

# **RAPORT DE CERCETARE: ACCESUL FEMEILOR DIN MEDIUL RURAL LA ASIGURĂRI MEDICALE ȘI SCREENING PENTRU PREVENIREA CANCERULUI DE COL UTERIN**

# CUPRINS

**1**  
**INTRODUCERE**

**2**  
**METODOLOGIE**

**3**  
**ANALIZA DATELOR**

**4**  
**INTERVENȚIA AUTORITĂȚILOR LOCALE**

**5**  
**CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI**

# 1 INTRODUCERE



# INTRODUCERE

**Accesul femeilor la servicii ce țin de sănătatea reproducerii este esențial în prevenirea și combaterea bolilor și infecțiilor cu transmitere sexuală, a cancerelor care le afectează mai ales pe femei și a sarcinilor nedorite.** Orice obstacol în accesarea acestor servicii poate avea un impact major asupra opțiunilor pe care cineva le are în viață. Intersecția unor identități vulnerabile reduce semnificativ accesul la aceste servicii esențiale de prevenție și tratament.

**Sănătatea reproducerii nu a fost o prioritate pentru statul român. În ultimul deceniu accesul la servicii esențiale precum planificarea familială, contracepție și întreruperi de sarcină, a devenit din ce în ce mai îngreunat.** De peste zece ani, în România nu există acces la metode contraceptive gratuite, nici măcar pentru grupurile vulnerabile.

România se confruntă cu provocări semnificative în menținerea egalității de gen în domeniul sănătății. Lipsa educației sexuale, accesul inegal la servicii medicale, servicii de sănătate reproductivă inadecvate sau insuficiente - toate acestea afectează calitatea vieții femeilor din România, cu precădere pe cele care locuiesc în mediul rural.

Bariera financiară este un obstacol major pentru multe dintre femei, mai ales pentru cele cu identități vulnerabile. Dar femeile se confruntă adesea și cu instanțe de discriminare sau violență obstetricală și ginecologică când încearcă să apeleze la aceste servicii.



**Pentru femeile care nu beneficiază de asigurare medicală, accesul la servicii medicale devine aproape imposibil. Cu toate că sistemul de asigurări sociale de sănătate este obligatoriu, aproximativ 11 % din populație rămâne neasigurată, în special în zonele rurale (Comisia Europeană, 2022).**

În România calitatea de asigurat poate fi dobândită prin mai multe căi: angajarea prin contract de muncă, pensie, coasigurare la partener sau copii, venit minim garantat, înscrierea în învățământul universitar, șomaj, realizarea de venituri din activități independente, afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate sau gradul de handicap, femeile însărcinate sau lăuze și concediul de creștere copil.

**Coasigurarea reprezintă un factor de risc pentru multe dintre femeile care nu au venituri proprii, ci sunt dependente de venitul partenerului sau copiilor. Aceeași situație de vulnerabilitate o întâlnim și în cazul femeilor care beneficiază de venit minim garantat.**

Navigarea sistemului de sănătate este dificilă chiar și pentru femeile care nu fac parte din categorii vulnerabile. Femeile nu sunt informate cu privire la beneficiile pe care le pot accesa sau drepturile lor în raport cu sistemul de sănătate. Dacă se confruntă cu comportamente abuzive nu sunt informate cu privire la demersurile prin care își pot face dreptate. Relația de putere dintre medic și pacientă este în continuare disproporționată.



În 2020 mortalitatea infantilă în mediul rural era 7,4‰ născuți vii, peste media națională și mai mare față de mediul urban unde se înregistrează 5,1‰ născuți vii (INSP-CNSISP, 2021). O treime din gravidele din mediul rural nu sunt luate în evidență în primul trimestru al sarcinii (IONMC, 2019)

România este țara din Uniunea Europeană care face cele mai puține eforturi pentru eliminarea cancerului de col uterin. Anual, aproximativ 3380 de femei sunt diagnosticate cu cancer de col uterin (HPV Information Center, 2023). În 2016 62,4 % din femeile cu experiență sexuală au afirmat că au făcut testul Babeș Papanicolau pentru depistarea cancerului de col uterin (IONMC, 2019).

România se află pe primul loc în UE pentru decesele din cauza cancerului de col uterin, cu o rată de incidență de trei ori mai mare decât media UE . Din 2010 până în 2020, 17.000 de femei au murit din cauza cancerului de col uterin (INSP, 2021). Începând cu anul 2023 copiii cu vârste între 11 și 18 ani au acces gratuit la vaccinarea împotriva virusului HPV. De asemenea, vaccinul este decontat pentru femeile care au cel mult 45 de ani.

Organizația Mondială a Sănătății are ca obiectiv eradicarea cancerului de col uterin prin aplicarea schemei "90-70-90": 90% dintre fetele cu vârsta până în 15 ani sunt vaccinate împotriva virusului, 70% dintre femei beneficiază de servicii de screening de cel puțin două ori în intervalul de vârstă 35-45 de ani și 90% dintre femeile depistate cu un test pozitiv au



acces la tratamentul leziunilor pre canceroase și al celor maligne.

În România rata vaccinării împotriva virusului HPV este departe de obiectul OMS. În 2021 au fost vaccinate 30.000 de fete dintr-un total de 400.000 cu vârste între 11 și 14 ani, similar cu cifra din 2020, an în care vaccinarea a fost reluată (INSP, 2022). Asta reprezintă 7.5% din totalul populației eligibile la momentul vaccinării.



# 2 METODOLOGIE





# METODOLOGIE

**În perioada mai 2021-august 2023 am realizat deplasări în șapte județe din regiunea Sud-Muntenia: Argeș, Călărași, Giurgiu, Dâmbovița, Ialomița, Prahova, Teleorman.** Deplasările au fost realizate alături de o caravană medicală, în cadrul căreia femeile între 24 și 64 de ani și-au făcut testul Babeș-Papanicolau și genotiparea HPV, esențiale în prevenirea cancerului de col uterin.

**În timpul acestor deplasări am cules date din rândul a 4869 de femei care au beneficiat de prevenția secundară.** Datele au adresat următoarele aspecte: statutul marital, venitul gospodăriei, sursa venitului, nivelul de studii, numărul de nașteri, sursa asigurării medicale, informații despre cel mai recent test Papanicolau efectuat și ultimul control ginecologic. Datele au fost culese prin intermediul unui chestionar, aplicat față în față.

În timpul deplasărilor am oferit informații cu privire la testul Babeș-Papanicolau și genotiparea HPV, virusul HPV și cancerul de col uterin, dar și soluții privind dobândirea calității de asigurată. Fiecare beneficiară a primit un material informativ cu informații despre servicii de sănătatea reproducerii și modalitățile prin care poți beneficia de asigurare medicală.

Cercetarea nu este reprezentativă național.



# 3 ANALIZA DATELOR

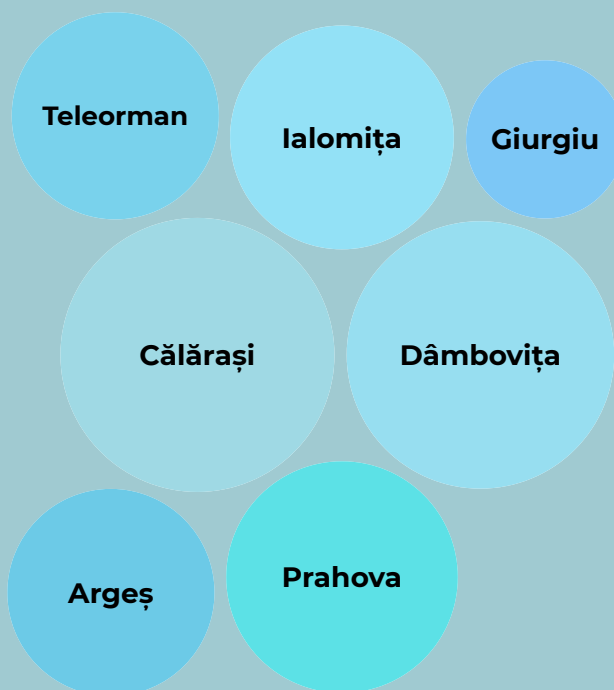


# ANALIZA DATELOR

## I. CARACTERISTICI SOCIO-DEMOGRAFICE

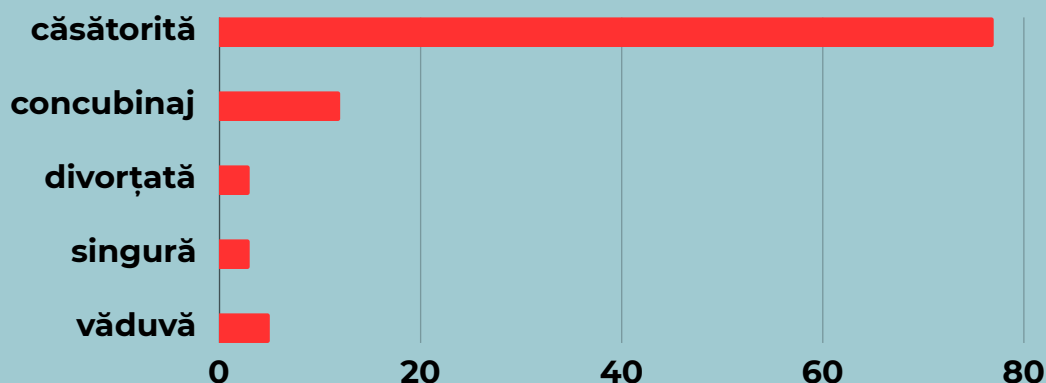
Eșantionul a fost format din 4869 de femei cu vârste cuprinse între 24 și 64 de ani, majoritatea (36%) încadrându-se în intervalul de vârstă 45-54, fiind urmată de categoria de vârstă 35-44 (26%) și 24-34 (24%).

Majoritatea respondentelor provin din județul Călărași (21%), acesta fiind urmat de județul Dâmbovița (20%) și Prahova (15%). Județele cu cea mai mică rată a respondentelor sunt Giurgiu (7%) și județele Argeș și Teleorman (12%).

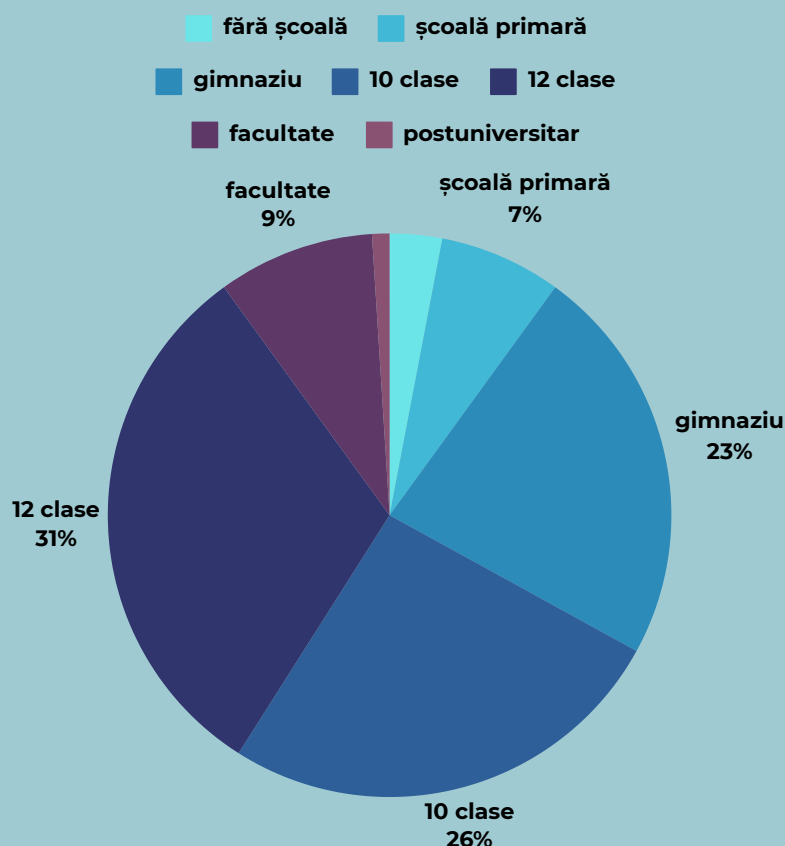


distribuția pe județe, total respondente

Majoritatea femeilor chestionate sunt căsătorite (77%), iar 12% trăiesc în concubinaj.

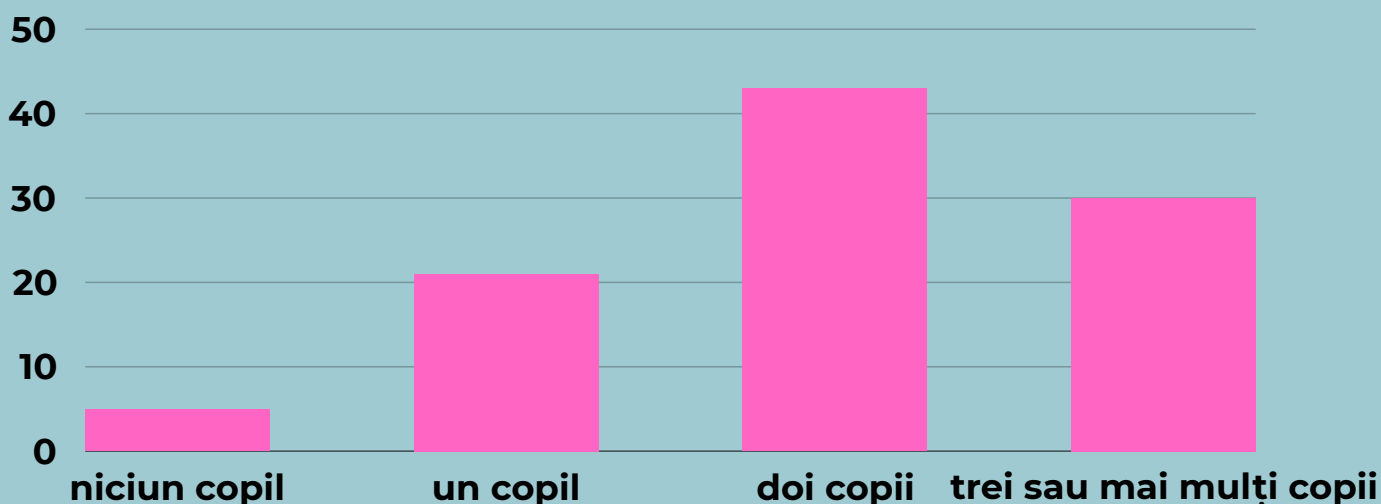


În ceea ce privește nivelul de educație, o treime din respondente au finalizat studiile liceale, 26% au absolvit 10 clase, iar 23% au studii gimnaziale. Cele care au absolvit studii universitare sau post-universitare reprezintă 10% din total, procent egal cu al femeilor care au absolvit doar studiile primare sau nu au studii.

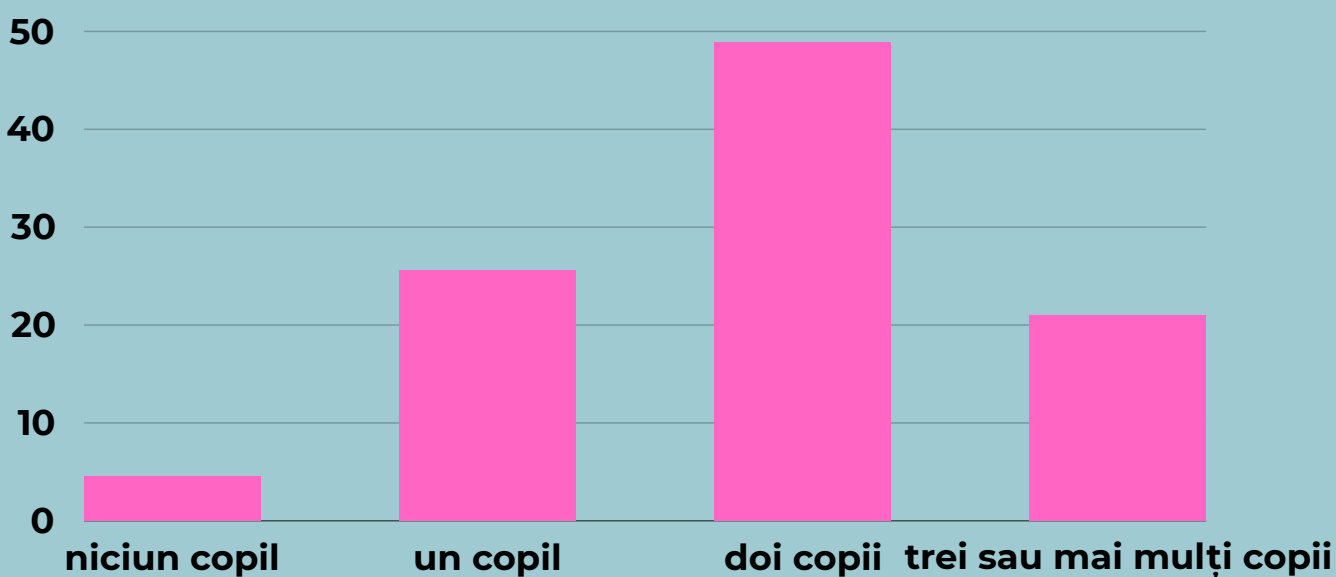


Dintre femeile intervievate, majoritatea au doi copii, 23% dintre ele au 3 sau mai mulți copii, iar 4.6% nu au niciun copil.

Dintre femeile neasigurate, majoritatea (43.4%) au doi copii, o treime au mai mult de trei copii, iar 5% dintre ele nu au copii.



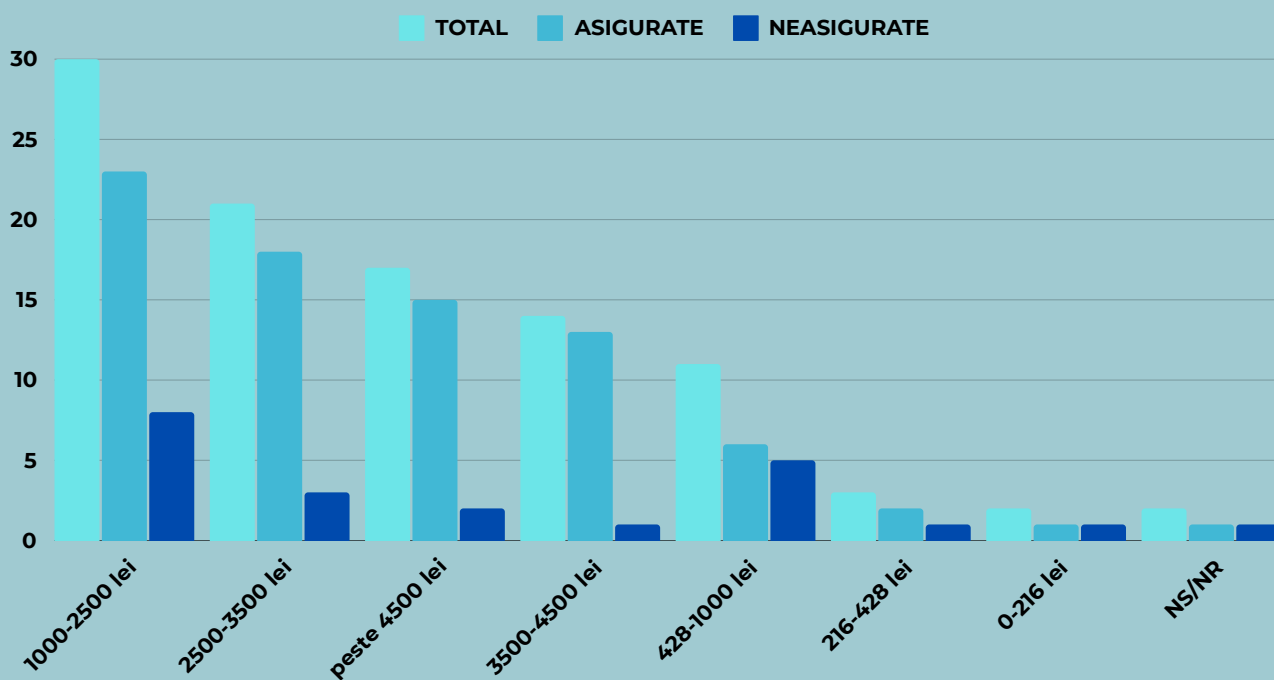
Dintre femeile asigurate, aproape jumătate dintre ele au doi copii, 21% au trei sau mai mulți copii. Șapte dintre femeile asigurate ne-au spus că au mai mult de 10 copii, iar una dintre ele ne-a comunicat că are 16 copii.



## II. SURSA VENITULUI FAMILIEI ȘI A ASIGURĂRII MEDICALE

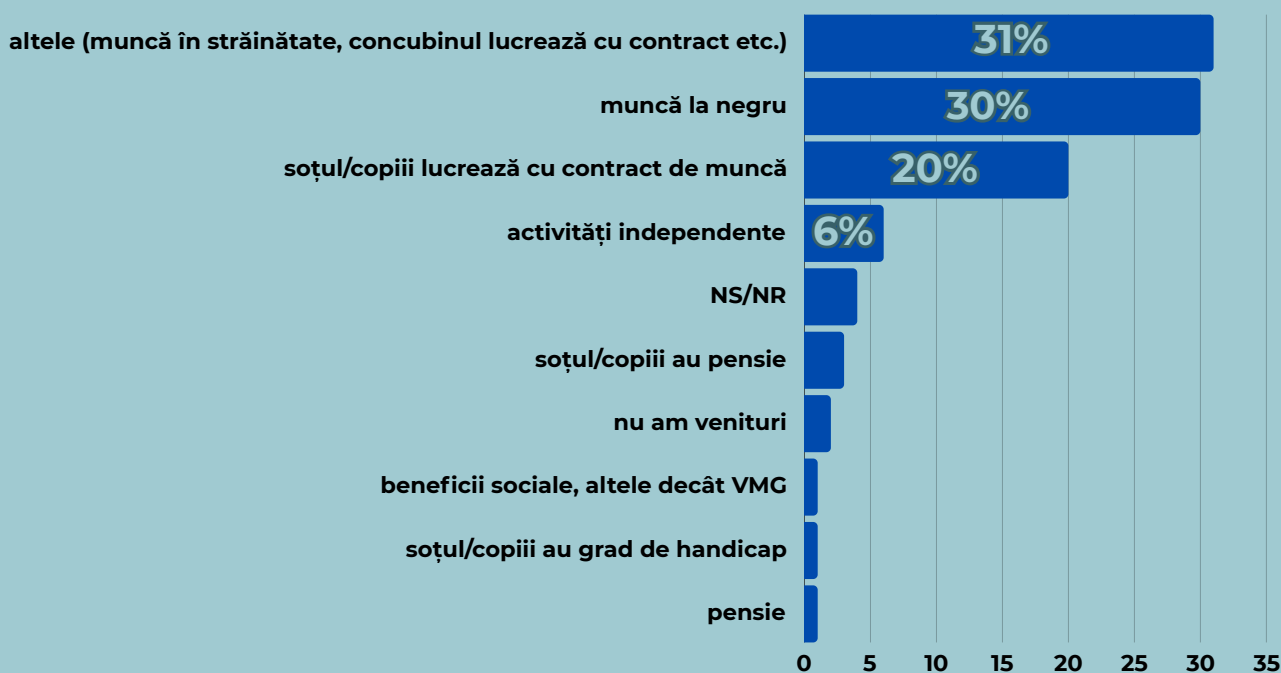
Venitul familiei diferă semnificativ între femeile asigurate și cele neasigurate. Majoritatea femeilor neasigurate au declarat că venitul familiei este sub 2500 de lei, pe când majoritatea femeilor asigurate au declarat că venitul familiei este mai mare de 2500 de lei.

**O treime din respondente au declarat că venitul familiei se situează în intervalul 1000-2500 de lei.** 1 din 4 respondente a declarat că venitul familiei se situează între 2500 și 3500 de lei (dintre care doar un sfert sunt femei neasigurate), fiind urmate de femeile care au declarat că venitul familiei este peste 4500 de lei (17%).



1 din 5 femei a declarat că venitul familiei este sub 1000 de lei. Jumătate din respondentele ale căror venit per gospodărie este mai mic de 1000 de lei sunt neasigurate. 6% dintre respondente au declarat că venitul familiei este mai mic de 428 de lei.

În ceea ce privește sursa venitului, majoritatea femeilor neasigurate au declarat că practică munca la negru sau zilieră. 1 din 5 femei neasigurate au declarat că soțul sau copiii lucrează cu contract de muncă în gospodăria lor și au fost îndemnate să urmeze procesul de coasigurare.

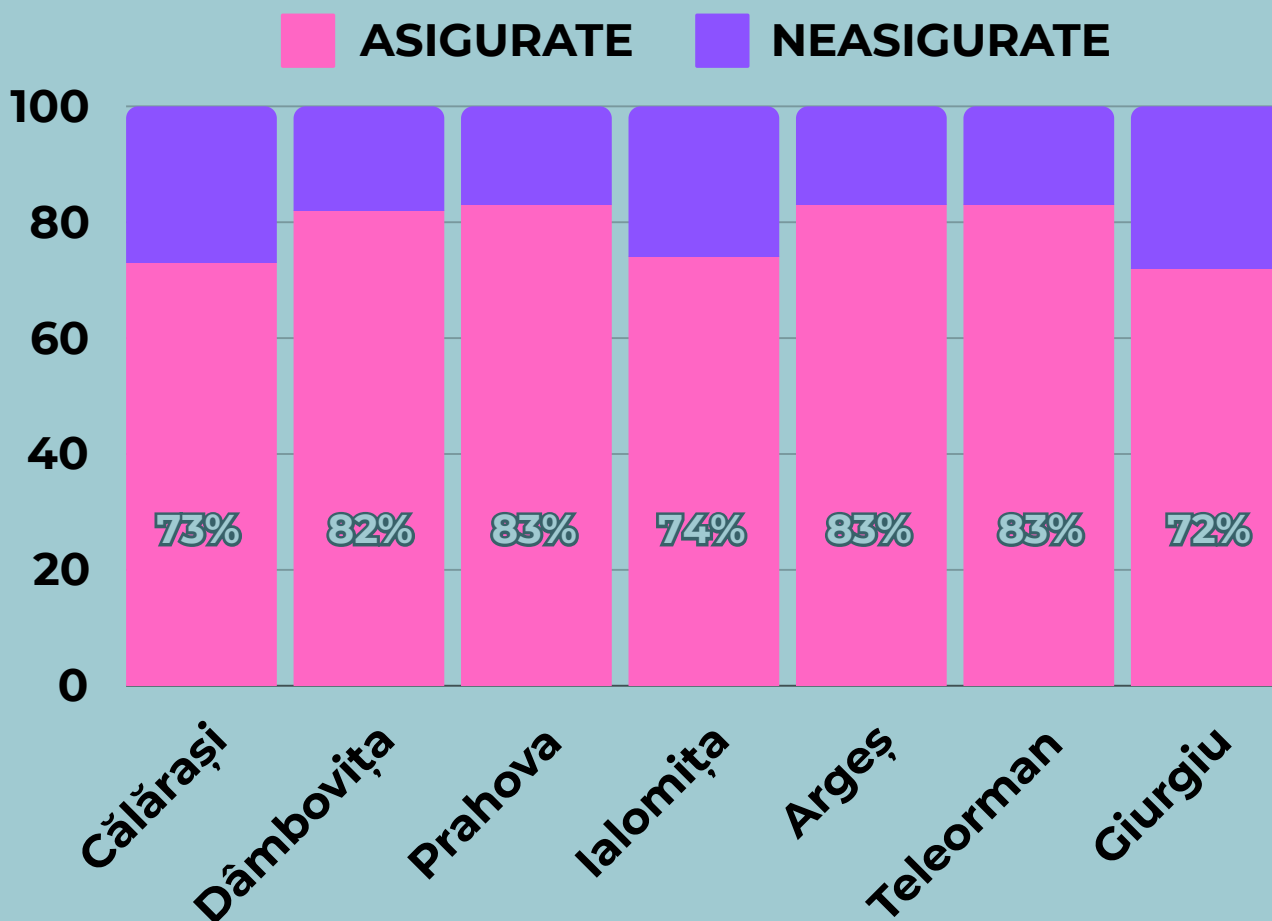


#### sursa venitului familiei, femei neasigurate

Multe dintre femeile neasigurate care au participat în cadrul cercetării nu cunoșteau beneficiile asigurării medicale sau care sunt metodele prin care poți deveni asigurată. O situație similară am întâlnit-o și în cazul femeilor asigurate în baza venitului minim garantat, care fie nu știau că beneficiază de asigurare medicală, fie nu cunoșteau beneficiile de bază ale asigurării medicale.

**21% dintre femei nu au asigurare medicală.** În ceea ce privește ponderea femeilor neasigurate în fiecare județ, cele mai multe respondente neasigurate au fost înregistrate în județele Giurgiu (28%), Călărași (27%) și Ialomița (26%).



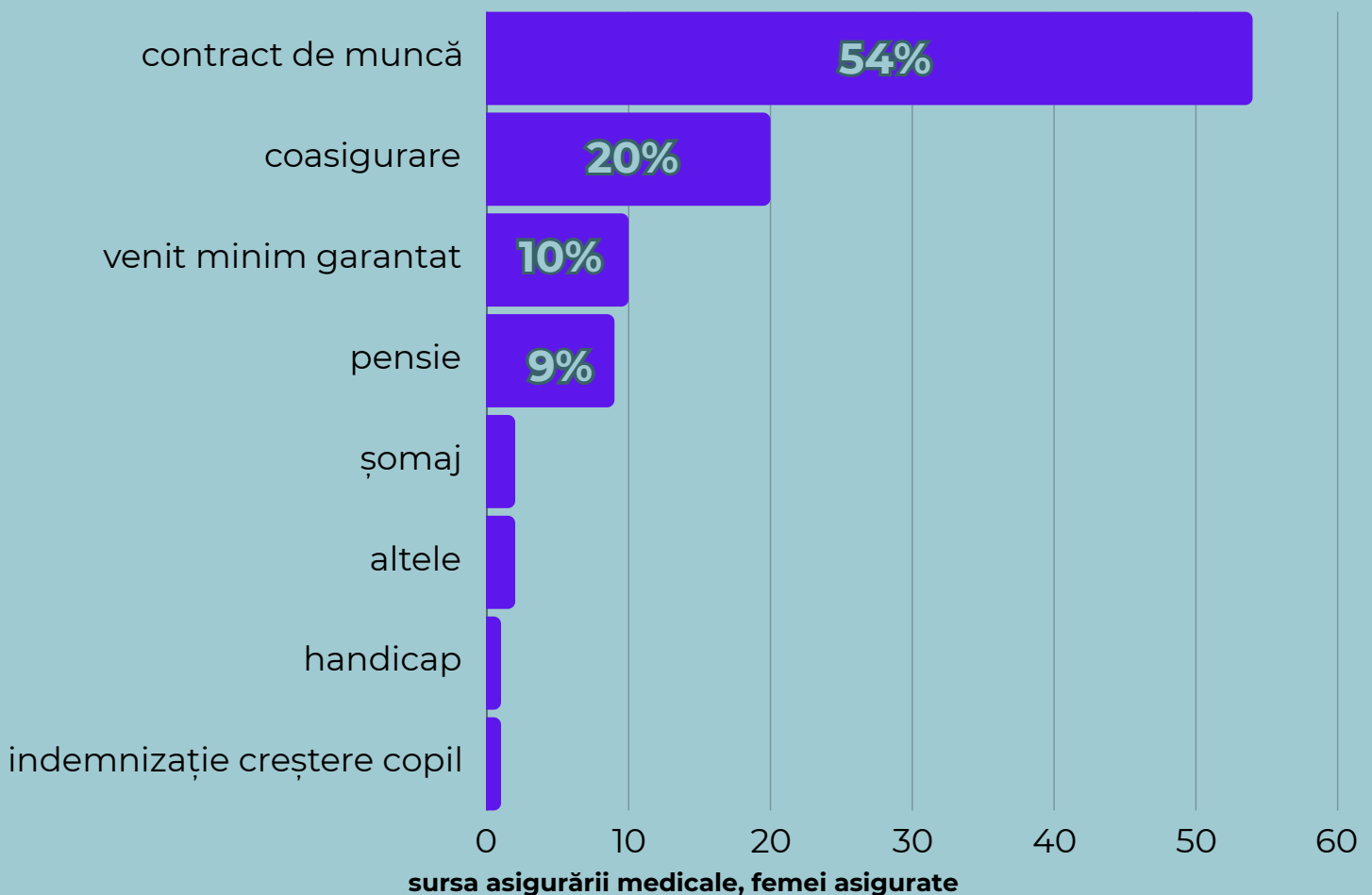


O treime din femeile neasigurate au declarat ca sursa venitului munca în străinătate, faptul că partenerul practică munca zilieră sau concubinul lucrează cu contract de muncă.

În cazul femeilor asigurate, principala sursă a venitului este locul de muncă: **54% dintre ele au declarat că sunt angajate.** 1 din 5 dintre respondentele asigurate au declarat că sursa asigurării medicale este coasigurarea, iar 10% sunt asigurate în baza venitului minim garantat, fiind urmate de femeile care au ca principală sursă a venitului pensia (9%).



**Procentul mare de femei coasigurate ne indică că acestea nu participă activ pe piața muncii și sunt dependente financiar de un membru al familiei, de cele mai multe ori acesta fiind soțul. Lipsa independenței financiare reprezintă un factor de risc pentru aceste femei.** Aproape jumătate dintre femeile interviewate nu sunt active pe piața muncii, dintre acestea, o treime au mai mult de trei copii.



Dependența financiară reprezintă un factor de risc pentru femeile aflate în relații abuzive și poate sta la baza unor situații de violență economică, o formă mai puțin cunoscută a violenței de gen și adesea normalizată: 25% dintre români cred că nu este grav dacă o femeie nu este lăsată de partener să își caute un loc de muncă. (Barometrul Violenței de Gen, 2022)



Lipsa independenței economice a femeilor din rural este un factor major care le afectază accesul la servicii de sănătate adecvate. Aproape 40% dintre femeile intervievate fie nu au asigurare medicală (21% din total), fie beneficiază de asigurare medicală de pe urma soțului sau copiilor, prin coasigurare (15.5% din total).

Peste 60% dintre români consideră că este mai degrabă datoria bărbatului să aducă bani în casă, iar 70% dintre români consideră că barbatul este capul familiei (Barometrul de Gen, 2018). Aceste stereotipuri și prejudecăți de gen afectează accesul femeilor pe piața muncii, unde se confruntă și cu forme specifice de discriminare.

Accesul la piața muncii este îngreunat și de probleme de mobilitate, cum ar fi: angajatorii sau autoritățile locale nu asigură transport până la locul de muncă, locurile de muncă se află la o distanță mare de domiciliu, în comuna în care femeile locuiesc nu există facilități de tipul creșelor sau grădinițelor cu program prelungit șamd.

### **III. FRECVENȚA SCREENING-ULUI ȘI A CONSULTAȚIILOR GINECOLOGICE**

România se confruntă cu problemă majoră în ceea ce privește accesul femeilor și fetelor la măsuri de prevenire a infecției cu virusul HPV. La nivelul Uniunii Europene, România înregistrează cea mai mică rată de screening pentru prevenirea cancerului de col uterin: 3.9% dintre femei. Aproape jumătate

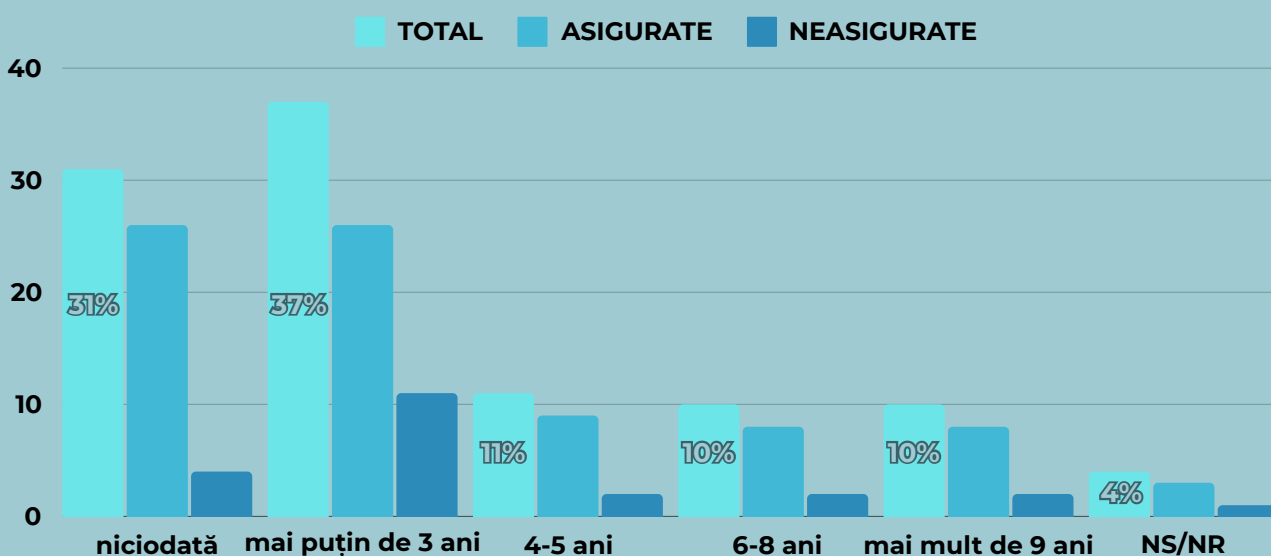


dintre românce nu și-au făcut niciodată un test Babeș-Papanicolau (Eurostat, 2023)

Cancerul este a doua cauză principală de deces în România, după bolile cardiovasculare, reprezentând 19 % din totalul deceselor. În anul 2019, 50324 de persoane au murit prin cancer în România. (OECD și Comisia Europeană, 2023)

În rândul femeilor, cancerul de col uterin este al treilea ca frecvență, după cancerul de sân și cancerul colorectal. În ceea ce privește cancerul de col uterin, rata de incidență a acestuia (32,3 la 100 000 de femei) și rata mortalității (16,9 la 100 000) sunt cele mai ridicate din UE (OECD și Comisia Europeană, 2023).

Potrivit datelor culese în timpul acestei cercetări, **31% dintre femeile din mediul rural nu și-au făcut niciodată testul Babeș-Papanicolau.** O treime dintre femei nu și-au făcut testul în ultimii patru ani, iar 4% dintre ele nu au știut să indice dacă și când și-au făcut acest test. 37% dintre femei și-au făcut testul în ultimii trei ani.



Datele ne arată faptul că accesul la servicii de screening nu depinde de calitatea de asigurat: 20% dintre femeile neasigurate nu și-au făcut testul Babeș-Papanicolau niciodată, iar 15% nu și-au făcut testul de cel puțin 6 ani. Procentul femeilor neasigurate care și-au făcut testul Babeș-Papanicolau în urmă cu un an este de 32%.

Multe dintre femeile asigurate cu care am discutat pe teren ne-au spus că au fost nevoite să achite complet sau parțial contravaloarea testului Babeș-Papanicolau.

**Aproape jumătate dintre femei (48%) au fost la ginecolog în ultimii trei ani;** 17% au făcut cel puțin o vizită la ginecolog în ultimul an.

**15% dintre femei au fost la ginecolog în urmă cu 4-5 ani, iar 17% dintre ele au fost ultima dată la ginecolog în urmă cu 6-10 ani.**

**17% dintre femei nu au fost la ginecolog în ultimii 10 ani, iar 7% nu au mai trecut printr-un consult ginecologic de cel puțin 20 de ani.**

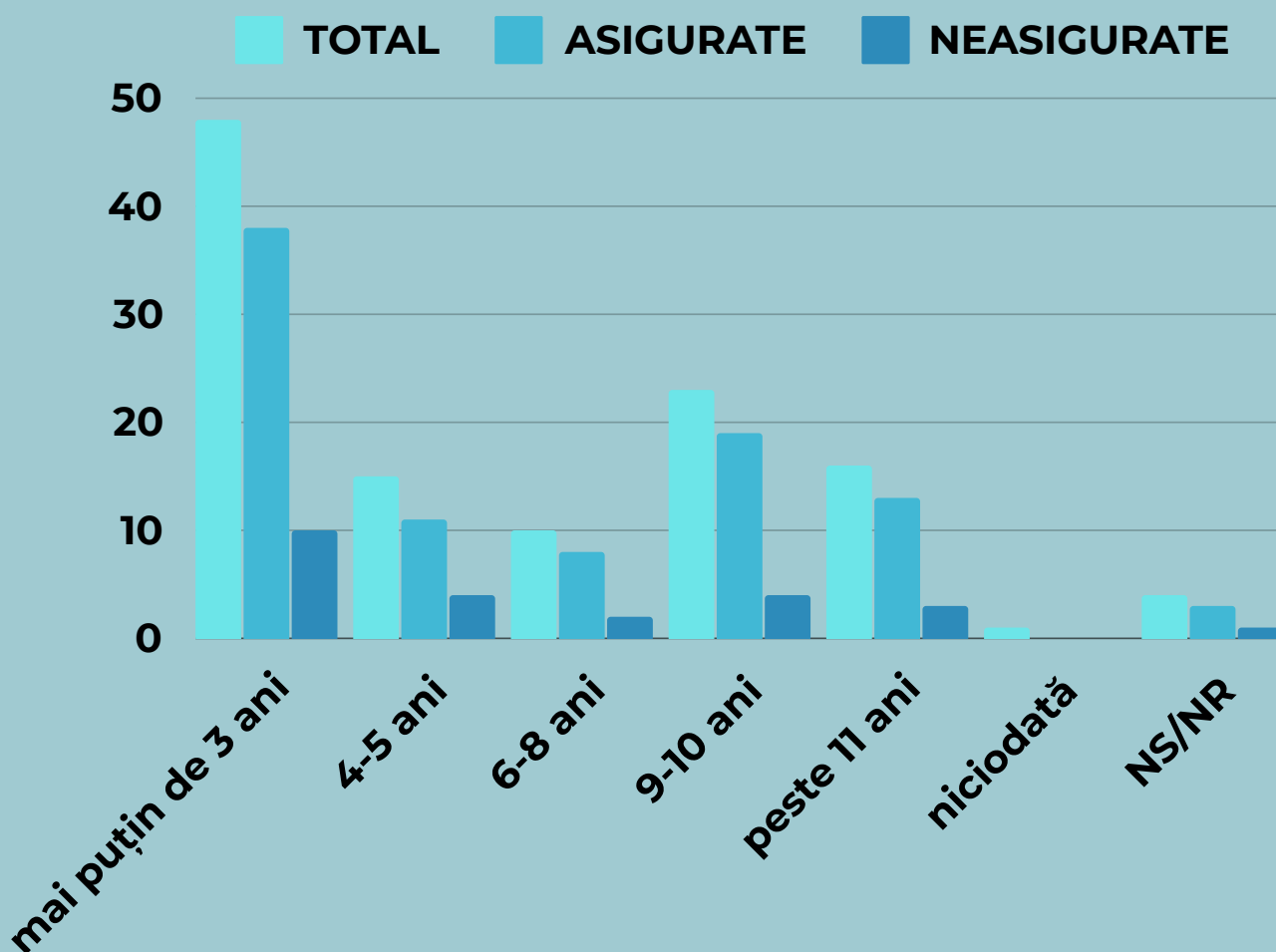
Multe dintre femeile intervievate pentru această cercetare ne-au indicat **cea mai recentă naștere** ca ultim moment în care au făcut o vizită în cabinetul de obstetrică-ginecologie.

În ceea ce privește ultimul consult ginecologic al femeilor neasigurate, jumătate dintre acestea au mers la ginecolog cel puțin o dată în ultimii trei ani, iar 31% dintre ele au mers la ginecolog în ultimul an.



17% dintre femeile neasigurate au mers la ginecolog în ultimii 4-5 ani, iar 10% în ultimii 6-10 ani.

**15% dintre femeile neasigurate nu au fost la un consult ginecologic în ultimii 10 ani, iar 5% nu au fost de peste 20 ani la ginecolog.**



Experiența de pe teren ne-a arătat că motivele principale pentru care femeile ajung la un consult ginecologic sunt tratamentul, nu prevenția, sau constatarea și monitorizarea sarcinii. În general se confruntă cu probleme de acces din cauza lipsei infrastructurii, a personalului, a informațiilor despre prevenție sau a diferitelor forme de violență și discriminare cu care se confruntă în cabinetele medicale.

# 4 INTERVENȚIA AUTORITĂȚILOR LOCALE



# ANALIZA DATELOR

În cele șapte județe în care am realizat culegerea datelor am realizat și două deplasări de advocacy în câte trei comune din fiecare județ.

În cadrul acestor deplasări am discutat cu reprezentanți ai compartimentului de Asistență Socială, primari, viceprimari, personal cu atribuții în asistența socială, mediatore sanitare și asistente medicale comunitare.

Comunele au fost alese în funcție de media femeilor neasigurate, considerând că acestea sunt comunități cu risc crescut. Principalele subiecte abordate țin de nevoile și problemele femeilor din comunitate în dobândirea asigurării medicale, problemele cu care se confruntă în accesarea serviciilor de sănătate, informații despre persoanele care beneficiază de venitul minim garantat, serviciile medicale oferite la nivelul comunei și oferta de locuri de muncă.

În **județul Călărași** am organizat întâlniri în comunele Ștefan Vodă, Modelu și Grădiștea. Principalul motiv invocat de autorități pentru rata crescută a femeilor neasigurate a fost lipsa locurilor de muncă de la nivelul comunei, dar și lipsa transportului către locurile de muncă disponibile în apropiere. Un alt motiv este lipsa creșelor și grădinițelor cu program prelungit: *dacă faci naveta,*



*primul tren e la 06:30. Trebuie să pleci la 6 de acasă. Te întorci la 17:30. Mie, ca femeie cu copii, mi-ar fi greu. Mai și întârzie trenul, ajungi târziu.*

Majoritatea femeilor din aceste comune merg la Călărași pentru servicii de monitorizare a sarcinii, montarea steriletului sau alte proceduri medicale din sfera sănătății reproducerii. Informarea cu privire la beneficiile calității de asigurat se face prin intermediul medicului de familie sau al compartimentului de asistență socială atunci când femeile ajung în contact cu primăria. Activitățile de informare proactive din partea Primăriilor cu privire la asigurările medicale lipsesc. Multe persoane din comunitate trăiesc în concubinaj, astfel încât nu pot beneficia de calitatea de coasigurat. Față de perioada pandemiei, locurile de muncă de la nivelul comunelor și din apropiere s-au împuținat.

În **judetul Prahova** am organizat întâlniri în Blejoi, Vărbilău și Lipănești. Multe dintre femeile din aceste comune sunt casnice și își asumă roluri tradiționale de gen, fiind dependente de parteneri și familia extinsă în ceea ce privește sursa venitului. Bărbații din comună aleg să muncească fără contract sau în străinătate.

În comuna Blejoi o singură femeie beneficia de venit minim garantat și 45 de persoane angajate ca asistent personal. În cazul acestei comune, locurile de muncă sunt mai accesibile, dată fiind poziția față de municipiul Ploiești, iar la nivelul comunei există o grădiniță cu program prelungit. În pandemie rata femeilor neasigurate a crescut.





De asemenea, un alt fenomen întâlnit în timpul pandemiei este creșterea reticenței față de vaccinare. Femeile sunt mai puțin dispuse să își vaccineze copiii chiar și cu schema obligatorie de vaccinare, nu doar în ceea ce privește vaccinarea împotriva HPV.

În **judetul Dâmbovița** am realizat deplasări în comunele Nucet, Ludești și Mănești. Principalul motiv invocat de autorități pentru rata mare de femei neasigurate este faptul că oferta de locuri de muncă nu se potrivește nevoilor femeilor din comunitate. Persistă raportarea tradițională la rolurile de gen în aceste gospodării: *femeile pe care le văd eu în situație de risc sunt casnice, au trăit în umbra soțului toată viața și nu au vechime pe piața muncii.*

Din cauza condițiilor inadecvate din cadrul Spitalului Târgoviște, multe dintre femeile din aceste comunități merg la București pentru servicii ce țin de ginecologie și monitorizarea sarcinii.

Accesul la informație cu privire la navigarea sistemului de sănătate depinde de implicarea medicului de familie de la nivelul comunei. Informarea despre calitatea de asigurat se realizează și prin intermediul Agenției Județene pentru Ocuparea Forței de Muncă, care organizează sesiuni de informare cu privire la oferta de locuri de muncă și cursurile de formare. Un impediment major în accesarea acestor cursuri este faptul că le pot accesa doar persoanele care au absolvit 8 clase.



În **judetul Teleorman** am realizat deplasări în comunele Smârdioasa, Poroschia și Peretu. Principalul motiv invocat de autorități pentru rata crescută a femeilor neasigurate este situația socio-economică și lipsa investițiilor în comună. Aici am observat o nevoie specifică a autorităților de la nivel local de a fi consultați cu privire la soluțiile propuse din partea instituțiilor centrale, care să țină cont de nevoile și problemele specifice comunității.

O soluție implementată în asigurarea accesului la servicii medicale a fost cea a caravelor mobile. De asemenea, asigurarea personalului în cadrul pozițiilor de asistent/ă medical/ă comunitar/ă sau mediator/oare sanitar/ă este esențială pentru a menține un dialog constant cu comunitatea și a mapa nevoile și problemele specifice.

Multe dintre femeile din aceste comune au un nivel de educație formală scăzut. Acesta este un impediment major în accesul pe piața muncii sau în programele de formare ale AJOFM.

În **judetul Giurgiu** am organizat întâlniri în comunele Bucșani, Stănești și Vedea. Principalele motive invocate ca fiind obstacole în procesul de asigurare sunt legate de lipsa școlarizării, lipsa unei oferte de muncă corelată cu nevoile comunității, dar și numărul mare al persoanelor care practică agricultura de subzistență.

Campaniile organizate alături de AJOFM cu privire la cursuri de formare sau informare cu privire la locurile de muncă disponibile nu au avut succes din



cauza criteriilor de admitere. De asemenea, limita de vârstă impusă prin programul *A doua șansă* este 29 de ani, ceea ce a reprezentat o piedică importantă pentru cei care au dorit să se înscrie pentru a încheia studiile.

Îmbunătățirea infrastructurii rutiere a fost un pas important în accesibilizarea locurilor de muncă. Persoanele din comunitate au putut beneficia de transport și de infrastructură rutieră care să le reducă timpul de navetă.

Am observat și o reticență din partea unor reprezentanți ai autorităților locale în a admite importanța asigurărilor medicale, lucru care poate descuraja femeile în a întreprinde măsuri pentru a se asigura. Încrederea în sistemul public de sănătate este scăzut în rândul acestora, considerând că timpii de așteptare sunt crescuți și de multe ori trebuie să plătești pentru intervenții și analize medicale, indiferent dacă ai sau nu asigurare medicală.

În **judetul Ialomița** am realizat deplasări în comunele Alexeni, Perieți și Gheorghe Lazăr. Principala problemă identificată de autorități este lipsa educației și a unei pregătiri profesionale formale, care să le permită persoanelor din comunitate să se angajaze.

Femeile din această comună obișnuiau să acceseze servicii de obstetrică-ginecologie în cadrul spitalului Urziceni, care nu mai are o astfel de secție. Acum, majoritatea femeilor apelează la unitățile medicale din Slobozia și de la București.



Înăsprirea condițiilor cu privire la accesarea venitului minim garantat a pus presiune suplimentară pe o parte din comunitate pentru a se angaja.

Majoritatea bărbaților lucrează în construcții, prestând muncă la negru, fără contract, iar femeile sunt adesea casnice. Se mențin rolurile tradiționale de gen în ceea ce privește munca domestică și creșterea și îngrijirea copiilor.

La fel ca în majoritatea comunelor, nu există grădinițe cu program prelungit sau creșe; unul dintre motivele pentru care femeile nu se asigură medical este și lipsa sprijinului în îngrijirea și creșterea copiilor - multe dintre femei sunt casnice și nu au niciun venit pentru că nu pot lăsa copii în grija familiei extinse sau în cadrul unor creșe/grădinițe cu program prelungit, mai ales ținând cont de faptul că programul de lucru propus de agenții economici nu este unul flexibil, iar locurile de muncă part-time s-au împușinat.

În **judetul Argeș** am realizat deplasări în comunele Hârtiești, Țițești și Mihăești. Și în cazul acestor comune a fost identificat ca motiv principal pentru rata crescută de neasigurare lipsa locurilor de muncă.

În Mihăești există șapte grădinițe, dintre care una cu program prelungit, ceea ce le-a facilitat femeilor din comună accesul la locuri de muncă.

Am observat în județul Argeș o raportare stereotipică și discriminatorie la comunitatea de



etnie romă din comunele în care am realizat deplasări.

Discriminarea și rasismul autorităților locale sau județene sunt în sine obstacole majore în accesarea serviciilor medicale sau sociale.

Numărul persoanelor care beneficiază de ajutor social în aceste comune este mai ridicat decât în celelalte comune în care am realizat deplasări. Autoritățile locale consideră că acordarea venitului minim garantat este o formă de sprijin din partea primăriei în accesarea calității de asigurat, cu toate că această formă de asigurare prezintă multe riscuri și nu este sustenabilă pe termen lung.



# 5

## CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI



# CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

Femeile din mediul rural se confruntă cu diverse bariere în accesul la servicii ce țin de sănătatea reproducerii și în dobândirea calității de asigurat: lipsuri financiare, lipsa infrastructurii rutiere și a transportului public, lipsa personalului medical în cele mai apropiate unități medicale și diferitele forme de discriminare și violență cu care se confruntă în navigarea sistemului de sănătate.

Multe dintre aceste femei se află la **o intersecție de identități vulnerabile**: femei române, femei cu dizabilități, femei în vârstă, femei care nu au venituri etc. Pentru ele, accesul la servicii medicale este cu atât mai greu. Acestea aleg să amâne vizita la doctor sau să apeleze la servicii medicale doar pentru tratament în situații de multe ori critice, nu și pentru prevenție.

Multe dintre obstacolele cu care se confruntă au la bază și o **lipsă generală de informații** despre drepturile și obligațiile lor, procedurile pe care trebuie să le parcurgă, beneficiile de care au parte în urma asigurării, investigațiile pe care trebuie să le facă atunci când se confruntă cu o problemă de natură medicală sau sunt însărcinate.

Femeile din mediul rural sunt cele care practică munca domestică în gospodărie și care se ocupă aproape exclusiv de creșterea și îngrijirea copiilor. Astfel, ele rămân dependente financiar de partenerii lor sau de alte persoane din familia extinsă.



**O treime din femeile chestionate nu și-au făcut niciodată testul Babeș-Papanicolau.** Cele mai multe dintre ele nu cunosc suficiente informații despre infecția cu virusul HPV, riscurile depistării târzii, importanța screeningului și a vaccinării.

Majoritatea femeilor neasigurate practică munca la negru sau zilieră și declară că venitul familiei este sub 2500 de lei lunar.

Bariera financiară este unul dintre principalele obstacole în accesarea serviciilor de sănătate: **o treime din respondente au declarat că venitul familiei lor este sub 3000 de lei.**

**1 din 4 femei nu au fost la ginecolog în ultimii zece ani.** Multe dintre femei au indicat cea mai recentă naștere ca fiind ultimul moment în care au făcut o vizită la ginecolog.

**1 din 4 femei nu au asigurare medicală,** iar 20% dintre femeile care au calitatea de asigurat sunt coasigurate la partener sau copii. Asta ne arată că multe dintre femeile din mediul rural sunt dependente financiar de venitul partenerului sau al unui membru al familiei.

Pentru femeile aflate în relații violente, resursele financiare sunt esențiale pentru a putea face pasul înspre o viață în siguranță, iar dependența financiară de agresor nu face decât să adâncească ciclul violenței.





În general am observat o reticență a autorităților locale în a implementa soluții care să crească accesul femeilor la servicii de sănătate și la asigurări medicale. Am întâlnit adesea stereotipuri și prejudecăți, mai ales față de cele mai vulnerabile comunități. În general, responsabilitatea este plasată fie pe umerii femeilor, fie pe lipsa resurselor financiare ale autorităților locale.

În ceea ce privește soluțiile propuse de reprezentanții autorităților locale pentru a crește gradul de asigurare, acestea au fost: îmbunătățirea transportului public și a infrastructurii rutiere, racordarea ofertelor de muncă la nevoile comunității, construirea creșelor și grădinițelor cu program prelungit, campanii de informare, dar și modificarea legislației pentru a permite coasigurarea în baza venitului părinților sau a concubinului.

În urma acestei cercetări și a experienței de advocacy la nivel local, am elaborat o serie de **recomandări** pentru autoritățile locale și centrale, cu scopul de a îmbunătăți accesul la servicii de sănătate și pentru creșterea ratei de asigurare:

- demararea unor campanii de informare la nivel local cu privire la prevenția și depistarea cancerului de col uterin, vaccinarea împotriva virusului HPV și importanța asigurărilor medicale;
- formarea continuă a personalului din cadrul departamentelor de Asistență Socială din cadrul Primăriilor, inclusiv mediatorii/oare sanitari/e, asistenți/te medicali/e comunitari/e.



- creșterea fondurilor destinate screeningului pentru cancerul de col uterin;
- investiții în construirea creșelor și a grădinițelor cu program prelungit la nivel local;
- modificarea Art. 213 lit. c) din cadrul Legii 95/2006 privind reforma sănătății pentru a permite coasigurarea unei persoane în baza venitului părinților sau concubinului;
- flexibilizarea programului de muncă;
- îmbunătățirea accesului la servicii de sănătatea reproducerii prin caravane mobile și programe naționale de screening;
- decontarea completă, cel puțin pentru grupurile vulnerabile, a genotipării HPV;
- sprijinirea agenților economici în asigurarea transportului angajaților la locul de muncă;
- fomarea personalului din cadrul spitalelor în ceea ce privește măsurile împotriva discriminării, rasismului, instigării la ură și a violenței de orice formă;
- sprijinirea rețelei de moașe, ca resursă esențială pe parcusul sarcinii.



# BIBLIOGRAFIE

1. OCDE/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES (2021), **ROMÂNIA: PROFILUL DE ȚARĂ DIN 2021 ÎN CEEA CE PRIVEȘTE SĂNĂTATEA**
2. OECD (2023), **PROFIL DE ȚARĂ PRIVIND CANCERUL: ROMÂNIA 2023**, OECD PUBLISHING, PARIS. (ACCESAT PE 28.11.2023)
3. EUROSTAT, **CANCER SCREENING STATISTICS** (ACCESAT PE 23.11.2023)
4. CENTRUL FILIA, **BAROMETRU DE GEN. ROMÂNIA. 2018**, BUCUREȘTI.
5. INSTITUTUL PENTRU SĂNĂTATEA MAMEI ȘI A COPILULUI "ALESSANDRESCU-RUSESCU", **STUDIUL SĂNĂTĂȚII REPRODUCERII**, 2016, BUCUREȘTI.
6. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, INSTITUTUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, **MORTALITATEA INFANTILĂ ÎN ROMÂNIA**, 2020.
7. DATE PRIMITE ÎN URMA UNOR SOLICITĂRI ÎN BAZA LEGII 544/2001 DE LA INSTITUTUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ.
8. CENTRUL FILIA, **BAROMETRUL VIOLENȚEI DE GEN**, 2022.



**TITLUL PROIECTULUI:  
SCREENING PENTRU CANCERUL DE COL  
UTERIN ȘI TRATAMENT PRECOCE - SCCUT**

**EDITOR: CENTRUL FILIA**

**DATA PUBLICĂRII: NOIEMBRIE 2023**

**PROIECT COFINANȚAT DIN FONDUL  
SOCIAL EUROPEAN PRIN PROGRAMUL  
OPERAȚIONAL CAPITAL UMAN 2014-  
2020, DERULAT DE INSTITUTUL  
NAȚIONAL PENTRU SĂNĂTATEA  
MAMEI ȘI COPILULUI  
ALESSANDRESCU-RUSESCU, ÎN  
PARTENERIAT CU FUNDATIA  
RENAȘTEREA, CENTRUL FILIA ȘI  
SASTIPEN - CENTRUL ROMILOR  
PENTRU POLITICI DE SANATATE.**

**CONȚINUTUL ACESTUI MATERIAL NU  
REPREZINTĂ ÎN MOD OBLIGATORIU  
POZIȚIA OFICIALĂ A UNIUNII EUROPENE  
SAU A GUVERNULUI ROMÂNIEI.**

