

ASIGURĂRILE DE SĂNĂTATE ÎN SERVICIILE MEDICALE DENTARE

Conf. Dr. Iustin OLARIU¹

Şef Lucrări Dr. Andreea- Mihaela KIS^{*2}

Prof. Univ. Ramona Amina POPOVICI¹

Lăria Maria TRUSCULESCU²

Dr. Dana Emanuela PITIC³,

Dr. Adina FEHER³,

Conf. Andreea SALCUCLEAN⁴

Şef Lucrări Dr. Ioana Cristina TALPOS-
NICULESCU⁵

Dr. Sorana LIXANDRU⁶

Dr. Marius CIUTAN⁶

¹ Departamentul de Stomatologie, Facultatea de Medicină Dentară, Universitatea de Vest „Vasile Goldiș” din Arad, B-dul Revoluției nr. 94-96, 310025 Arad, România;

olariu.iustin@uvvg.ro;

² Departamentul de Management și Comunicare în Medicina Dentară, Departamentul I, Facultatea de Medicină Dentară, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara, 300041 Timișoara, România;

kis.andreea@umft.ro; ramona.popovici@umft.ro;

laria.trusculescu@umft.ro

³ Școala Doctorală, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara, 300041 Timișoara, România;

dana.pitic@umft.ro; adina.feher@umft.ro

⁴ Departamentul de Bioetică, Deontologie și Comunicare Medicală, Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade” din Târgu Mureș, 540142 Târgu Mureș, România;

andreea.salcudean@umft.ro

⁵ Clinica de Diagnostic Oro-Dentar și Ergonomie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, 300041 Timișoara, România;

ioana.talpos-niculescu@umft.ro

⁶ Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, București, România, slixandru@inmss.ro, mciutan@inmss.ro

*Autor corespondent: Şef Lucrări Dr. Andreea- Mihaela KIS

I. INTRODUCERE

Bolile orale, precum caria dentară, boala parodontală și edentația, se numără constant printre cele mai frecvente afecțiuni la nivel global, deși pot fi prevenite în mare măsură [1]. Acestea pot genera consecințe clinice, sociale și economice importante, incluzând durere persistentă, infecții severe, diminuarea calității vieții, absenteism școlar, afectarea vieții familiale și reducerea productivității muncii. Prin urmare, bolile orale constituie o povară majoră atât pentru indivizi și familii, cât și pentru sistemele de sănătate și societate în ansamblu [2,3].

Accesul regulat la servicii stomatologice primare permite identificarea precoce a afecțiunilor orale, instituirea tratamentului adecvat și reducerea impactului negativ asupra stării generale de sănătate [4]. În ultimii ani, sănătatea orală a dobândit o vizibilitate crescută în agenda de sănătate publică. Atât Rezoluția celei de-a 74-a Adunări Mondiale a Sănătății privind sănătatea orală, cât și seria de articole publicate în The Lancet au subliniat necesitatea tranziției de la un model predominant curativ la unul orientat spre prevenție, integrarea sănătății orale în asistența medicală primară și includerea acesteia în strategiile de acoperire universală cu servicii de sănătate [2–5].

Bolile orale reprezintă o povară semnificativă pentru sănătatea publică, cu implicații importante asupra calității vieții, productivității și costurilor suportate de indivizi, familii și societate. În acest context, integrarea sănătății orale în serviciile de asistență medicală primară și dezvoltarea unor mecanisme eficiente de protecție financiară constituie direcții esențiale pentru îmbunătățirea accesului la îngrijiri stomatologice. La nivel european și național persistă diferențe considerabile în ceea ce privește acoperirea serviciilor stomatologice, iar absența unor linii directoare unitare contribuie la menținerea unor inegalități importante de acces. Limitarea serviciilor decontate și ponderea ridicată a cheltuielilor suportate direct de pacienți pot conduce la amânarea tratamentelor și la agravarea afecțiunilor orale. Prezentul studiu analizează percepția populației generale asupra asigurărilor de sănătate dentară, utilizarea serviciilor stomatologice și rolul barierelor financiare în accesarea acestora. Rezultatele evidențiază necesitatea extinderii mecanismelor de compensare și a creșterii nivelului de informare privind serviciile stomatologice decontate.

Cuvinte cheie: sănătate orală, servicii medicale dentare, asigurări dentare de sănătate, acces la îngrijiri, protecție financiară.

În numeroase sisteme de sănătate, serviciile stomatologice beneficiază de o acoperire publică mai limitată comparativ cu alte categorii de servicii medicale. Mecanismele de partajare a costurilor diferă considerabil între țări și pot include coasigurare, coplată, deductibile sau subvenții fixe. În plus, în multe state, numărul serviciilor acoperite este limitat anual sau pe intervale determinate de timp, iar acoperirea publică se aplică frecvent doar pentru materiale standard. Aceste elemente indică o protecție financiară incompletă în domeniul sănătății orale și contribuie la creșterea cheltuielilor directe suportate de pacienți.

II. SCOPUL ȘI OBIECTIVELE STUDIULUI

Scopul prezentului studiu este de a evidenția importanța asigurărilor dentare de sănătate pentru îmbunătățirea accesului la serviciile medicale dentare și pentru promovarea sănătății orale în populația generală.

Obiectivele secundare ale studiului sunt:

- analiza utilizării serviciilor de medicină dentară în populația generală;
- evaluarea utilizării serviciilor stomatologice decontate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- identificarea nevoilor de servicii medicale dentare și a barierelor financiare asociate accesului la acestea;
- evaluarea nivelului de informare privind existența serviciilor stomatologice compensate sau gratuite.

III. ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ÎN MEDICINA DENTARĂ

Îngrijirea dentară este, în general, supusă unui nivel mai ridicat de costuri directe și restricții de acoperire comparativ cu alte domenii ale asistenței medicale. Această situație determină o protecție financiară insuficientă pentru costurile asociate sănătății orale în numeroase țări [6]. În medie, aproximativ 14% dintre adulții din statele Uniunii Europene raportează nevoi nesatisfăcute de îngrijire dentară determinate de costuri [7].

Măsurile de protecție financiară sunt frecvent orientate către grupuri specifice, precum

persoanele cu venituri reduse, copiii, femeile însărcinate, vârstnicii sau pacienții cu boli cronice, dizabilități mentale ori fizice [8]. De exemplu, în Estonia și Lituania, pensionarii beneficiază de rambursări mai mari pentru tratamentele protetice comparativ cu adulții mai tineri. În Suedia, persoanele cu vârsta peste 65 de ani, precum și cele din grupa de vârstă 24–29 de ani, pot beneficia de subvenții generale pentru îngrijirea dentară [8]. Cu toate acestea, chiar și în sistemele în care există mecanisme de compensare sau plafoane de protecție financiară, costurile suportate direct de pacienți pot rămâne semnificative. Pentru serviciile furnizate exclusiv în sectorul privat, fără acoperire publică, prețurile sunt adesea nereglementate, iar cheltuielile din buzunar pot deveni considerabile [3,9].

Acoperirea serviciilor dentare poate genera stimulente diferite și uneori contradictorii. În unele sisteme, extracțiile dentare sunt mai bine acoperite decât procedurile conservatoare, precum tratamentul endodontic, ceea ce poate influența opțiunile terapeutice. Alte țări au introdus mecanisme care încurajează prevenția. În Slovacia, de exemplu, pacienții pot beneficia de o indemnizație dentară anuală numai dacă au efectuat un control stomatologic în anul precedent. În Suedia, subvenția generală pentru îngrijire dentară urmărește să stimuleze efectuarea controalelor periodice și utilizarea serviciilor preventive. Aceste exemple evidențiază necesitatea reorientării sistemelor de sănătate orală de la tratamentul complicațiilor către prevenirea bolilor orale și integrarea serviciilor stomatologice în asistența medicală primară [4,5,10,11].

În pofida impactului semnificativ al sănătății orale asupra sănătății generale și calității vieții, multe țări limitează beneficiile dentare acoperite de sistemele publice de sănătate la anumite tratamente, grupe de vârstă sau categorii de pacienți [8,12]. Dovezile disponibile indică faptul că acoperirea limitată reduce protecția financiară și capacitatea persoanelor de a accesa îngrijiri stomatologice atunci când nu pot suporta costurile tratamentului [13,14]. În consecință, apar inegalități în accesul la serviciile de sănătate orală, atât în interiorul țărilor, cât și între acestea, cu potențiale efecte asupra inechităților în sănătatea orală [5,8,15,16]. Un sondaj realizat în anul 2019 asupra domeniilor medicale în care accesul poate constitui o problemă în țările europene a identificat sănătatea orală ca fiind unul dintre domeniile cu lacune majore de acoperire și acces [17].

Modificarea pachetului de beneficii și a modului de finanțare și furnizare a serviciilor stomatologice devine, astfel, necesară pentru îmbunătățirea acoperirii și integrarea îngrijirii dentare în sistemele de sănătate [8,13,17].

În Irlanda, serviciile stomatologice finanțate public sunt furnizate prin trei scheme principale: Serviciul Stomatologic Public, destinat copiilor sub 16 ani și anumitor grupuri vulnerabile; schema de tratament dentar, care oferă anumitor adulți dreptul la servicii gratuite; și schema de beneficii pentru tratamente dentare, destinată persoanelor care au contribuit la sistemul de asigurări sociale [18–20]. În plus, îngrijirea stomatologică privată este disponibilă pentru pacienții care plătesc direct costurile serviciilor, aceștia putând beneficia, pentru anumite proceduri non-rutinice, de recuperarea parțială a costurilor prin mecanisme fiscale [21].

În Suedia, îngrijirea dentară este gratuită până la vârsta de 23 de ani, iar adulții beneficiază de o indemnizație anuală generală pentru îngrijire dentară, destinată în-

curajării controalelor regulate și a serviciilor preventive. Persoanele cu anumite afecțiuni cronice pot primi, de asemenea, subvenții suplimentare. În Țările de Jos, majoritatea serviciilor dentare pentru adulți nu sunt acoperite prin pachetul public de bază, însă asigurările voluntare complementare au un rol important în rambursarea parțială a costurilor. În Franța, asigurările private contribuie, la rândul lor, la acoperirea unor servicii stomatologice care nu sunt rambursate integral prin sistemul public.

Studiile comparative internaționale care au utilizat vignete clinice pentru evaluarea acoperirii serviciilor stomatologice au evidențiat diferențe importante între țări în ceea ce privește rambursarea tratamentelor de urgență, a terapiei parodontale, a reabilitării protetice și a implanturilor dentare [8]. În majoritatea sistemelor analizate, serviciile de urgență beneficiază de un nivel mai ridicat de acoperire comparativ cu tratamentele restaurative complexe sau cu implanturile dentare, care rămân frecvent parțial sau integral în sarcina pacientului. Aceste diferențe confirmă caracterul neuniform al protecției financiare în domeniul sănătății orale și susțin necesitatea analizării accesului la servicii dentare și în contextul României

IV. SERVICII MEDICALE DENTARE DECONTATE DE CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Servicii dentare pentru persoanele asigurate

Conform pachetelor de servicii medicale aferente anilor 2021–2022, reglementate prin HG nr. 696/2021, atât persoanele asigurate, cât și cele neasigurate pot beneficia de anumite servicii stomatologice decontate prin casele de asigurări de sănătate [22].

În cadrul pachetului de servicii medicale de bază, persoanele asigurate beneficiază de o gamă mai extinsă de servicii stomatologice comparativ cu persoanele neasigurate. Decontarea serviciilor dentare se poate realiza în mod diferențiat: acoperire integrală pentru copii, acoperire integrală sau parțială pentru adulți și acoperire integrală pentru beneficiarii unor legi speciale.

Normele metodologice de aplicare a contractului-cadru prevăd că adulții pot beneficia de o consultație stomatologică gratuită anual, iar copiii de două consultații pe an. Pentru furnizarea acestor servicii, medicii dentiști încheie acte adiționale cu casele de asigurări de sănătate, în completarea contractelor de furnizare de servicii medicale de medicină dentară.

Servicii dentare pentru persoanele neasigurate

Persoanele neasigurate beneficiază de un pachet minimal de servicii stomatologice, mai restrâns decât cel disponibil persoanelor asigurate. Acesta include, în principal, intervenții cu caracter de urgență sau necesitate imediată, precum tratamentul traumatismelor dento-alveolare, pansamente calmante, drenaj endodontic, tratamentul parodontitelor apicale prin incizie cu anestezie, chiuretaj alveolar, tratamentul hemoragiilor, reducerea luxației articulației temporo-mandibulare, reparația și rebazarea protezelor, precum și reparațiile aparatelor ortodontice.

Serviciile incluse în pachetul minimal pot fi efectuate de furnizori aflați în contract cu casele de asigurări de sănătate. Totuși, investigațiile paraclinice recomandate, cum ar fi radiografiile dentare, precum și unele tratamente prescrise, pot rămâne în sarcina financiară a beneficiarului.

V. MATERIAL ȘI METODE

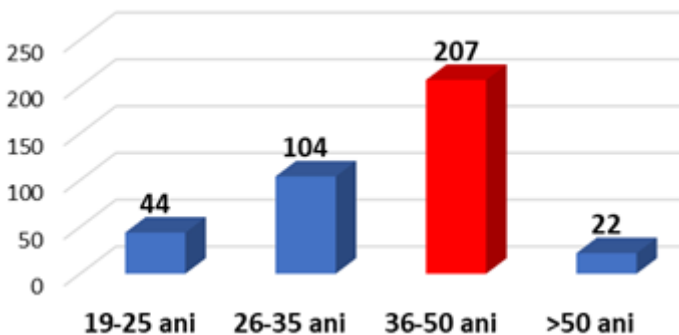
Pentru realizarea studiului a fost utilizat un design observațional, transversal, bazat pe aplicarea unui chestionar online. Instrumentul de cercetare a urmărit evaluarea percepției populației generale asupra asigurărilor de sănătate dentară, utilizarea serviciilor stomatologice și barierele financiare asociate accesului la îngrijiri.

Chestionarul a inclus 19 întrebări, dintre care 5 au vizat caracteristici socio-demografice, iar 14 au abordat aspecte referitoare la frecvența prezentării la medicul stomatolog, motivele prezentării, utilizarea serviciilor decontate sau compensate, existența unor beneficii oferite de angajator și disponibilitatea respondenților de a utiliza forme de asigurare dentară.

Eșantionul a fost constituit prin participare voluntară, chestionarul fiind distribuit online prin intermediul mai multor grupuri și rețele informale. În perioada de trei săptămâni în care chestionarul a fost disponibil, în luna aprilie 2022 au fost înregistrate 379 de răspunsuri. Datele au fost analizate descriptiv, prin calcularea frecvențelor absolute și relative pentru variabilele categoricale și a mediei și deviației standard pentru variabilele cantitative.

Vârsta medie a respondenților a fost de 38,05 ani, cu o deviație standard de 9,49 ani. Vârsta minimă a fost de 19 ani, iar vârsta maximă de 83 de ani. Distribuția pe grupe de vârstă a indicat 44 de respondenți cu vârsta între 19 și 25 de ani, 104 respondenți între 26 și 35 de ani, 207 respondenți între 36 și 50 de ani și 22 de respondenți peste 50 de ani (Figura 1). Majoritatea participanților au fost de sex feminin (89,7%), au provenit din mediul urban (79,8%) și au fost căsătoriți (69,7%).

Figura 1 – Distribuția respondenților pe grupe de vârstă



VI. REZULTATE

Frecvența prezentării la medicul stomatolog a fost variabilă. Un procent de 13% dintre respondenți au declarat că merg la stomatolog o dată pe an, iar 17% de două-trei ori pe an. O proporție importantă a participanților (44%) a menționat că nu se prezintă cu regularitate la medicul stomatolog, ci doar atunci când apare o problemă, în timp ce 26% au afirmat că merg ori de câte ori este necesar (Figura 2).

Motivul cel mai frecvent al ultimei vizite la stomatolog a fost durerea, raportată de 173 de respondenți. Alte motive au inclus controlul de rutină (73 de respondenți), igienizarea profesională (62 de respondenți), tratamentul stomatologic (59 de respondenți) și problemele legate de aparatul dentar (12 respondenți). (Figura 3)

Figura 2 - Frecvența prezentării la medicul dentist

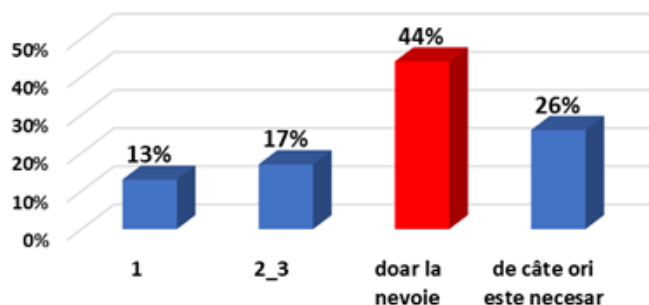
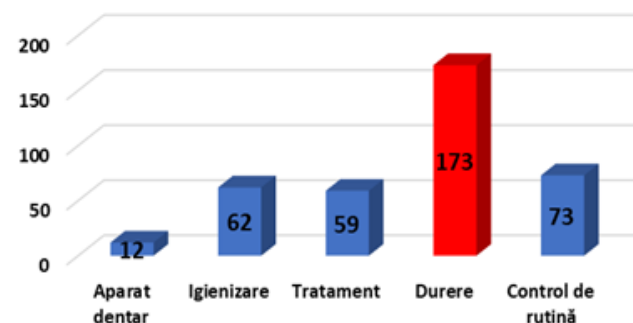
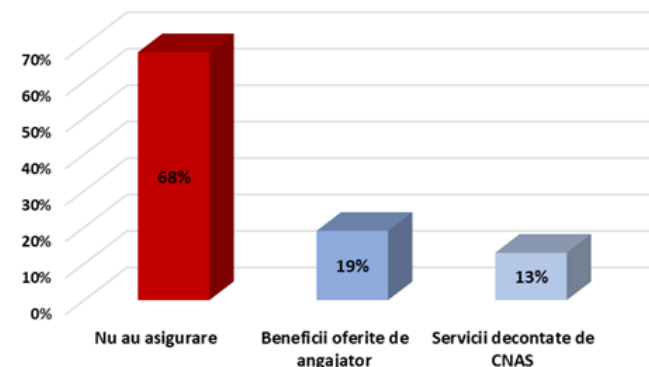


Figura 3 – Motivul prezentării la medicul dentist în ultimul an



În ceea ce privește existența unei forme de asigurare sau compensare pentru serviciile stomatologice, 68% dintre respondenți au afirmat că nu au nicio asigurare de sănătate dentară sau nu cunosc existența unei astfel de acoperiri. Un procent de 19% au menționat existența unor beneficii oferite de angajator, sub forma unei sume alocate sau a unor tratamente disponibile la o anumită clinică, iar 13% au afirmat că beneficiază de servicii decontate de CNAS. (Figura 4)

Figura 4 - Existența unei forme de asigurare



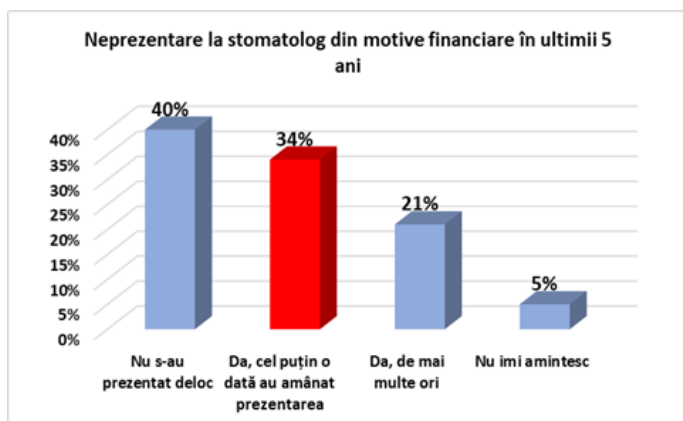
Doar 24% dintre respondenți au declarat că, în ultimul an, au beneficiat de cel puțin o prezentare la medicul stomatolog decontată sau compensată de CNAS, de o asigurare ori de beneficii oferite de angajator. În același timp, 90% dintre participanți au afirmat că nu cunosc niciun medic stomatolog aflat în contract cu CNAS, ceea ce sugerează un nivel redus de informare privind disponibilitatea acestor servicii.

Un procent de 94% dintre respondenți au declarat că nu au fost informați de către medicul stomatolog cu privire la posibilitatea accesării unor servicii gratuite sau compensate prin CNAS, pentru ei sau pentru copiii lor. În acest context, 24% au afirmat că ar lua în considerare un abonament pentru servicii stomatologice la clinica preferată, iar 44% ar opta pentru un abonament la o rețea privată de sănătate care să includă și servicii stomatologice.

În ceea ce privește disponibilitatea pentru achiziționarea unei asigurări medicale dentare private, 21% dintre respondenți au declarat că ar fi interesați de o astfel de opțiune, în special din cauza costurilor ridicate ale unor tratamente precum aparatele ortodontice sau implanturile dentare. Un procent de 10% nu au fost convingși de utilitatea unui astfel de beneficiu.

Barierele financiare au fost evidențiate de proporția respondenților care au amânat prezentarea la medicul stomatolog în ultimii 5 ani. În total, 209 respondenți au raportat că nu s-au prezentat la stomatolog, sau au avut cel puțin o amânare a prezentării la stomatolog din motive financiare în ultimii cinci ani. Dintre aceștia, 40% au raportat că nu s-au prezentat deloc, 34% au declarat că situația s-a produs o singură dată, iar 21% au raportat că această situație s-a repetat de două-trei ori în aceeași perioadă. (Figura 5)

Figura 5 – Bariere financiare



Dintre cei 209 respondenți care au amânat prezentarea din motive financiare, 85% au afirmat că s-ar fi prezentat la timp dacă serviciile ar fi fost decontate de CNAS, acoperite printr-o asigurare private, sau incluse într-un abonament.

De asemenea, 40% dintre respondenți au declarat că au cel puțin o cunoștință care a amânat consultul stomatologic din motive financiare, ceea ce sugerează că barierele economice nu reprezintă doar o experiență individuală, ci pot avea o amploare mai largă la nivel comunitar.

VII. DISCUȚII

Rezultatele studiului evidențiază rolul determinant al factorilor financiarilor în accesarea serviciilor stomatologice. Proporția respondenților care au amânat prezentarea la medicul stomatolog din cauza costurilor, precum și disponibilitatea acestora de a accesa serviciile în condițiile unei decontări publice sau private, indică faptul că lipsa protecției financiare constituie una dintre principalele

bariere în calea îngrijirii orale. Aceste constatări sunt în concordanță cu literatura de specialitate, care arată că serviciile stomatologice sunt frecvent asociate cu un nivel ridicat al plăților directe și cu o acoperire publică mai limitată decât alte servicii medicale.

Un rezultat important al studiului îl constituie nivelul redus de informare privind existența medicilor stomatologi aflați în contract cu CNAS și a serviciilor care pot fi decontate sau compensate. Faptul că majoritatea respondenților nu cunosc furnizori aflați în contract cu sistemul public și nu au fost informați cu privire la posibilitatea accesării unor servicii gratuite sau compensate sugerează o dublă problemă: pe de o parte, oferta de servicii contractate poate fi insuficientă sau insuficient vizibilă; pe de altă parte, comunicarea către populație privind drepturile și beneficiile existente este limitată. În absența unei informări adecvate, chiar și serviciile incluse formal în pachetul de beneficii pot rămâne subutilizate.

Datele obținute sugerează, de asemenea, că acoperirea actuală prin sistemul public nu răspunde pe deplin nevoilor populației. Serviciile dentare decontate sunt percepute ca fiind limitate, iar interesul medicilor dentiști pentru contractarea cu CNAS poate fi redus în condițiile unor tarife, plafoane sau condiții administrative considerate insuficient stimulativ. Această situație poate contribui la menținerea unui acces inegal, mai ales pentru persoanele cu venituri reduse, pentru cele din mediul rural sau pentru pacienții care locuiesc în zone cu disponibilitate redusă a furnizorilor.

Inegalitățile de acces pot fi accentuate suplimentar de distribuția geografică neuniformă a serviciilor stomatologice. Persoanele din zone rurale sau din regiuni socio-economice defavorizate pot întâmpina dificultăți atât în identificarea unui furnizor, cât și în suportarea costurilor de transport, consultație și tratament. În aceste condiții, accesul la sănătate orală nu depinde exclusiv de existența unui drept formal la servicii, ci și de disponibilitatea efectivă a furnizorilor, de accesibilitatea fizică și de capacitatea financiară a pacientului.

O atenție specială trebuie acordată grupurilor vulnerabile, inclusiv persoanelor cu dizabilități fizice, deficiențe cognitive, boli cronice sau dependență funcțională. Pentru aceste categorii, barierele nu sunt doar financiare, ci și organizaționale, informaționale și de accesibilitate fizică. Unitățile stomatologice situate în clădiri vechi, fără adaptări corespunzătoare, pot limita accesul pacienților cu mobilitate redusă. În același timp, pacienții cu deficiențe cognitive pot avea nevoie de comunicare adaptată și de sprijin suplimentar pentru înțelegerea opțiunilor terapeutice. Politicile publice în domeniul sănătății orale ar trebui să includă explicit aceste dimensiuni ale accesului.

Din perspectivă sistemică, rezultatele susțin necesitatea unei schimbări de paradigmă în sănătatea orală: de la un model preponderent curativ și episodic către un model preventiv, integrat și centrat pe pacient. Prezentarea la stomatolog determinată în principal de durere indică o utilizare tardivă a serviciilor, în momentul apariției complicațiilor, și nu o utilizare preventivă regulată. Această situație poate conduce la tratamente mai complexe, costuri mai ridicate și rezultate mai puțin favorabile pentru pacient.

În plan european, diferențele dintre sistemele de acoperire a serviciilor stomatologice arată că nu există un

model unitar de finanțare și organizare a îngrijirii dentare. Unele țări utilizează subvenții, altele scheme de asigurare complementară, iar în multe cazuri serviciile protetice, implanturile sau tratamentele complexe rămân parțial ori integral în sarcina pacientului. Lipsa unor ghiduri comune și a unor standarde armonizate privind traseele terapeutice complică evaluarea comparativă a acoperirii și a accesului, precum și fundamentarea unor politici coerente la nivel european.

Studiul evidențiază și potențialul asigurărilor private sau al abonamentelor de sănătate ca mecanisme complementare de protecție financiară. Totuși, disponibilitatea respondenților de a plăti individual pentru astfel de produse este relativ moderată. O parte importantă a participanților ar prefera ca aceste beneficii să fie oferite prin intermediul angajatorilor, ceea ce sugerează posibilitatea dezvoltării unor pachete de beneficii ocupaționale care să includă și servicii stomatologice preventive sau de bază. Cu toate acestea, o astfel de abordare trebuie privită ca o soluție complementară și nu ca substitut pentru consolidarea acoperirii publice, deoarece persoanele inactive, pensionarii, șomerii sau lucrătorii informali ar putea rămâne în continuare expuși riscului de acces limitat.

Prezentul studiu are mai multe limitări. În primul rând, eșantionul a fost constituit prin participare voluntară, pe baza unui chestionar online, ceea ce poate introduce un risc de selecție. Pondere ridicată a respondenților de sex feminin și proveniența predominant urbană limitează generalizarea rezultatelor la întreaga populație. În al doilea rând, datele se bazează pe auto-raportare, ceea ce poate genera erori de memorie sau interpretare. În al treilea rând, studiul nu a inclus o verificare obiectivă a serviciilor efectiv disponibile prin contractele CNAS în zonele de domiciliu ale respondenților. Cu toate acestea, rezultatele oferă o perspectivă relevantă asupra percepției populației și asupra barierelor financiare și informaționale care influențează utilizarea serviciilor stomatologice.

Rezultatele obținute indică necesitatea unor cercetări suplimentare, realizate pe eșantioane reprezentative la nivel național, care să analizeze asocierea dintre statutul socio-economic, mediul de rezidență, nivelul de educație, existența asigurărilor dentare și utilizarea serviciilor stomatologice. De asemenea, sunt necesare evaluări privind

cost-eficacitatea extinderii pachetului de servicii stomatologice decontate, cu accent pe prevenție, diagnostic precoce și tratamente conservatoare. O mai bună colectare a datelor privind sănătatea orală și utilizarea serviciilor ar putea sprijini formularea unor politici publice bazate pe dovezi.

În ansamblu, studiul confirmă faptul că accesul la serviciile stomatologice este influențat de interacțiunea dintre costuri, informare, disponibilitatea furnizorilor și structura beneficiilor oferite de sistemul de sănătate. Extinderea acoperirii, creșterea transparenței privind serviciile decontate, stimularea furnizorilor pentru contractarea cu CNAS și integrarea prevenției orale în asistența medicală primară ar putea contribui la reducerea inegalităților și la îmbunătățirea sănătății orale a populației.

VIII. CONCLUZII

Rezultatele studiului evidențiază faptul că barierele financiare reprezintă un determinant important al accesului la serviciile stomatologice. O proporție semnificativă a respondenților a amânat prezentarea la medicul stomatolog din cauza costurilor, iar majoritatea celor aflați în această situație ar fi accesat serviciile dacă acestea ar fi fost decontate sau acoperite printr-o formă de asigurare.

Nivelul redus de informare privind existența serviciilor stomatologice decontate și a medicilor aflați în contract cu CNAS indică necesitatea unor intervenții de comunicare publică mai eficiente. În același timp, disponibilitatea limitată a furnizorilor contractați poate reduce accesul real la serviciile incluse formal în pachetul de beneficii.

Extinderea serviciilor stomatologice decontate, dezvoltarea unor mecanisme complementare de asigurare dentară și stimularea prevenției pot contribui la reducerea inegalităților în sănătatea orală. Politicile publice ar trebui să vizeze atât creșterea acoperirii financiare, cât și îmbunătățirea accesibilității fizice, geografice și informaționale a serviciilor stomatologice.

Integrarea sănătății orale în asistența medicală primară și orientarea sistemului către prevenție reprezintă direcții esențiale pentru reducerea poverii bolilor orale și pentru îmbunătățirea calității vieții populației.

Bibliografie

1. GBD 2017 Oral Disorders Collaborators. Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: a systematic analysis for the global burden of disease 2017 study. *J Dent Res.* 2020;99(4):362–373. <https://doi.org/10.1177/0022034520908533>.
2. Fisher J, Selikowitz HS, Mathur M, Varenne B. Strengthening oral health for universal health coverage. *Lancet.* 2018;392(10151):899–901. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31707-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31707-0).
3. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, Listl S, Celeste RK, Guarnizo-Herreño CC, Kearns C, Benzian H, Allison P, Watt RG. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet.* 2019;394(10194):249–260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8).
4. WHO. World Health Assembly Resolution paves the way for better oral health care. World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/news/item/27-05-2021-world-health-assembly-resolution-paves-the-way-for-better-oral-health-care>.
5. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, Weyant RJ, Mathur MR, Guarnizo-Herreño CC, Celeste RK, Peres MA, Kearns C, Benzian H. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet.* 2019;394(10194):261–272. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31133-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31133-X).

Continuarea bibliografiei din pagina precedentă

6. Palm W, Webb E, Hernández-Quevedo C, Scarpetti G, Lessof S, Siciliani L, van Ginneken E. Gaps in coverage and access in the European Union. *Health Policy*. 2021;125(3):341–350. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.011>.
7. IHME. Global Burden of Disease Compare | Viz Hub. Institute for Health Metrics and Evaluation; 2022. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
8. Allin S, Farmer J, Quiñonez C, Peckham A, Marchildon G, Panteli D, Henschke C, Fattore G, Lamoum D, Holden ACL, Rice T. Do health systems cover the mouth? Comparing dental care coverage for older adults in eight jurisdictions. *Health Policy*. 2020;124(9):998–1007. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.015>.
9. Schwendicke F, Splieth C, Breschi L, Banerjee A, Fontana M, Paris S, Burrow MF, Crombie F, Page LF, Gatón-Hernández P, Giacaman R, Gugnani N, Hickel R, Jordan RA, Leal S, Lo E, Tassery H, Thomson WM, Manton DJ. When to intervene in the caries process? An expert Delphi consensus statement. *Clin Oral Investig*. 2019;23(10):3691–3703. <https://doi.org/10.1007/s00784-019-03058-w>.
10. Harnagea H, Lamothe L, Couturier Y, Esfandiari S, Voyer R, Charbonneau A, Emami E. From theoretical concepts to policies and applied programmes: the landscape of integration of oral health in primary care. *BMC Oral Health*. 2018;18(1):23. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0484-8>.
11. Prasad M, Manjunath C, Murthy AK, Sampath A, Jaiswal S, Mohapatra A. Integration of oral health into primary health care: a systematic review. *J Family Med Prim Care*. 2019;8(6):1838–1845. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_286_19.
12. Schreyögg J, Stargardt T, Velasco-Garrido M, Busse R. Defining the “Health Benefit Basket” in nine European countries. Evidence from the European Union Health BASKET Project. *Eur J Health Econ*. 2005. <https://doi.org/10.1007/s10198-005-0312-3>.
13. Palència L, Espelt A, Cornejo-Ovalle M, Borrell C. Socioeconomic inequalities in the use of dental care services in Europe: what is the role of public coverage? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014;42(2):97–105. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12056>.
14. Thomson S, Cylus J, Evetovits T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. World Health Organization, Regional Office for Europe; 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311654>.
15. Reda SF, Reda SM, Thomson WM, Schwendicke F. Inequality in utilization of dental services: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health*. 2018;108(2):e1–e7. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304180>.
16. Reda SM, Krois J, Reda SF, Thomson WM, Schwendicke F. The impact of demographic, health-related and social factors on dental services utilization: systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2018;75:1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2018.04.010>.
17. Manski R, Moeller J, Chen H, Widström E, Lee J, Listl S. Disparity in dental coverage among older adult populations: a comparative analysis across selected European countries and the USA. *Int Dent J*. 2015;65(2):77–88. <https://doi.org/10.1111/idj.12139>.
18. Woods N, Ahern S, Burke F, Eaton KA, Widstrom E. The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 7: Republic of Ireland. *Br Dent J*. 2017;222(7):541–548. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.317>.
19. Johnston B, Thomas S, Burke S. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ireland. World Health Organization, Regional Office for Europe; 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332978/9789289055086-eng.pdf>.
20. Department of Health. Smile agus Sláinte: National Oral Health Policy. Dublin; 2019. <https://assets.gov.ie/9613/39736ac409d94a6194b52bdae5e3d1b0.pdf>.
21. Henry E, Brick A, Keegan C. Utilisation of dental and optical services in Ireland – Baseline analysis for the Hippocrates Model. Economic and Social Research Institute; 2021. <https://www.esri.ie/system/files/publications/SUSTAT99.pdf>.
22. Hotărârea nr. 696/2021 din 26 iunie 2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021–2022.