa asigurării de sănătate a fost mult mai frecvent menționată de către respondenții romi decât de cei români și maghiari.

Este important de remarcat faptul că respondenții romi nu văd sistemul public de sănătate ca pe un mijloc de a-și proteja sănătatea și de a face față costurilor aferente, ci mai degrabă în termenii drepturilor și obligațiilor cetățenești, respectiv drept „taxe prea mari, pentru beneficii prea puține”. Acest fapt este relevant, mai ales dacă avem în vedere felul în care sunt subvenționate serviciile medicale specializate. Pentru a efectua analize medicale și consulta un specialist din sistemul public de sănătate fără plată, persoana asigurată trebuie să obțină o trimitere de la medicul de familie și o dovadă că angajatorul său a plătit contribuțiile sale de sănătate ale angajaților. Cu toate acestea, analizele și consultațiile sunt subvenționate din Fondul Național de Sănătate conform unui plafon, stabilit pentru fiecare lună în parte. Aceste subvenții sunt suficiente să acopere costurile investigațiilor medicale doar pentru primele zile ale lunii în cauză, pe principiul „primul venit, primul servit!”. După consumarea subvențiilor, pacienții ar trebui să plătească investigațiile medicale sau să aștepte până luna următoare, *în ciuda faptului că dețin trimitere și satisfac toate cerințele necesare pentru asigurare*. Astfel de probleme administrative cauzează inechități considerabile în sistemul public (Popescu et. al., 2008).

## Cunoașterea drepturilor și îndatoririlor din sistemul public de sănătate

■ Este de la sine înțeles că, pentru a putea exercita drepturile și îndatoririle cetățenilor în sistemul public de sănătate, este necesară o bună cunoaștere a reglementărilor. Cunoștințele privind funcționarea sistemului public de sănătate au fost evaluate cu ajutorul unei liste conținând cinci aserțiuni, pe care respondenții au fost solicitați să le judece în termeni de „adevărat” sau „fals”. Numărul mediu al răspunsurilor corecte a fost de trei, dar valoarea medie a fost ușor mai scăzută. Diferențele între romi și neromi au fost mici, dar statistic semnificative. În cazul maghiarilor și al românilor, rezidenții din zonele rurale au răspuns incorect semnificativ mai frecvent decât respondenții din zonele urbane; în cazul romilor, zona de rezidență nu a influențat semnificativ numărul răspunsurilor corecte (Tabelul 8). Astfel, deși interpretarea asigurării de sănătate în termeni de dimensiune a cetățeniei sociale manifestă o probabilitate de ocurență mai ridicată în cazul respondenților de etnie romă, aceștia se plasează mai jos, în medie, pe scala cunoștințelor privitoare la drepturile și obligațiile persoanelor asigurate în sistemul public.

**Tabelul 8: Numărul mediu al răspunsurilor corecte la întrebările legate de starea sănătății în funcție de etnie și arealul de rezidență. Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest a României, 2007**

	Români	Maghiari	Romi
Rural	2.48	2.5	2.2
Urban	3.14	3	2.4

**Sursa:** Ancheta ECHISERV, calcule proprii.

**Tabelul 9: Cunoașterea drepturilor și îndatoririlor din sistemul public de sănătate în funcție de opinia respondenților privind semnificația asigurării de sănătate (valoarea medie a numărului de răspunsuri corecte)**

	Drepturi și îndatoriri ca cetățean	O modalitate de a proteja sănătatea și de a face față costurilor aferente	Taxe prea mari, pentru beneficii prea puține.	O taxă adițională, deoarece apelez la serviciile medicale private	Nu m-am gândit încă la asta	Nu posed asigurare de sănătate	Testul de semnificație (testul F)
Români	3.24	2.84	2.69	3.0	2.32	2.2	F=3.4, ig.=0.005
Maghiari	3.03	2.95	2.30	3.11	2.51	2.31	Nesemnificativ
Romi	2.42	2.31	2.54	2.16	2.04	2.3	Nesemnificativ

**Sursa:** Ancheta ECHISERV. Calcule proprii.





Diferențele în privința numărului mediu de răspunsuri corecte în funcție de percepția asupra semnificației asigurării de sănătate sunt neglijabile (Tabel 9). Doar în cazul eșantionului de etnici români diferențele au fost semnificative statistic, dar ordinea de mărime a fost nerelevantă.

## Plățile informale ca barieră invizibilă în calea accesului la asistență specializată

■ Plățile informale indică nu numai neîncrederea în sistem ci, de asemenea, amploarea „comercializării ascunse” din cadrul sistemului public, mai ales în țările tranziției postsocialiste (Murthy et. al., 2003; Bambara, 2005; Popescu et. al., 2007; Popescu et. al., 2008). La nivel regional, 46% dintre respondenți au admis faptul că au oferit anumite sume de bani medicilor din spitale, atunci când membri de familie apropiați sau ei înșiși au fost internați la spital (au fost selectate doar spitalizările de după 2000). Suma medie a fost de 315 lei (aproximativ 91 de Euro), iar jumătate dintre respondenți au plătit cel puțin 200 lei (aproximativ 58 de Euro). Suma medie reprezintă 80% din salariul minim național brut în 2007. Făcând abstracție de cei care au refuzat să răspundă sau nu și-au putut aminti când a avut loc ultima spitalizare proprie sau a membrilor de familie apropiați, 42% dintre români și 53% dintre maghiari au admis că au oferit o sumă de bani doctorului și/sau asistentelor medicale, pentru a beneficia de îngrijire mai bună. Comparativ, doar 18% dintre respondenții romi au declarat că au plătit suplimentar pentru asistența medicală. În contextul puternicei presiuni de a plăti suplimentar („din propriul buzunar”) recompensării informale personalului medical, neplata se impune ca o barieră invizibilă în calea accesului la serviciile de sănătate în cazul etnicilor romi cu venituri reduse.

**Tabelul 10: Percepții asupra asigurării de sănătate în funcție de etnie și acordarea de plăți informale în spital**

	Români Phi=0.252, Sig.=0.023		Maghiari Nesemnificativ (sig.>0.05)		Romi Phi=0.312 Sig.=0.032	
Plățile informale din spitale						
Ce înseamnă, pentru dumneavoastră, statutul de persoană cu asigurare de sănătate?	Da	Nu	Da	Nu	Da	Nu
Drepturi și obligații ca cetățean (sau ca persoană cu rezidență legală în România).	15.7	27.4	16.7	14.8	18.0	4.3
O modalitate de a-mi proteja sănătatea și de a face față costurilor când sunt bolnav.	48.0	37.0	41.7	40.7	31.0	17.4
Taxe prea mari, pentru beneficii prea puține.	13.7	16.4	12.5	11.1	18.0	47.8
O taxă adițională, deoarece apelez la serviciile medicale private atunci când sunt bolnav.	7.8	13.7	8.3	14.8	4.0	.
Nu m-am gândit încă la aceasta	10.8	2.7	12.5	14.8	21.0	26.1
<b>Total</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Sursa:** Setul de date ECHISERV. Calcule proprii.

În cazurile eșantionului român și cel rom, există doar asocieri slabe, dar semnificative statistic, între plățile informale din spital și percepția asupra semnificației asigurării de sănătate. În cazul eșantionului maghiar relația nu a fost semnificativă statistic. Cei care au declarat că nu au efectuat plăți informale în beneficiul cadrelor medicale au interpretat mai frecvent asigurarea de sănătate ca „doar o taxă împovărătoare”. Sunt necesare analize suplimentare ale acestei probleme, pentru o interpretare adecvată a rezultatelor.

## Gradul de satisfacție cu serviciile de sănătate primare

■ Respondenții au fost rugați să evalueze serviciile medicale oferite de medicii lor de familie pe baza unui set de șapte itemi constând în: (1) confortul din sala de așteptare, (2) durata așteptării, (3) explicațiile oferite de medic și tratamentul indicat, (4) comportamentul medicului, (5) comportamentul asistentelor medicale, (6) efectele tratamentului indicat, (7) echipamentul medical al cabinetului. Subiecții au trebuit să acorde o notă pentru fiecare dimensiune, pe o scală de la 1 (foarte slab) la 10 (foarte bine), iar pe baza acestor itemi a fost construit un indice sintetic aditiv al satisfacției cu serviciile medicale primare. Validitatea internă a indicelui a fost testată cu ajutorul coeficientului de reliabilitate Alpha: pentru cei 7 itemi, Alpha=0.848, astfel încât scala satisface criteriul de reliabilitate.

**Tabelul 11: Satisfacția medie în privința serviciilor de sănătate primare pe etnie și percepția asupra asigurării de sănătate**

	Drepturi și obligații ca cetățean	O modalitate de protejare a sănătății și de a face față costurilor îngrijirilor medicale	Taxe prea mari, pentru beneficii prea puține.	O taxă adițională, deoarece apelez la serviciile medicale private.	Nu m-am gândit încă la asta.	Nu posed asigurare de sănătate	Testul de semnificație (testul F)
Români	8.18	8.50	7.74	7.75	8.66	8.75	F=2.750, Sig.=0.013
Maghiari	7.80	8.31	8.69	7.46	8.13	8.21	F=2.197, Sig.=0.043
Romi	8.43	8.25	7.94	7.74	7.70	7.44	Nesemnificativ

**Sursa:** Ancheta ECHISERV. Calcule proprii.

În cazul respondenților români, diferențele sunt semnificative statistic, iar cei care au interpretat asigurarea de sănătate în sens de taxă împovăraătoare au acordat, în medie, evaluări mai slabe pentru serviciile primare de sănătate, în timp ce respondenții care o consideră o modalitate de protejare a sănătății și de a face față costurilor atunci când se confruntă cu probleme de sănătate au acordat, în medie, evaluări ceva mai bune. Cu toate acestea, această structură nu a fost la fel de clară în cazul respondenților maghiari, iar în cazul romilor diferențele nu au fost semnificative statistic.

**Tabelul 12: Satisfacția medie cu activitatea medicului de familie personal, pe etnie și rezidență. Regiunea de dezvoltare nord-vestică a României, 2007**

	Români	Maghiari	Romi
Rural	8.41	8.25	7.9
Urban	8.21	8.08	8.25

**Sursa:** Ancheta ECHISERV, calcule proprii.

**Notă:** Diferențele nu sunt relevante statistic.

Nu au existat diferențe semnificative statistic în privința scorului mediu de satisfacție cu serviciile medicului de familie între respondenții plasați sub pragul sărăciei și cei aflați deasupra acestuia: media a fost de 8.3 în ambele cazuri.

La o primă privire, acest rezultat poate părea contra-intuitiv; cu toate acestea, cercetări anterioare indică faptul că respondenții din gospodării cu venituri mici, cu un nivel de educație redus, sunt mai satisfăcuți cu serviciile medicale pe care le primesc decât pacienții mai bine situați și cu un nivel de educație superior (Lupton, 2004). Pentru a testa aceste rezultate, am efectuat o analiză de regresie multivariată, folosind ca predictorii potențiali ai (in)satisfacției față de medicul de familie următoarele variabile: rezidența (urbană/rurală), vârsta respondentului, genul, nivelul de educație, etnia romă (variabilă dummy = 1) și venitul logaritmat (LOG) pe membru echivalent de gospodărie. Gradul de adecvare (goodness of fit) al modelului a fost foarte slab, sub pragul de relevanță (R-Square=0.013, Sig.=0.097). Printre predictorii potențiali, doar educația a avut un efect negativ slab (Beta=-0.062, Sig.=0.042), în timp ce venitul a avut un efect pozitiv slab (Beta=0.103, Sig.=0.017).



Un alt indicator indirect al (ne)încrederii în sistemul de sănătate public este apelul la serviciile de sănătate private. Per total, 29.5% dintre români, 33.5% dintre maghiari și 17.4% dintre respondenții romi au declarat faptul că au folosit serviciile medicale private în ultimele douăsprezece luni. Aceste servicii se referă aproape exclusiv la examinări și consultații medicale cu specialiști din clinici și cabinete private, dat fiind faptul că în România există doar puține locuri în spitalele private. După cum ne putem aștepta, opțiunea de a abandona recursul la serviciile publice (chiar dacă se continuă plata contribuției de sănătate) este mai frecventă în cazul respondenților din cvintilele de venit superioare.

Pentru a beneficia de serviciile de sănătate private, respondenții au plătit, în medie, 230 Ron (în jur de 65 de Euro), în timp ce jumătate dintre aceștia au plătit 125 Ron (aproximativ 35 de Euro) sau mai mult. Aceste sume sunt mici comparativ cu standardele europene, dar trebuie să ne amintim faptul că, în 2007, salariul național minim net era doar în jur de 290 Ron (aproximativ 87 Euro); în consecință, costurile serviciilor private pot funcționa ca prohibitive pentru familiile cu venituri mici, mai ales cele din zonele rurale, care trebuie să acopere transportul și, în unele cazuri, costurile de cazare pe durata investigațiilor medicale și a tratamentului.

## Considerații finale

*Prin reducerea inegalității, sporim coeziunea, prin faptul că reducem câteva dintre elementele ce alimentează aceste diviziuni sociale (Wilkinson, 2000: 412).*

Acest articol a investigat barierele în calea accesului la serviciile de sănătate încorporate în configurația drepturilor la sănătate și a sistemului de sănătate bazat pe asigurare, comparând situația românilor, maghiarilor și romilor din regiunea de Nord-Vest a României. Argumentul principal al demersului susține că inconsecvențele prezente în reglementările din sistemul de sănătate contribuie la menținerea dezavantajării structurale a romilor, în ciuda angajamentului declarat al guvernului de a combate discriminarea romilor și de a promova incluziunea socială, după cum a fost asumat în cadrul strategiilor naționale din 2002 și 2006, principii afirmate din nou în contextul participării României la *Deceniul de Incluziune al Romilor 2005-2015*.

Mediatorii sanitari pentru romi pot avea un rol important în lupta împotriva discriminării directe, dar nu pot rezolva problema accesului la servicii medicale specializate pentru persoanele ce nu îndeplinesc condițiile statutului de asigurat. Participarea neregulată pe piața formală a forței de muncă și necesitatea de a achita contribuția de sănătate retroactiv, valoarea limitată a compensării de către stat a îngrijirii medicale specializate și a medicamentelor, constituie principalele bariere cu care se confruntă etnicii romi în accesul la serviciile de sănătate publice. Cercetarea a relevat faptul că medicii de familie oferă asistența medicală primară pentru cei ce apelează la ei, chiar dacă le lipsește asigurarea de sănătate validă. Îngrijirea medicală specializată nu este însă disponibilă pentru cei fără asigurare, cu excepția intervențiilor de urgențe medico-chirurgicale.

Ne așteptam ca minoritarii romi din gospodării cu venituri mici să aprecieze că starea lor de sănătate este precară, să fie lipsiți de asigurare de sănătate validă și să posede cunoștințe limitate în privința drepturilor și îndatoririlor persoanelor asigurate. Nu au existat însă diferențe considerabile față de categoriile mai bine situate în ceea ce privește evaluarea serviciilor de sănătate primare, de achitare a plăților informale din spitale sau de apel la serviciile private de îngrijire medicală specializată – considerate drept indicatori ai (ne)încrederii în sistem. Cu alte cuvinte, ei au fost „împuterniciți” cu „libertatea de alegere” a consumatorului de servicii de sănătate, fără a avea însă capacitatea de a instrumentaliza aceste alegeri în sensul întăririi libertăților fundamentale și a sporirii bunăstării generale.

Rezultatele studiului ECHISERV arată faptul că, în Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest a României, 38% dintre romii de vârstă activă nu au asigurare medicală. Serviciile de sănătate sunt marcate de o comercializare (*commodification*) ascunsă, ce adâncește excluziunea socială a romilor prin faptul că subminează protecția stării de sănătate și amplifică dificultățile de îngrijire a membrilor de familie bolnavi. În consecință, reduce șansele acestora de a se folosi de oportunitățile de calificare educațională, formare profesională și inserție pe piața formală a muncii, care reprezintă căile preconizate ale incluziunii sociale.

## Bibliografie

BĂDESCU, G. – GRIGORAȘ, V. – RUGHINIȘ, C. – VOICU, M. – VOICU, O.  
2006 *Roma Inclusion Barometer*. Open Society Institute, Budapest.

BAMBRA, C.  
2005 Cash versus Services: Worlds of Welfare and the Decommodification of Cash Benefits and Health Care Services. *Journal of Social Policy* 34 (2) 195-214.

CACE, S. – VLĂDESCU, C. (eds.).  
2004 *The Health Status of Roma Population and their Access to Health Care Services*. Editura Expert, Bucharest.

COMMISSION AGAINST POVERTY AND FOR SOCIAL INCLUSION OF THE ROMANIAN GOVERNMENT – CASPIS  
2004 *Support Social pentru Populația de Romi*. [Social Support for Roma Communities]. Bucharest. www.caspis.ro (August 2008).

DEPARTMENT FOR INTERETHNIC RELATIONS OF THE ROMANIAN GOVERNMENT – DRI  
2006 *Climat interetnic in Romania* [Interethnic Climate in Romania]. The Romanian Government, Bucharest. www.dri.gov.ro (August 2008).

EUROPEAN COMMISSION  
2007 *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion*. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, the European Commission, Brussels.

EUROPEAN COMMISSION  
2008 *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion*. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, the European Commission, Brussels.

EUROPEAN COMMISSION  
2009 *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion*. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, the European Commission, Brussels.

EUROPEAN ROMA RIGHTS CENTRE  
2006 *Ambulance not on the Way. The Disgrace of Health Care for the Roma*. European Roma Rights Centre, Budapest.

FLECK, G. – RUGHINIȘ, C. (eds.)  
2008 *Vino mai aproape*. [Come Closer]. PHARE RO 2004/016-722.01.01.01. Human Dynamics, Bucharest.

LUPTON, D.  
2004 Consumerism, reflexivity and the medical encounter. In: BURY, M. – GABE, J. (Eds.) *The Sociology of Health and Illness*. Routledge, London, 197-210.

MACKERBACH, J. – MEERDING, W.J. – KUNST, A.  
2007 *Economic Implications of Socio-Economic Inequalities in Health in the EU*. Health and Consumer Protection Directorate-General, the European Commission, Brussels.

MARSHALL, T.H.  
2000 [1950] Citizenship and social class. In: PIERSON, C. – CASTLES, M. (Eds.) *The Welfare State Reader*. Polity Press, Cambridge, 32-42.

MURTHY, A. AND MOSSIALOS, E.  
2003 Informal payments in EU Accession Countries. *Euro Observer* 5 (2) 1-3.

NATIONAL STATISTICAL INSTITUTE  
2008 *The Statistical Yearbook of Romania – 2007*. National Statistical Institute, Bucharest.



POPESCU, L.

2004 *Politicile sociale est-europene între paternalism de stat și responsabilitate individuală*. [Eastern-European Welfare States between State-Paternalism and Individual Responsibility]. Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.

POPESCU, L. – RAT, C. – REBELEANU – BERCZKI, A.

2007 Self-Assessed Health Status and Satisfaction with Health Care Services in the New Members States of the European Union. *Studia Universitatis Babeș-Bolyai – Sociologia* 52 (2) 125-150.

POPESCU, L. – RAT, C. – REBELEANU – BERCZKI, A.

2008 Quasi-marketization and Security in the Romanian Health Care System: The Case of North-Western Region. *Studia Universitatis Babeș-Bolyai – Sociologia* 53 (2) 79-99.

REBELEANU – BERCZKI, A.

2006 *Politicile în domeniul sănătății în contextul reformei sociale din România*. [Health policies in the context of welfare reform in Romania]. Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.

RESOURCE CENTER FOR ROMA COMMUNITIES - THE OPEN SOCIETY INSTITUTE

2004 *Monitorizarea implementării la nivel local a strategiei guvernamentale pentru îmbunătățirea situației romilor în România*. [The Monitoring of the Implementation of the Governmental Strategy for Improving the Situation of the Roma in Romania at the Local Level]. Open Society Institute, Budapest.

RINGOLD, D.

2000 *Roma and the Transition in Central Eastern Europe: Trends and Challenges*. The World Bank, Washington.

RINGOLD, D. – ORENSTEIN, M. – WILKENS, E.

2003 *Roma in an Expanding Europe: Breaking the Poverty Cycle*. The World Bank, Washington.

ROMANIAN MINISTRY OF LABOUR SOCIAL SOLIDARITY AND THE FAMILY 2006 *National Strategy for Social Inclusion*. The Romanian Government, Bucharest.

ROMANIAN MINISTRY OF LABOUR, THE FAMILY AND SOCIAL PROTECTION 2008 *National Strategic Report on Promoting Social Inclusion 2008-2010*. The Romanian Government, Bucharest.

ROSTILA, M.

2007 Social capital and health in European Welfare Regimes: a multilevel approach. *Journal of European Social Policy* 17 (3) 223-239.

STĂNCULESCU, M. – BEREVOESCU, I.

2004 *Sărac lipit, caut altă viață*. [Poorest of the Poor, I'm Searching for a Different Life]. Nemira, Bucharest.

SUBRAMANIAN, S. V. – KAWACHI, I.

2004 Income Inequality and Health: What Have We Learned So Far?. *Epidemiological Review* 26 (1) 78-91.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM

2005 *Vulnerable groups in Central and South Eastern Europe*. UNDP - Bratislava office.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROJECT - REGIONAL BUREAU FOR EUROPE AND THE COMMONWEALTH OF INDEPENDENT STATES

2003 *The Roma in Central Eastern Europe: Avoiding the Dependency Trap*. UNDP - Bratislava office.

WADSWORTH, M. E.

1997 Health Inequalities in the Life Course Perspective. *Social Science and Medicine* 44 (6) 859-69.

WILKINSON, R. G

2000 Inequality and the social environment: a reply to Lynch et al. *Journal of Epidemiology and Community Health* 54: 411-413.

## ANEXĂ

**Tabelul A1: Cunoștințele privind drepturile și obligațiile persoanelor asigurate în sistemul public de sănătate**

<b>Procentul celor care au răspuns corect la întrebări:</b>	<b>Etnia respondentului</b>		
	Români	Maghiari	Romi
Dacă sunt nemulțumit de medicul de familie, îl pot schimba peste trei luni după încheierea contractului cu el. (A)	79.5	78.9	66.0
Pot beneficia de asistență medico-chirurgicală de urgență doar dacă dovedesc că sunt asigurat și contribuția la fondul de sănătate a fost plătită. (F)	18.9	22.1	22.0
Supravegherea medicală a sarcinii este gratuită pentru toate femeile cu domiciliul legal în România. (A)	89.2	87.5	89.8
O dată pe an, persoanele asigurate au dreptul la un control medical preventiv. (A)	93.0	97.6	81.6
Pentru a beneficia gratuit de ecografie și analize de sânge, trebuie să fiu internat la spital. (F)	42.6	52.9	36.0

**Tabelul A2: Zonele rurale. Luând în considerare activitatea medicului dumneavoastră de familie, faceți, vă rugăm, o evaluare între 1 (foarte prost) și 10 (foarte bine) a următoarelor:**

<b>Zonele rurale. Cifrele indică valori medii</b>	Români	Maghiari	Romi
a. Confortul din sala de așteptare	7.6	7.3	8.1
b. Timpul de așteptare	7.6	6.3	7.4
c. Explicațiile oferite privitoare la starea sănătății și tratament	9.0	8.3	8.6
d. Comportamentul medicului față de dumneavoastră	9.1	8.6	9.1
e. Comportamentul asistentelor medicale față de dumneavoastră	9.2	9.2	9.1
f. Efectele tratamentului recomandat	8.8	9.3	8.2
g. Echipamentul medical al cabinetului	7.4	7.4	7.3

**Tabelul A3: Zonele urbane. Luând în considerare activitatea medicului dumneavoastră de familie, faceți, vă rugăm, o evaluare între 1 (foarte prost) și 10 (foarte bine) a următoarelor:**

<b>Zonele urbane. Cifrele indică valorile medii</b>	Români	Maghiari	Romi
a. Confortul din sala de așteptare	7.1	7.2	8.2
b. Timpul de așteptare	6.8	6.1	7.2
c. Explicațiile oferite privitoare la starea sănătății și tratament	7.7	8.3	8.3
d. Comportamentul medicului față de dumneavoastră	8.3	9.2	8.2
e. Comportamentul asistentelor medicale față de dumneavoastră	8.6	9.3	8.2
f. Efectele tratamentului recomandat	8.7	8.6	8.4
g. Echipamentul medical al cabinetului	7.6	7.6	8.7

**Tabelul A4: Ultima dată când ați fost la medicul Dvs. de familie, în ce a constat vizita? În cazul în care ultima vizită a fost ocazionată de Programul Național privind Evaluarea Stării de Sănătate a Populației, vă rugăm să vă referiți la o programare anterioară.**

<b>Cifrele indică procentajul respondenților care au răspuns „da” itemului propus. Au fost posibile multiple răspunsuri „da”.</b>	Români	Maghiari	Romi
a. Am fost consultat de către medic.	65.8	81.7	76.5
b. Am primit o adeverință de la doctor.	30.6	43.9	32.4
c. Mi s-a dat trimitere la un medic specialist.	33.6	44.6	35.1
d. Am primit o rețetă pentru medicamente.	60.0	74.6	71.0

**Tabelul A5: Ultima dată când ați avut probleme de sănătate, cum ați procedat?**

A fost posibilă alegerea mai multor variante de răspuns.

<i>Cifrele indică procentajul respondenților care au răspuns „da” itemului propus. Au fost posibile multiple răspunsuri „da”.</i>	Români	Maghiari	Romi
a. Am cerut o ambulanță.	17.0	4.7	25.6
a. M-am dus la urgență.	58.3	10.2	51.2
b. Am fost consultat de către medicul de familie și i-am urmat indicațiile.	58.3	62.5	44.4
c. Am fost consultat de către un medic specialist, trimis de către medicul de familie.	31.3	38.9	39.0
d. Am fost spitalizat, având trimitere de la doctorul de familie.	28.7	12.7	22.2
e. Am apelat la un cabinet medical privat și am plătit consultația.	22.4	15.1	20.5
f. Am întrebat farmacistul și i-am urmat sfaturile.	15.6	14.3	12.3
g. Am întrebat prietenii și rudele, care nu posedă calificare medicală.	12.2	13.5	7.6
h. Am încercat să mă tratez singur, după cum am crezut de cuviință.	7.5	27.6	9.6

**Tabelul A6: Ultima dată când un membru apropiat al familiei a fost spitalizat, ați rugat explicit un membru al personalului medical să-i poarte de grijă rudei dumneavoastră?**

<i>Cifrele indică procentajul respondenților.</i>	Români	Maghiari	Romi
Da	40.2	43.3	20.8
Nu	59.8	56.7	79.2

**Profilul comunelor, cu o populație de romi semnificativă (peste 5%), cercetate în cadrul proiectului ECHISERV în iunie-august 2007**

Județul	Populația totală (2002)	Nr. de sate	% români	% maghiari	% romi	Nr. medici	Nr. asistenți medicali	Mediatori sanitari sau referenți pt. romi
1. Bihor	7100	5	33.5%	42%	24.5%	3	4	2
2. Bihor	4385	4	73%	19.3%	6.9%	2	2	1
3. Bihor	3138	8	84%	0.1%	16%	1	1	-
4. Sălaj	2993	6	87%	0.2%	11.2%	1	2	-
5. Sălaj	1806	3	86%	0.4%	24%	1	1	1
6. Maramureș	5409	7	82.4%	4%	13.6%	4	2	-
7. Satu Mare	5362	7	15%	80%	5%	2	4	-
8. Satu Mare	3242	5	44%	46%	10%	2	3	-
9. Satu Mare	4328	3	50%	31.8%	5%	2	2	1
10. Cluj	4376	8	60.2%	20.3%	15.5%	2	2	1
11. Cluj	7120	11	55%	40.8%	3.8%	4	3	1

**Notă:** Numărul de sate a inclus și centrul de comună. Datele privind distribuția etnică sunt preluate din Recensământul Populației, 2002.

# “NO DISCRIMINATION!” JUST UNEQUAL ACCESS...

## Barriers in the use of health-care services among the Romanian Roma

■ The paper investigates the barriers in the access to health-care services embedded in the configuration of welfare rights and the insurance-based health care system, comparing the situation of Romanians, Hungarians and Roma in the North-West Development Region of Romania. It argues that the inconsistencies of welfare regulations allow the perpetuation of the structural disadvantage of the Roma, despite of the government’s declared commitment to fight Roma discrimination and promote social inclusion, as stated in the national strategies of 2002 and 2006, and reaffirmed through the participation in the *Decade of Roma Inclusion 2005-2015*.

The empirical data is provided by the *ECHISERV* research project,<sup>1</sup> carried out on three representative ethnic samples in the North-West development region in November 2007. Survey data is complemented by case-studies of disadvantaged rural communities and interviews with medical staff providing primary care, Roma health mediators and local-level officials responsible for improving the situation of the Roma.

The results reveal that 38% of the working-age Roma are not covered by health insurance. Roma health mediators may play an important role in fighting overt discrimination and facilitating access to primary health care, but they can hardly solve situations of unmet need for specialised services when the contribution requirements of the insurance are not fulfilled. The findings are confronted with the results of earlier studies on the situation of the Roma (Fleck and Rughiniș, 2008; UNDP, 2005; Ringold, 2003) and authors’ analysis of the 3<sup>rd</sup> round of the *European Social Survey* dataset, which revealed that income deprivation and feelings of belonging to discriminated groups constitute the strongest social predictors of self-reported bad health and dissatisfaction with national health care services.

### Introduction

■ Concerns for the enactment of rights and duties within the public health care systems were expressed in several documents reporting on the situation of the Roma in Central and Eastern European (CEE) countries (ERRC, 2006; UNDP, 2005; Bădescu et. al., 2006; Cace and Vlădescu, 2004; CASPIS, 2004; UNDP, 2003; Ringold, Orenstein and Wilkens, 2003; Ringold, 2000) and barriers in the use of health care services were considered a major issue in the social exclusion of the Roma. These barriers are manifold: they might be posed by the cultural differences between the Roma and majority populations, the fear of

---

1 The ECHISERV project (2007-2008): *Disparities in the Use of Public Health Care Services in the North-West Development Region of Romania. Socio-economic Patterns and Causes*. Director: prof. dr. Livia Popescu. The project benefits from the financing of the Romanian Ministry of Education and Research, the Viasan program, Grant CEEX 157/2006.





discriminatory attitudes on behalf of the medical staff, the irregular participation on the formal labour market which leads to losing the status of insured persons in the Bismarckian-type reformed systems from CEE countries, the scarcity of financial resources which hinders the acquisition of medicines and makes the use of private health care services hardly affordable.

The present paper tries to explore structural patterns which maintain barriers in the use of health care services for economically deprived segments of the Roma population in Romania, focusing on those rooted in the very design of public health care services and its regulations of entitlement. Limited access to adequate health care services is an important problem *per se*, but it can also heavily undermine the efforts of social inclusion by preventing individuals from seizing opportunities of educational qualification and labour market insertion, either because of their own health problems, or those of family members whom they ought to take care of (Mackerbach et. al, 2007; Rostila, 2007; Subramanian and Kawachi, 2004; Wadsworth, 1997). Given that self-rated poor health has significantly higher occurrence in the case of Roma persons than of the non-Roma, it is important to ask whether there are “policy pathways” (Subramanian & Kawachi, 2004) which perpetuate the link between low income and poor health, on one hand, and Roma minority ethnic status and poor health, on the other hand. The following paragraphs explore these policy pathways, as they stretch along the regulations on the health insurance contract, the payment of contributions, subscriptions to family doctors, access to subsidized secondary medical services (consultations and hospitalization), the use of emergency services, access to subsidized medicine and, maybe most importantly, the capacity of individuals to act as knowledgeable agents when appealing to public health care services.

The first section of the paper looks at policy outputs and provides a brief overview on the rights and duties within the public health care insurance system in Romania. The second section presents the sources of empirical data used in order to evaluate policy outcomes, namely the ECHISERV 2006-2008 research project carried out in the North-West region of Romania. Survey data on self-reported health status of Roma, Romanians and Hungarians from the North-West Region of Romania, their access to and use of health care services is presented. The last sections analyse potential causes of the lack of health care insurance among the Roma, investigate their satisfaction with the quality of primary care services and perceptions on the meaning of health insurance. The issue of informal payments to the medical staff at hospitals, as an invisible barrier in the access to health care services, is analysed separately.

## **A brief overview of social rights and duties within the Romanian public health care system**

■ The organization of public health care systems is an inherent function of European welfare states, and social citizenship (Marshall, 1950) implies rights and duties concerning the protection of health and access to health care. The 2007 Report on Social Inclusion (EC, 2007) highlights the commitment of member states to ensure for all residents equal access to health care and long-term care services, through maintaining public health care systems based either on universal coverage or insurance-based provisions. “Solidarity and equitable financing (progressive financing through income-related taxation and contributions, risk pooling, risk selection prohibition and risk adjustment mechanisms) are principles inherent in health care systems. Moreover, by the way of their design, Member States aim to ensure that access does not depend on ability to pay, income or wealth and that the need for care does not lead to poverty and financial dependency” (EC, 2007: 83). These principals were reiterated in the subsequent strategic reports on social inclusion, from 2008 and 2009 (EC, 2008; EC, 2009).

In post-socialist Romania, the major health-care reform occurred between 1997-1999, when the universal residence-based health care system was changed into an insurance-based system, financed from the contributions of the economically active population (Popescu, 2004; Rebeleanu, 2006). State retrenchment from direct provision of health care services is apparent only in primary care (contracted-out to the private general practitioners or “family doctors”), while specialised medical services are still provided by state clinics and hospitals (except from some medical tests that were contracted-out to private laboratories). Access to state-subsidized medicines is administered through private pharmacies contracted by the National Office of Health Care Insurance (*Casa Națională de Asigurări de Sănătate - CNAS*). By the end of 2006 the system was slightly changed again (Law 95/2006), leaving more room

to the (already existing) market forces in health care, while strengthening the roles of national health programs for severe illnesses.<sup>2</sup> The Law 95/2006 also stipulated the setting of public primary health care units for disadvantaged and isolated rural settlements, and it institutionalised the status of health mediators (*mediatori sanitari*) as employees of the County Offices for Public Health ( *Direcții Județene de Sănătate Publică*).

In order to benefit from public health insurance, Romanian citizens ought to register at a general practitioner or “family doctor” who has a contract with the National Office of Health Care Insurance (CNAS) and they ought to contribute monthly to the Health Care Fund through income-related payroll taxes. The cost burden of health-care insurance is shared between the employer and the employee;<sup>3</sup> self-employed persons should pay the whole contribution from their declared income. The contributions are covered from public funds in the case of the registered unemployed receiving state benefits (first six months of unemployment or a slightly longer period, depending on employment history), disabled persons and those receiving social security.<sup>4</sup> The contributions of pensioners are subsidised up to a certain ceiling from the public pension fund. Children below the age of 18 benefit from universal coverage, while young people in formal full-time education up to the age of 26.

Citizens who do not earn incomes and pay taxes in Romania may have the status of co-insured persons of a contributor: this is the case of housewives, for example. If they are not co-insured, they ought to pay a monthly contribution equal to the value of the contribution corresponding to the minimum national wage. In order to benefit from subsidized public health care services, the proof of the regular payment of contributions is necessary: those who did not have any earnings during the last five (!) years, have to prove that the payment of the contribution for *the last five months*. Those who had some earnings during the last five years (in Romania or abroad), the proof of the payment for *all five years* is necessary. After the 2007 EU integration, the contributory periods from any EU member states can be assimilated with contributing to the national health care fund; nevertheless, for the remaining years or months (before January 2007) contributions ought to be paid *in addition* to the Romanian state as well.<sup>5</sup>

In 2002, the Romanian Government formulated the *National Strategy for Improving the Situation of the Roma*, which had little impact (see the evaluation undertaken by the Resource Center for Roma Communities and the Open Society Institute, 2004). The 2006-2008 *Romanian National Strategic Report Concerning Social Protection and Social Inclusion* set as its third priority “to improve the living conditions of Roma population” (Romanian Ministry of Labour, Social Solidarity and the Family, 2006), and the 2008-2010 *Strategic Report* re-stated the commitment<sup>6</sup> to “continue the efforts for the improvement of the living conditions of the Roma population” (Romanian Ministry of Labour, the Family and Social Protection, 2008). However, no specific targets were set and the indicators proposed in order to evaluate the “improvements” are rather vague. With respect to the health status and access to health care services by the Roma population, the documents propose to increase of the number of professional sanitary mediators (*mediatori sanitari*) and trainers (*formatori*) of Roma ethnicity (Romanian Ministry of Labour, Social Solidarity and the Family, 2006)

- 
- 2 The national health care programs provide public financing from the health care fund for the treatment of persons with HIV/AIDS, diabetes, tuberculosis, those who need kidney dialysis and some other severe diseases. The treatment is not conditioned by having health insurance in the public system (see Ordin Nr. 55/42, 3<sup>rd</sup> of February 2005).
  - 3 Starting with January 2008, the contributions of the employers to the health care fund were reduced to 5.5%, and those of the employees to 6% of the wage income (the latter were further reduced to 5.5% in July 2008). Self-employed pay the whole contribution on their own: 11% of the imposable income.
  - 4 Granting health care insurance for those receiving social security benefits was one of the positive prerequisites of the Law 416/2001 on the Minimum Income Guarantee (MIG), which was also maintained after the modification of the system by the Law 115/2006. Families who received only minor sums of money for their households continued to submit the request for MIG in order to be covered by the public health care insurance, without paying the monthly contribution (see Stanculescu and Berevoescu, 2004).
  - 5 For example: imagine a person who had been working abroad for six years, s/he has returned to Romania in September 2007 (after the EU integration) and s/he is gainfully employed in Romania since then. In order to obtain the European Health Insurance card or to benefit from subsidized hospitalization, let's say in July 2008, s/he ought to pay retroactively the contribution to the Romanian health care fund for the period July 2003 – January 2007. For January-August 2007, his contribution to the other EU member state's health care fund is assimilated to contributing to the Romanian fund. This means that s/he has to pay an amount of money corresponding to the health care contribution for the minimum wage (i.e. around €8/ month) for 42 months and some penalties for delay. This means around €340 altogether.
  - 6 In the meanwhile, the name of the ministry changed for three times: from “The Ministry of Labour, Social Solidarity and the Family” (2006) into “The Ministry of Labour, the Family and Equality of Chances” (2007) and, starting from December 2008, “The Ministry of Labour, the family and Social Protection” (see [www.mmuncii.ro](http://www.mmuncii.ro)).



and “to facilitate the access to primary health care services by increasing the number of Roma persons who are registered at a family doctor” and “to continue” the training courses for sanitary mediators (Romanian Ministry of Labour, the Family and Social Protection, 2008: 26).

The reports do not specify whether the “number of professional sanitary mediators” refers to those who graduated the training courses, or the number of those employed by the county offices for public health. This detail is important, given that no strategic partnership was established between the Ministry of Health and the National Agency for the Roma, while such partnerships do exist between the latter and the National Agency for Labour Force or the Ministry of Education and Research (see the National Agency for the Roma, [www.anr.gov.ro](http://www.anr.gov.ro) [January 2010]). The indicators do not refer to the establishment of public health care units in deprived and isolated rural Roma communities, although the Law 95/2006 on Health Care states that such “sanitary units” ought to be established from public funds in order to ensure access to health care services for those living in poor and isolated settlements, with difficult access to primary medical care. Although the *Strategic Report for 2008-2010* asserts the need to increase the number of Roma persons who are registered at family doctors, there is no mention about health insurance in the public system, which conditions subsidized access to health care services and medication. Given that the social mapping of Roma communities constituted the first tasks to be fulfilled by Roma sanitary mediators, it is surprising how little information is publicly available on the insured status of the Roma from the localities assisted by sanitary mediators.

## Methodological considerations and the empirical data

■ The purpose of the ECHISERV survey was to reveal the major problems confronted by various categories of the population in the access to and use of public health care services. The fieldwork took place in November 2007 on three representative samples of the Romanians, Hungarians and Roma living in the North-West Development region of Romania. The region belongs to the economically more developed parts of Romania, with lower poverty rates and relatively higher proportions of urban population (National Statistical Institute, 2008).

The samples were clustered stratified-random samples, all major cities from the region were included and, based on size, age structure and ethnic distribution, clusters of similar localities were constructed. Households were selected with the method of random walk; within the household, respondents were selected based on pre-established quotas of age and gender. The sample was validated<sup>7</sup> using territorial statistics provided by the National Statistical Institute, 2007. The questionnaires were printed in Romanian and Hungarian, and completed during face-to-face interviews at respondents' homes, in whichever of the two languages they felt more comfortable to speak. The Romanian sub-sample contained 423 respondents, the Hungarian<sup>8</sup> – 410, and the Roma – 277 respondents.

Detailed information was asked about respondents' self-assessed health status, the types of health problems they were suffering from, satisfaction with health care services, interactions with the medical personnel, informal payments, “out-of-pocket” expenditures on medicines and private health care services, knowledge of rights and duties of insured persons and their perceptions of their own status as insured persons. A set of socio-demographic variables served as controls for the statistical testing of the relationships between predicted and explanatory variables (most importantly age, residence, gender, household income and employment status).

In addition to the general survey, interviews were conducted with family doctors, medical assistants, pharmacists, Roma sanitary mediators and social workers in selected rural localities. In each of the six major cities serving as administrative centres of the counties from the North-West region<sup>9</sup> ten randomly

---

7 Details concerning the sampling procedure and its validation are available upon request from the author.

8 The final sample contained three respondents of German ethnicity. They were included in the Hungarian sub-sample.

9 The six major cities of the North-West Region: Baia-Mare (Maramureş county), Bistriţa (Bistriţa-Năsăud county), Cluj-Napoca (Cluj county), Oradea (Bihor county), Satu Mare (Satu Mare county) and Zalău (Sălaj county). In each county, five family doctors were interviewed from smaller towns as well; for confidentiality reasons, the names of these smaller towns are not public.

selected family doctors were interviewed, and also five family doctors working in smaller towns from each county. Altogether, 129 interviews were conducted with family doctors (39 working in rural areas and 90 in urban areas); 30 interviews with medical assistants, 27 with social workers, 23 with pharmacists and seven with Roma health mediators and local consultants on Roma issues (all from rural areas). In the present paper, fragments from these interviews are used in order to illustrate the barriers faced by Roma persons from economically deprived rural settlements. More information about the methodology of the research and its working reports are available upon request from the team of researchers.

## Self-rated health status in the North-West Region

■ The poor health condition of the Roma population was highlighted as a major concern in all reports on the situation of the Roma (Fleck and Rughiniș, 2008; UNDP, 2005; Cace and Vlădescu, 2004; UNDP, 2003; Ringold, Orenstein and Wilkens, 2003; Ringold, 2000). In the ECHISERV survey, two different indicators were used for the health status of respondents: (1) self-rated health status on a five-point Likert scale ranging from “very poor” to “excellent”, and (2) self-reported illnesses of respondents, investigated with the help of a list with all major categories of diseases.

For the whole sample (weighted to adjust for the ethnic distribution) the incidence of self-rated bad health was 13.1%, thus lower than the percentage obtained by using European Social Survey (ESS) 3<sup>rd</sup> Round national level data, i.e. 17.6% for Romania (Popescu et. al, 2007). The probability of reporting self-rated poor health was much higher in the case of Roma respondents for both the 18-54 age category and those aged 55 or older (Table 1). The probability of reporting to suffer from two or more diseases was higher only in the case of the 18-54 age category, and for women aged 55 or older. 53% of Roma men aged 18-54 reported to suffer from at least two diseases (as compared to 35% of the Romanians and 46% of Hungarians), and 65% of Roma women (as compared to 58% of the Romanians and 46% of the Hungarians). For the senior category of those aged 55 or older, the differences were significant only in the case of women: 94% of Roma women above 55 reported to suffer from at least two diseases (as compared to 78% of the Romanians and 87% of the Hungarians). In the case of Roma men above 55 years old, 74% reported two or more health problems, which is slightly lower than for the other two ethnic groups (76% of the Romanians and 79% of the Hungarians).

**Table 1: Self-rated health status among the members of the three ethnic groups in the North-West development region of Romania**

<b>Aged 18-54</b>	<b>Romanians</b>	<b>Hungarians</b>	<b>Roma</b>
<b>% of those reporting two diseases or more</b>			
Men	35.1	46.5	53.3
Women	58.1	46.9	65.1
<b>% of those with self-rated bad health status</b>			
Men	3.1	3.9	24.4
Women	6.8	5.5	24.1
<b>Above 55 years old</b>	<b>Romanians</b>	<b>Hungarians</b>	<b>Roma</b>
<b>% of those reporting two diseases or more</b>			
Men	76.1	79.7	74.3
Women	78.9	87.7	94.9
<b>% of those with self-rated bad health status</b>			
Men	31.3	9.4	37.1
Women	26.7	36.1	59.0

**Data source:** ECHISERV survey (2007). Own calculations.

These results are consistent with previous reports on the health status of the Roma in CEE countries (Table 2):

**Table 2: The incidence of self-rated bad health among the Roma from CEE countries**

	Regional average	BG	CZ	HU	SK	RO
Self-rated bad health (% of Roma respondents)	17.2	15.4	12.3	23.9	12.3	22.3

**Source:** UNDP, 2003: 92.

Self-rated health condition might be contested as a valid indicator, however, it certainly indicates concern for one's health status and dissatisfaction with physical and mental wellbeing. As such, it encompasses a feeling of insecurity and motivates individuals to try to limit the risks of being exposed to illness and functional dependence. To what extent is the public health care insurance seen as an effective method to reduce this insecurity? The next sections try to address this question.

## Having or not health insurance in the public system

■ According to the latest available national-level survey on the living conditions of the Roma in Romania, carried out within the *Come Closer* project financed by the European Union through the RO2004/016 PHARE program, 10% of the Roma are not registered at a family doctor (Fleck and Rughiniş, 2008: 100). As mentioned above, being registered at a family doctor is a pre-condition for having health care insurance in the public system, which is yet not sufficient for a valid insurance. The number is therefore misleading, showing only what percentage of the population has access to primary care, confounding persons with a valid health insurance with those who receive only the so-called „pack of minimum health care services“. The latter category of patients is not entitled to subsidized specialised medical care, hospitalization and medication.

The results of the ECHISERV project indicate slightly higher percentage of the working-age population who are not registered at a family doctor than the survey conducted within the *Come Closer* project (Fleck and Rughiniş, 2008). In the North-West development region, 17% of the Roma respondents (excluding persons of retirement age and the disabled) were not registered at a general practitioner, whereas in the national survey around 11% (Tables 3 and 4). The difference is too large to be induced by the estimation error of the sample, and it is likely to be rooted in the higher proportion of Roma living in remote rural settlements in the North-West development region, as compared to the Roma in Romania in general.

**Table 3: Registration at a general practitioner (family doctor) among the working-age population in the North-West development region, 2007**

Are you registered at a family doctor? (working-age population, retired and/or disabled persons excluded)				
	North-West region	Romanians	Hungarians	Roma
Yes	95.6	95.6	98.2	82.6
No	3.9	3.7	1.8	17.4
Don't know/ No answer	0.6	0.7	0.0	0.0

**Source:** ECHISERV dataset. Own calculations.

**Table 4: Registration at a general practitioner (family doctor) in Romania, 2007**

Percentage of persons who are not registered at a family doctor						
	Younger than 7	7-13	14-17	18-29	30-59	60 or older
Roma	6	6	7	11	10	11
Non-Roma	1	4	2	7	6	2

**Source:** Fleck and Rughiniș (2008)

The percentage of those possessing a valid health care insurance (meaning no depths in the payment of the contribution) are much lower than the percentage of those registered at a family doctor (Table 5): for the North-West region, 38% of the Roma are not insured, as compared to 15% of Romanians and 16% of Hungarians.

**Table 5: Having health care insurance in the public system**

Do you have health insurance? (working-age population, retired and/or disabled persons excluded)				
	North-West region	Romanians	Hungarians	Roma
Yes	81.6	82.4	83.6	57.6
No	16.2	15.0	16.1	38.4
Don't know/ No answer	2.2	2.6	0.4	4.0

**Source:** ECHISERV dataset. Own calculations.

**Table 6: Lack of registration at a family doctor and of health insurance among the Roma from CEE countries (UNDP estimations for 2003)**

	Regional average	BG	CZ	HU	SK	RO
No personal doctor (family doctor)	12.3	19.6	17.4	2.9	1.6	20.4
No medical insurance	15.7	32.8	3.6	3.5	1.2	35.8

**Source:** UNDP, 2003: 92.

Not being registered at a family doctor and lacking health insurance is twice as frequent in Bulgaria and Romania than the CEE regional average (Table 6), and almost ten times higher than in Hungary and Slovakia.

The reasons of this high frequency of uninsured persons among the Roma from Romania are manifold. Lack of identity papers, which prohibits access to any public service, was probably the most important reason right after the implementation of the health care reform, in 1999-2000. Since then, several social campaigns have been undertaken in order to address the problem, and the number of persons lacking identity papers must have decreased. Roma sanitary mediators played a particularly important role in the process of obtaining identity cards for the Roma, one of their first tasks being to “map” local Roma communities and facilitate the legalisation of their status and residence. Another major reason consists of the fact a significant percentage of the Roma work without a contract. At the national level, it is estimated that 23.8% of the Roma men and 11% of Roma women work without a contract, as compared to only 6% of non-Roma men and 3.4% of non-Roma women (Fleck and Rughiniș, 2008: 125). For the North-West development region, the ECHISERV research reports that 20% of the Roma declared to have incomes from occasional work without a contract, as compared to 3% of Hungarians and 2.5% of Romanians. Occasional unskilled work combined with irregular participation on the formal labour market can be hardly enough for a decent living, and thus they fail to pay the monthly health care contribution (in 2007, around 10 Euro per month).

Those who receive social assistance benefits (based on Law 416/2001 on the Minimum Income Guarantee - MIG) are covered by the public health care insurance as long as they qualify for the welfare benefit. According to the ECHISERV survey, 20% of the Roma households living below the income poverty



threshold<sup>10</sup> received social assistance benefits on the basis of the MIG program, while only around 2% of the non-Roma households. This is consistent with the results of the national survey, which indicates that 18% of the Roma receive MIG, as compared to 2.3% of the non-Roma. Significant differences were registered concerning welfare receipt among the Roma in urban and rural areas: 13.6% of Roma households in urban areas, versus 23% in rural areas were covered by the MIG program (Fleck and Rughiniş, 2008: 135-136). In case that beneficiaries of MIG do not submit the requested documents on due time (for example, a certificate on the jobseeker status of the beneficiary, issued by the County Labour Force Office, ought to be submitted every three months) or do not perform the required community work, they lose the entitlement to the social assistance benefit and also their insured status. This may also happen during the season of agricultural work, when potential earnings from informal work constitute imputed income for the household (around €23/ month are imputed for each up-to-work person), and the household may lose the right to receive MIG without any change in the formal employment status of its members.

The interviews from rural areas, Roma sanitary mediators and social workers often pointed at that:

The problem is, you know, when I came and asked them whether they have health insurance... Many people had an interruption of one month, two or three months at this Law 416 (the law on the Minimum Income Guarantee – n.n.) and they were automatically deleted from the list, if they had a month debt and they did not pay (the health care contribution – n.n.).

*Interviewer: So, you have to pay for that month?*

Yes, otherwise you are automatically deleted from the list. So there are many, many who are cut off. I explained them very nicely and I told them, when you have some money, go at the office (County Office of the Health Care Insurance Fund - n.n.), and they will tell you how much you have to pay, I can't tell you how much...

(Roma health mediator, rural area, July 2007).

The majority of the family doctors from rural areas reported that they would not charge for the medical consultation, even if the patients were “deleted from her list”, in other words did not hold valid health insurance any longer:

*Interviewer: In your view, which are the most disadvantaged categories in the access to health care services?*

Those who are very poor, because they cannot afford to solve this problem (of medical insurance – n.n.) from the administrative point of view. But, at least here, in our region, it has never happened that a patient was refused when he needed medical services or that he was asked to pay, although the regulations tell that. So, in case that a patient does not have health insurance, he ought to pay for the consultation. It is not the case. None of us requested them to pay for the consultation. It is true though that you couldn't do much, only to write them a receipt without state compensation.

(family doctor, rural area, July 2007).

\*

*Interviewer: Does it happen to you that persons without health insurance come at the cabinet? How do you proceed in these cases?*

Normally, they should pay for the consultation. But the problem states like this: emergencies ought to be addressed anyway, regardless of having or not health insurance. But, before consulting a person, how could I decide whether it is an emergency or not? (...) Therefore it is „voluntary work” („muncă patriotică”<sup>11</sup> in the original - n.n.).

*Interviewer: But does the CNAS reimburse you for that?*

10 The relative threshold of income poverty was computed following the Eurostat methodology, as 60% of the median household income per equivalent adult (OCED-2 scale).

11 “Muncă patriotică” or “voluntary work for the fatherland” has a strong pejorative connotation in the Romanian language. It means community work done during state socialism, work which was not at all voluntary and it was doubtful whether it served the general interests of the community or the propaganda of the Communist Party.

No! There is no reimbursement for those who are not insured. There is a list with the tariffs and those without health insurance should pay 200,000 old lei (i.e. around €7) for the consultation. (...) There are big problems with the Roma community. So most of them are on social assistance benefits. But they have periods of interruption: one month, two months during the last five years. Well, all of them were deleted from my list of patients! Absolutely all! Now, what should I do? That's how they are! It is true, they are lazy, they are as they are, but they are human beings and I couldn't refuse to consult them when they came here... What should I say? That „mister, you do not have health insurance, a consultation will cost you 200,000 lei? So, there are some limits to that and you end up making voluntary work! Really, it is voluntary work! (family doctor, rural area, July 2007).

Roma persons from deprived communities lack even the limited amount of money necessary to obtain medical certificates needed for the registration of children at school, for getting employed, or for being exempted from community work because of sickness or invalidity. These certificates are issued upon request by family doctors, but, according to the law, they can charge for the service:

They also complain that the doctor is asking them 10 lei (i.e. around €3) for the medical certificate for those three months... (i.e. which certifies that their health condition does not allow to perform community work, a legal obligation of those entitled to receive social assistance benefits - n.n.). And what they gain is hardly enough to live, and they don't have money for the doctor. So that's what bothers them... (social worker, rural area, August 2007).

To sum up: although the barriers in obtaining and maintaining a valid health insurance are not specific to the Roma as an ethnic group, they do affect proportionately more Roma than non-Roma persons and have more severe consequences in their case. For the uninsured persons who are economically worse-off there is no option but to rely on the benevolence of family doctors for receiving primary care, and to pay retroactively the health care contributions in order to have access to subsidized specialised care, hospitalisation and medicines. Reliance on benevolence (a form of social capital based on mutual trust) can be fairly problematic in the case of members of a strongly prejudiced minority category, such as the Roma, who lack exactly this social capital of being trustworthy (DRI, 2006). Moreover, the public discourse is penetrated with accusation of using Roma ethnicity as a “strategic identity” in order to obtain certain privileges in the system of public services. The typical response of the family doctors (interviewed during the ECHISERV research) to the question “Do you consider that there are inequalities in the access to health care services based on ethnicity” was that: “We don't discriminate against anybody!”. Even if that were true, it would hardly be enough to secure equal access to health care services.

## **Perceptions of one's status within the public health care system**

■ Conceptualising the status of insured person within the national health care system in terms of citizenship rights and duties implies a different attitude towards the welfare state than the one of the obedient and service-receiving subject of state policy. It also implies a different attitude towards service providers and one's own responsibility for the protection of health. However, this conceptualisation is unlikely to prevail when the equity of the system is contested on grounds of unequal access to services, the necessity of “out of pocket” payments (both formal and informal), and discontent with the quality of services (Popescu et al., 2007). The ECHISERV project wanted to explore how Romanian citizens perceive their status within the public health care system, whether they define this status in terms of citizenship rights and duties or in terms of a compulsory tax-burden providing non-equitable benefits.



**Table 7: The subjective meanings of health insurance**

What does the status of person with health care insurance mean for you?	Ethnicity			
	Romanians	Hungarians	Roma	Overall in the region
Rights and duties as a citizen (or as a person with legal residence in Romania).	21.6	14.3	13.3	20.1
A way of protecting my health and coping with costs when I am sick.	41.6	42.9	26.7	41.3
Too high taxes for two small benefits.	13.2	9.1	20.0	12.7
An additional tax, because I am using private medical services when I am sick.	9.4	10.4	.0	9.3
Something else	0.3	1.3	0	0.3
I don't know, I haven't thought about that	10.3	14.3	26.7	11.7
I don't have health insurance	3.5	7.8	13.3	4.6
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0

**Source:** ECHISERV dataset. Own calculations.

At a superficial sight, there is no statistically significant association between ethnicity and the perception of the meaning of having health insurance (sig.>0.05 for CHI-Square). Nevertheless, it can be easily noticed that the likelihood of not having formed yet an opinion on the meaning of health insurance is considerably higher among the Roma. Not having health insurance was also much more frequent among Roma respondents.

It is also important to notice that Roma respondents do not necessary see the public health care system as a means of protecting their health and coping with the costs, but rather as rights and duties as citizens and "too high taxes for to small benefits". This interpretation is meaningful especially for the way in which specialised medical care is subsidized. In order to undertake a medical test and consult a specialist in the public health care system free of charge, one needs to obtain a reference letter from the family doctor and the proof that his/her employee paid the health care contributions of the personnel regularly. However, these tests and consultations are subsidized by the National Health Care Fund up to a certain ceiling, established for each month. These subsidies are enough to cover the costs of medical investigations only from the first days of the given month, on a "first come, first severed!" basis. After the subsidy ran out, patients ought to pay for the investigations or wait until the next month *although* they have a reference letter and satisfy the necessary requirements for insurance. These administrative issues give room to considerable inequities in the public system (Popescu et. al., 2008).

## Knowledge of rights and duties within the public health care insurance system

■ Needless to say, in order to be able to enact one's rights and duties in the public health care system a good knowledge of the regulations is necessary. The knowledge specific to the functioning of the public health care system was measured with the help of a list of five statements that respondents were asked to judge in terms of "true" or "false". The median number of correct responses was of three, but the average was slightly lower. Differences between Roma and non-Roma were small, but statistically significant. In the case of Hungarians and Romanians, residents from rural areas gave significantly less correct answers than those from the urban; in the case of the Roma, area of residence did not influence significantly the number of correct answers (Table 8). Thus, although the interpretation of health insurance as a dimension of social citizenship has a high probability of occurrence in the case of ethnic Roma respondents, they score lower, on average, on the knowledge scale concerning rights and duties of insured persons in the public system.

**Table 8: Average number of correct answers to questions related to health states by ethnicity and area of residence. The North-West region of Romania, 2007**

	Romanians	Hungarians	Roma
Rural	2.48	2.5	2.2
Urban	3.14	3	2.4

**Source:** ECHISERV data, own calculations.

**Table 9: Knowledge of rights and duties within the public health system by respondent’s perception on the meaning of health insurance (average number of correct answers)**

	Rights and duties as a citizen.	A way of protecting health and coping with healthcare costs	Too high taxes for two small benefits.	An additional tax, because I use private services	I haven’t thought about that yet	I do not have health insurance	Test of significance (F-test)
Romanians	3.24	2.84	2.69	3.0	2.32	2.2	F=3.4, ig.=0.005
Hungarians	3.03	2.95	2.30	3.11	2.51	2.31	Not sig.
Roma	2.42	2.31	2.54	2.16	2.04	2.3	Not sig.

**Source:** ECHISERV dataset. Own calculations.

Differences in the average number of correct answers between those sharing a certain perception on public health insurance were negligible. Statistical significance was met only in the Romanian subsample, but the differences are too small to provide basis for interpretation.

## Informal payments as an invisible barrier in the access to specialised care

■ Informal payments indicate not only distrust in the system, but also the extent of “commodification” in public health care, especially in post-socialist transition countries (Murthy et. al., 2003; Bambra, 2005; Popescu et. al., 2007; Popescu et. al., 2008). At the regional level, 46% of respondents admitted that they offered a sum of money to the physicians in the hospital, when close family members or themselves were hospitalized (only hospitalizations taking place after 2000 were selected). The average sum was 315 lei (cca 91 Euro) and half of the respondents gave at least 200 lei (cca 58 Euro). The average sum represented 80% of the minimum national gross wage. Excluding those who refused to answer or could not recall the last hospitalisation of themselves or a close family member, 42% of Romanians and 53% of Hungarians admitted that they offered a sum of money to the doctor and/or the nurses in order to receive better care. In comparison, only 18% of the Roma who responded declared that paid extra for the medical care. In the context of strong informal pressure for “out of pocket” extra payments, this fact can be interpreted as an invisible barrier in the access to health care services in the case of the impoverished Roma.

**Table 10: Perception on health insurance by ethnicity and informal payments at the hospital**

	<b>Romanians</b> Phi=0.252, Sig.=0.023		<b>Hungarians</b> Not significant (sig.>0.05)		<b>Roma</b> Phi=0.312 Sig.=0.032	
<b>Informal payment at the hospital</b>						
<b>What does the status of person with health care insurance mean for you?</b>	Yes	No	Yes	No	Yes	No
Rights and duties as a citizen (or as a person with legal residence in Romania).	15.7	27.4	16.7	14.8	18.0	4.3
A way of protecting my health and coping with costs when I am sick.	48.0	37.0	41.7	40.7	31.0	17.4
Too high taxes for two small benefits.	13.7	16.4	12.5	11.1	18.0	47.8
An additional tax, because I am using private medical services when I am sick.	7.8	13.7	8.3	14.8	4.0	.
I haven't thought about that yet.	10.8	2.7	12.5	14.8	21.0	26.1
<b>Total</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Source:** ECHISERV dataset. Own calculations.

Only weak association between informal payments and perceptions on health insurance were found in the cases of Romanian and Roma respondents, whereas for Hungarians the relationship was not statistically significant. In the former two cases, those declared that they did not give informal payments to the medical staff were more likely to interpret health insurance as only a tax burden. Further investigation on this issue is necessary for an adequate interpretation of the results.

## Satisfaction with primary the health care services

■ Respondents were asked to evaluate the health care services offered by their family doctor on a set of seven dimensions consisting of (1) comfort in the waiting room, (2) the duration of waiting, (3) explanations offered by the doctor and the suggested treatment, (4) the behaviour of the doctor, (5) the behaviour of nurses, (6) the effects of the suggested treatment, (7) the medical equipment of the cabinet. For each item, they were supposed to assign a score on a range from 1 (very poor) to 10 (very good), and a non-weighted composite index of satisfaction with primary health care services was computed as the average score on the seven dimensions. Chronbach's Alpha was used to test the reliability of the satisfaction scale: for the 7 items, Alpha=0.848, thus the scale satisfies the reliability criteria.

**Table 11: Average satisfaction with primary health care services by ethnicity and perception of health insurance**

	<b>Rights and duties as a citizen</b>	<b>A way of protecting health and coping with healthcare costs</b>	<b>Too high taxes for two small benefits.</b>	<b>An additional tax, because I use private services</b>	<b>I haven't thought about that yet</b>	<b>I do not have health insurance</b>	<b>Test of significance (F-test)</b>
Romanians	8.18	8.50	7.74	7.75	8.66	8.75	F=2.750, Sig.=0.013
Hungarians	7.80	8.31	8.69	7.46	8.13	8.21	F=2.197, Sig.=0.043
Roma	8.43	8.25	7.94	7.74	7.70	7.44	Not significant

**Source:** ECHISERV dataset. Own calculations.

In the case of Romanian respondents, the differences were statistically significant, and those who interpreted health insurance as tax burden gave, on average, smaller scores to the primary health care services, while those who see it as a way of protecting one’s health and coping with the costs when facing health problems gave, on average, slightly higher scores. However, this pattern was not so clear in the case of Hungarian respondents, and in the case of the Roma differences were not statistically significant.

**Table 12: Average satisfaction with one’s family doctor, by ethnicity and residence. The North-West development region of Romania, 2007**

	Romanians	Hungarians	Roma
Rural	8.41	8.25	7.9
Urban	8.21	8.08	8.25

**Source:** ECHISERV dataset, own calculations.

**Note:** Differences are not statistically significant.

There were no statistically significant differences in the average degree of satisfaction with the services of the family doctor between respondents from households below and those above the poverty threshold: the average score was 8.3 points in both cases.

At first sight this result may seem counter-intuitive, however, previous researches indicated that respondents from low-income households, with a modest educational background, are more satisfied with the medical services received than better-off and more educated patients (Lupton, 2004). In order to test these results, a multivariate regression was run, using as potential predictors of (dis)satisfaction with the family doctor the following variables: residence (urban/rural), respondent’s age, gender, educational qualification, Roma ethnicity (dummy variable, Roma=1), and the LOG of equivalised household income. The goodness of fit of the model was very weak, below the significance threshold (R-Square=0.013, Sig.=0.097). Among the potential predictors, only education had a weak negative effect (Beta=-0.062, Sig.=0.042) and income a weak positive effect (Beta=0.103, Sig.=0.017).

Another indirect indicator of the (lack of) trust in the public health care system is the appeal to private health care services. Overall, 29.5% of the Romanians, 33.5% of the Hungarians and 17.4% of the Roma respondents reported that they used private health care services during the last twelve months. These services refer almost exclusively to medical examinations and consultations with specialist in private cabinets and clinics, given that in Romania there are only a few places in private hospitals. As one may expect, the opting-out from the use of public services (while still paying the health care contribution) is more frequent in the case of respondents from the upper income quintiles. For the use of private health care services respondents paid, on average, 230 Ron (i.e. around €65), while half of them paid 125 Ron (i.e. around €35) or more. These amounts are small as compared to European standards, but one ought to remember that in 2007 Romania the minimum national wage net wage was only around 290 Ron (i.e. around €87): consequently, the costs of private services might well be prohibitive for low-income families, especially those from rural areas, who ought to cover transportation and sometimes accommodation costs as well.

## Concluding remarks

*By reducing inequality we increase cohesion partly by reducing some of what fuels these social divisions.*

(Wilkinson, 2000: 412).

This paper investigated the barriers in the access to health-care services embedded in the configuration of welfare rights and the insurance-based health care system, comparing the situation of Romanians, Hungarians and Roma in the North-West region of Romania. It argued that the inconsistencies of welfare regulations allow the perpetuation of the structural disadvantage of the Roma, despite of the government’s declared commitment to fight Roma discrimination and promote social inclusion, as stated in the national strategies of 2002 and 2006, and reaffirmed through the participation in the *Decade of Roma Inclusion 2005-2015*.



Roma sanitary mediators may play an important role in fighting overt discrimination and facilitating access to primary health care, but they can hardly solve situations of unmet need for specialised services when the contribution requirements are not fulfilled. Irregular participation on the formal labour market and the necessity to pay the health care contribution retroactively, as well as the limited amount of state subsidies for specialized medical care and medication constitute the main barriers faced by the Roma in using public health care services. While primary care is reportedly provided by family doctors to all those in need, even when they lack a valid health insurance, no specialised care is available for the uninsured except from emergency interventions.

The members of the Roma ethnic minority from low-income households are not only more likely to report self-rated bad health, but also to lack health insurance and to possess limited knowledge about the rights and duties of insured persons. However, they did not differ considerably from the better-off categories in terms of the evaluation of primary health care services, giving informal payments at the hospital and using private services for specialised medical care – seen as indicators of (dis)trust in the system. In other words, they were “empowered” with the “freedom of choice” of health care consumers without having the capability to instrumentalise it for enhancing their substantial freedom and well-being.

The results of the ECHISERV study reveal that in the North-West region of Romania 38% of the working-age Roma are not covered by health insurance. The re-commodification of health care services deepens the social exclusion of the Roma by failing to protect their physical wellbeing and amplifying the burden of taking care of ill family members. Consequently, it weakens their chances of using opportunities for educational qualification, vocational training and insertion on the formal labour market, which are the envisaged pathways of social inclusion.

## REFERENCES

- BĂDESCU, G. - GRIGORAȘ, V. - RUGHINIȘ, C. - VOICU, M. - VOICU, O.  
2006 *Roma Inclusion Barometer*. Open Society Institute, Budapest.
- BAMBRA, C.  
2005 Cash versus Services: Worlds of Welfare and the Decommodification of Cash Benefits and Health Care Services. *Journal of Social Policy* 34 (2) 195-214.
- CACE, S. - VLĂDESCU, C. (eds.).  
2004 *The Health Status of Roma Population and their Access to Health Care Services*. Editura Expert, Bucharest.
- COMMISSION AGAINST POVERTY AND FOR SOCIAL INCLUSION OF THE ROMANIAN GOVERNMENT – CASPIS  
2004 *Support Social pentru Populația de Romi*. [Social Support for Roma Communities]. Bucharest. www.caspis.ro (August 2008).
- DEPARTMENT FOR INTERETHNIC RELATIONS OF THE ROMANIAN GOVERNMENT – DRI  
2006 *Climat interetnic in Romania* [Interethnic Climate in Romania]. The Romanian Government, Bucharest. www.dri.gov.ro (August 2008).
- EUROPEAN COMMISSION  
2007 *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion*. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, the European Commission, Brussels.
- EUROPEAN COMMISSION  
2008 *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion*. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, the European Commission, Brussels.
- EUROPEAN COMMISSION  
2009 *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion*. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, the European Commission, Brussels.
- EUROPEAN ROMA RIGHTS CENTRE  
2006 *Ambulance not on the Way. The Disgrace of Health Care for the Roma*. European Roma Rights Centre, Budapest.
- FLECK, G. - RUGHINIȘ, C. (eds.)  
2008 *Vino mai aproape*. [Come Closer]. PHARE RO 2004/016-722.01.01.01. Human Dynamics, Bucharest.
- LUPTON, D.  
2004 Consumerism, reflexivity and the medical encounter. In: BURY, M. - GABE, J. (Eds.) *The Sociology of Health and Illness*. Routledge, London, 197-210.
- MACKERBACH, J. - MEERDING, W.J. - KUNST, A.  
2007 *Economic Implications of Socio-Economic Inequalities in Health in the EU*. Health and Consumer Protection Directorate-General, the European Commission, Brussels.
- MARSHALL, T.H.  
2000 [1950] Citizenship and social class. In: PIERSON, C. - CASTLES, M. (Eds.) *The Welfare State Reader*. Polity Press, Cambridge, 32-42.
- MURTHY, A. AND MOSSIALOS, E.  
2003 Informal payments in EU Accession Countries. *Euro Observer* 5 (2) 1-3.
- NATIONAL STATISTICAL INSTITUTE  
2008 *The Statistical Yearbook of Romania – 2007*. National Statistical Institute, Bucharest.



POPESCU, L.

2004 *Politicile sociale est-europene între paternalism de stat și responsabilitate individuală*. [Eastern-European Welfare States between State-Paternalism and Individual Responsibility]. Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.

POPESCU, L. - RAT, C. - REBELEANU-BERECZKI, A.

2007 Self-Assessed Health Status and Satisfaction with Health Care Services in the New Members States of the European Union. *Studia Universitatis Babes-Bolyai – Sociologia* 52 (2) 125-150.

POPESCU, L. - RAT, C. – REBELEANU-BERECZKI, A.

2008 Quasi-marketization and Security in the Romanian Health Care System: The Case of North-Western Region. *Studia Universitatis Babes-Bolyai – Sociologia* 53 (2) 79-99.

REBELEANU-BERECZKI, A.

2006 *Politicile în domeniul sănătății în contextul reformei sociale din România*. [Health policies in the context of welfare reform in Romania]. Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.

RESOURCE CENTER FOR ROMA COMMUNITIES - THE OPEN SOCIETY INSTITUTE

2004 *Monitorizarea implementării la nivel local a strategiei guvernamentale pentru îmbunătățirea situației romilor în România*. [The Monitoring of the Implementation of the Governmental Strategy for Improving the Situation of the Roma in Romania at the Local Level]. Open Society Institute, Budapest.

RINGOLD, D.

2000 *Roma and the Transition in Central Eastern Europe: Trends and Challenges*. The World Bank, Washington.

RINGOLD, D. - ORENSTEIN, M. - WILKENS, E.

2003 *Roma in an Expanding Europe: Breaking the Poverty Cycle*. The World Bank, Washington.

ROMANIAN MINISTRY OF LABOUR SOCIAL SOLIDARITY AND THE FAMILY 2006 *National Strategy for Social Inclusion*. The Romanian Government, Bucharest.

ROMANIAN MINISTRY OF LABOUR, THE FAMILY AND SOCIAL PROTECTION 2008 *National Strategic Report on Promoting Social Inclusion 2008-2010*. The Romanian Government, Bucharest.

ROSTILA, M.

2007 Social capital and health in European Welfare Regimes: a multilevel approach. *Journal of European Social Policy* 17 (3) 223-239.

STĂNCULESCU, M. - BEREVOESCU, I.

2004 *Sărac lipit, caut altă viață*. [Poorest of the Poor, I'm Searching for a Different Life]. Nemira, Bucharest.

SUBRAMANIAN, S. V. - KAWACHI, I.

2004 Income Inequality and Health: What Have We Learned So Far?. *Epidemiological Review* 26 (1) 78-91.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM

2005 *Vulnerable groups in Central and South Eastern Europe*. UNDP - Bratislava office.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROJECT - REGIONAL BUREAU FOR EUROPE AND THE COMMONWEALTH OF INDEPENDENT STATES

2003 *The Roma in Central Eastern Europe: Avoiding the Dependency Trap*. UNDP - Bratislava office.

WADSWORTH, M. E.

1997 Health Inequalities in the Life Course Perspective. *Social Science and Medicine* 44 (6) 859-69.

WILKINSON, R. G

2000 Inequality and the social environment: a reply to Lynch et al. *Journal of Epidemiology and Community Health* 54: 411-413.

## APPENDIX

**Table A1: Knowledge about rights and duties in the public health care insurance system**

<i>The percentages of those who gave correct responses:</i>	Respondent's ethnicity		
	Romanians	Hungarians	Roma
In case that I am dissatisfied with the family doctor, I can choose another doctor three months after signing the contract. (True)	79.5	78.9	66.0
In order to benefit from free emergency health care services, one has to prove the insured status and the payment of the health care contribution. (False)	18.9	22.1	22.0
All women with legal residence in Romania have the right to free medical services for their pregnancy. (True)	89.2	87.5	89.8
Once a year, all insured persons have the right to free medical check-up. (True)	93.0	97.6	81.6
In order to benefit from free screenings and blood tests, one has to be hospitalized. (False)	42.6	52.9	36.0

**Table A2: RURAL AREAS. Thinking about the activity of your family doctor, please make an evaluation between 1 (very bad) and 10 (very good) of the following:**

<i>RURAL AREAS. Figures indicate average values</i>	Romanians	Hungarians	Roma
a. The comfort from the waiting room	7.6	7.3	8.1
b. The length of the waiting time	7.6	6.3	7.4
c. The explanations given on your health status and the treatment	9.0	8.3	8.6
d. The behaviour of the doctor towards you	9.1	8.6	9.1
e. The behaviour of medical assistants towards you	9.2	9.2	9.1
f. The effects of the treatment recommended to you	8.8	9.3	8.2
g. The medical equipment of the cabinet	7.4	7.4	7.3

**Table A3: URBAN AREAS. Thinking about the activity of your family doctor, please make an evaluation between 1 (very bad) and 10 (very good) of the following:**

<i>URBAN AREAS. Figures indicate average values</i>	Romanians	Hungarians	Roma
a. The comfort from the waiting room	7.1	7.2	8.2
b. The length of the waiting time	6.8	6.1	7.2
c. The explanations given on your health status and the treatment	7.7	8.3	8.3
d. The behaviour of the doctor towards you	8.3	9.2	8.2
e. The behaviour of medical assistants towards you	8.6	9.3	8.2
f. The effects of the treatment recommended to you	8.7	8.6	8.4
g. The medical equipment of the cabinet	7.6	7.6	8.7

**Table A4: Last time when you went to your family doctor, what did the appointment consist of? In case that the last visit was occasioned by the National Program for the Evaluation of the Health Status of the Population, please refer to a previous appointment**

<i>Figures indicate the percentages of respondents who replied „yes” to the given item. Multiple „yes” answers were possible.</i>	Romanians	Hungarians	Roma
a. I was consulted by the doctor.	65.8	81.7	76.5
b. I received a medical certificate from the doctor.	30.6	43.9	32.4
c. I received a medical letter for being examined by a specialist.	33.6	44.6	35.1
d. I was given a receipt for medications.	60.0	74.6	71.0





**Table A5: Last time when you had health problems, how did you proceed?  
Multiple responses possible**

<i>Figures indicate the percentages of respondents who replied „yes” to the given item. Multiple „yes” answers were possible.</i>	Romanians	Hungarians	Roma
a. I have asked for an ambulance.	17.0	4.7	25.6
a. I went to the medical emergency.	58.3	10.2	51.2
b. I was consulted by the family doctor and followed his advice.	58.3	62.5	44.4
c. I was consulted by a medical specialist, sent by the family doctor.	31.3	38.9	39.0
d. I was hospitalized, having a medical letter from the family doctor.	28.7	12.7	22.2
e. I went to a private medical cabinet and paid for the consultation.	22.4	15.1	20.5
f. I asked the pharmacist and followed his advice.	15.6	14.3	12.3
g. I have asked by friends and relatives, who do not have medical training.	12.2	13.5	7.6
h. I tried to heal myself, as I considered.	7.5	27.6	9.6

**Table A6: Last time when a close family member was hospitalized, did you explicitly ask a member of the medical staff to look after your relative?**

<i>Figures indicate percentages of respondents.</i>	Romanians	Hungarians	Roma
Yes	40.2	43.3	20.8
No	59.8	56.7	79.2

**Table A7: The profile of rural administrative units (*comune*) with more 5% of Roma which were included in the qualitative fieldwork (interviews and participant observations) in the North-West development region in June-August 2007**

County	Total population (2002)	Number of villages	% Romanians	% Hungarians	% Roma	Number of doctors	Number of medical assistants	Sanitary mediators or local counsellors on Roma issues
1. Bihor	7100	5	33.5%	42%	24.5%	3	4	2
2. Bihor	4385	4	73%	19.3%	6.9%	2	2	1
3. Bihor	3138	8	84%	0.1%	16%	1	1	-
4. Sălaj	2993	6	87%	0.2%	11.2%	1	2	-
5. Sălaj	1806	3	86%	0.4%	24%	1	1	1
6. Maramureş	5409	7	82.4%	4%	13.6%	4	2	-
7. Satu Mare	5362	7	15%	80%	5%	2	4	-
8. Satu Mare	3242	5	44%	46%	10%	2	3	-
9. Satu Mare	4328	3	50%	31.8%	5%	2	2	1
10. Cluj	4376	8	60.2%	20.3%	15.5%	2	2	1
11. Cluj	7120	11	55%	40.8%	3.8%	4	3	1

**Note:** The number of villages from rural administrative units (*comune*) includes the central-village. Data on the total population and the ethnic distribution were provided by latest Census in 2002.

## DESPRE INSTITUTUL PENTRU STUDIAREA PROBLEMELOR MINORITĂȚILOR NAȚIONALE

### ABOUT THE ROMANIAN INSTITUTE FOR RESEARCH ON NATIONAL MINORITIES

### A NEMZETI KISEBBSÉGKUTATÓ INTÉZETRŐL

INSTITUTUL PENTRU STUDIAREA PROBLEMELOR MINORITĂȚILOR NAȚIONALE (ISPMN) funcționează ca instituție publică și ca personalitate juridică în subordinea Guvernului și în coordonarea Departamentului pentru Relații Interetnice. Sediul Institutului este în municipiul Cluj-Napoca.

#### ■ Scop și activități de bază

Studierea și cercetarea inter- și pluridisciplinară a păstrării, dezvoltării și exprimării identității etnice, studiarea aspectelor sociologice, istorice, culturale, lingvistice, religioase sau de altă natură ale minorităților naționale și ale altor comunități etnice din România.

#### ■ Direcții principale de cercetare

Schimbare de abordare în România, în domeniul politicilor față de minoritățile naționale: analiza politico-instituțională a istoriei recente;  
Dinamica etno-demografică a minorităților din România;  
Revitalizare etnică sau asimilare? Identități în tranziție, analiza transformărilor identitare la minoritățile etnice din România;  
Analiza rolului jucat de etnicitate în dinamica stratificării sociale din România;  
Patrimoniul cultural instituțional al minorităților din România;  
Patternuri ale segregării etnice;  
Bilingvismul: modalități de producere, atitudini și politici publice;  
Noi imigranți în România: modele de încorporare și integrare.

The ROMANIAN INSTITUTE FOR RESEARCH ON NATIONAL MINORITIES (RIRNM) is a legally constituted public entity under the authority of the Romanian Government. It is based in Cluj-Napoca.

#### ■ Aim

The inter- and multidisciplinary study and research of the preservation, development and expression of ethnic identity, as well as social, historic, cultural, linguistic, religious or other aspects of national minorities and of other ethnic communities in Romania.

#### ■ Major research areas

Changing policies regarding national minorities in Romania: political and institutional analyses of recent history;  
Ethno-demographic dynamics of minorities in Romania;  
Identities in transition – ethnic enlivening or assimilation? (analysis of transformations in the identity of national minorities from Romania);  
Analysis of the role of ethnicity in the social stratification dynamics in Romania;  
The institutional cultural heritage of minorities in Romania;  
Ethnic segregation patterns;  
Bilingualism: ways of generating bilingualism, public attitudes and policies;  
Recent immigrants to Romania: patterns of social and economic integration.



A kolozsvári székhelyű, jogi személyként működő NEMZETI KISEBBSÉGGKUTATÓ INTÉZET (NKI) a Román Kormány hatáskörébe tartozó közintézmény.

### ■ **Célok**

A romániai nemzeti kisebbségek és más etnikai közösségek etnikai identitásmegőrzésének, -változásainak, -kifejeződésének, valamint ezek szociológiai, történelmi, kulturális, nyelvészeti, vallásos és más jellegű aspektusainak kutatása, tanulmányozása.

### ■ **Főbb kutatási irányvonalak**

A romániai kisebbségpolitikában történő változások elemzése: jelenkortörténetre vonatkozó intézmény-politikai elemzések;

A romániai kisebbségek népességedemográfiai jellemzői;

Átmeneti identitások – etnikai revitalizálás vagy asszimiláció? (a romániai kisebbségek identitásában végbemenő változások elemzése);

Az etnicitás szerepe a társadalmi rétegződésben;

A romániai nemzeti kisebbségek kulturális öröksége;

Az etnikai szegregáció modelljei;

A kétnyelvűség módozatai, az ehhez kapcsolódó attitűdök és közpolitikák;

Új bevándorlók Romániában: társadalmi és gazdasági beilleszkedési modellek.

## A apărut/Previous issue/Megjelent

### ■ Nr. 1

Kiss Tamás – Csata István: *Evoluția populației maghiare din România. Rezultate și probleme metodologice. Evolution of the Hungarian Population from Romania. Results and Methodological Problems*

### ■ Nr. 2

Veres Valér: *Analiza comparată a identității minorităților maghiare din Bazinul Carpatic. A Kárpát-medencei magyarok nemzeti identitásának összehasonlító elemzése.*

### ■ Nr. 3

Fosztó László: *Bibliografie cu studiile și reprezentările despre romii din România – cu accentul pe perioada 1990–2007.*

### ■ Nr. 4

Remus Gabriel Anghel: *Migrația și problemele ei: perspectiva transnațională ca o nouă modalitate de analiză a etnicității și schimbării sociale în România.*

### ■ Nr. 5

Székely István Gergő: *Soluții instituționale speciale pentru reprezentarea parlamentară a minorităților naționale*

### ■ Nr. 6

Toma Stefánia: *Roma/Gypsies and Education in a Multiethnic Community in Romania*

### ■ Nr. 7

Marjoke Oosterom: *Raising your Voice: Interaction Processes between Roma and Local Authorities in Rural Romania*

### ■ Nr. 8

Horváth István: *Elemzések a romániai magyarok kétnyelvűségéről*

### ■ Nr. 9

Rudolf Gräf: *Arhitectura roma în România*

### ■ Nr. 10

Tódor Erika Mária: *Analytical aspects of institutional bilingualism. Reperle analitice ale bilingvismului instituțional*

### ■ Nr. 11

Székely István Gergő: *The representation of national minorities in the local councils – an evaluation of Romanian electoral legislation in light of the results of the 2004 and 2008 local elections. Reprezentarea minorităților naționale la nivel local*

– *O evaluare a legislației electorale românești pe baza rezultatelor alegerilor locale din 2004 și 2008*

### ■ Nr. 12

Kiss Tamás – Barna Gergő – Sólyom Zsuzsa: *Erdélyi magyar fiatalok 2008. Közvélemény-kutatás az erdélyi magyar fiatalok társadalmi helyzetéről és elvárásairól. Összehasonlító gyorsjelentés. Tinerii maghiari din Transilvania 2008. Anchetă sociologică despre starea socială și așteptările tinerilor maghiari din Transilvania. Dimensiuni comparative*

### ■ Nr. 13

Yaron Matras: *Viitorul limbii Romani: către o politică a pluralismului lingvistic*

### ■ Nr. 14

Sorin Gog: *Cemeteries and dying in a multi-religious and multi-ethnic village of the Danube Delta*

### ■ Nr. 15

Irina Culic: *Dual Citizenship Policies in Central and Eastern Europe*

### ■ Nr. 16

Mohácsék Magdolna: *Analiza finanțării alocate organizațiilor minorităților naționale*

### ■ Nr. 17

Gidó Attila: *On Transylvanian Jews. An Outline of a Common History*

### ■ Nr. 18

Kozák Gyula: *Muslims in Romania: Integration Models, Categorization and Social Distance*

### ■ Nr. 19

Iulia Hossu: *Strategii de supraviețuire într-o comunitate de romi. Studiu de caz. Comunitatea „Digului”, Orăștie, județul Hunedoara*

### ■ Nr. 20

Székely István Gergő: *Reprezentarea politică a minorităților naționale în România*

### ■ Nr. 21

Peti Lehel: *Câteva elemente ale schimbării perspectivei religioase: secularizarea, transnaționalismul și adoptarea sectelor în satele de ceangăi din Moldova. Transnational Ways of Life, Secularization and Sects. Interpreting Novel Religious Phenomena of the Moldavian Csángó Villages*

### ■ Nr. 22

Sergiu Constantin: *Tirolul de Sud – un model de autonomie și conviețuire?*



## ■ Nr. 23

Jakab Albert Zsolt: *Organizarea memoriei colective în Cluj-Napoca după 1989*  
*The Organization of Collective Memory by Romanians and Hungarians in Cluj-Napoca after 1989*

## ■ Nr. 24

Peti Lehel: *Apariția Fecioarei Maria de la Seuca – în contextul interferențelor religioase și etnice*  
*The Marian Apparition from Seuca/Szőkefalva in the Context of Religious and Ethnical Interferences*

## ■ Nr. 25

Könczei Csongor: *De la Kodoba la Codoba. Despre schimbarea identității etnice secundare într-o familie de muzicanți romi dintr-un sat din Câmpia Transilvaniei*  
*Hogyan lett a Kodobából Codoba? Másodlagos identitásváltások egy mezőségi cigánymuzsikus családnál*

## ■ Nr. 26

Marius Lazăr: *Semantică socială și etnicitate. O tipologie a modurilor identitare discursive în România*

## ■ Nr. 27

Horváth István (coord.), Veress Ilka, Vitos Katalin: *Közigazgatási nyelvhasználat Hargita megyében az önkormányzati és a központi kormányzat megyeszintű intézményeiben*  
*Utilizarea limbii maghiare în administrația publică locală și în instituțiile deconcentrate din județul Harghita*

## ■ Nr. 28

Sarău Gheorghe: *Bibliografie selectivă privind rromii (1990 - 2009)*