
Principalii indicatori ai stării de sănătate și implicațiile lor economice

Mihaela Cristina Drăgoi

Articol în cadrul proiectului TD-319, finanțat CNCSIS, cu titlul: “Optimizarea sistemului de asigurare a serviciilor de sănătate în condițiile integrării României în Uniunea Europeană”.

The state of health of a population has been analyzed and measured through various indicators. All previous analysis tried to determine whether a “healthier” population can improve the development of a country, or, similarly, if a “sicker” population consumes more than it produces, thus inducing a slower pace of development. Surprisingly or not, the case is different from one country to another, the historical perspective being an important determinant.

The paper takes into consideration all major health indicators and shows the extent to which they can be related to economic growth and prosperity in case of Romania, through comparison with other European countries.

Key words: *health indicators, economic growth, population*

Sistemele sanitare sunt arhitecturi complexe compuse din mai multe subsisteme, fiecare dintre ele având modul său de organizare, administrare, scopuri și obiective proprii, precum și sisteme informaționale interne; subsistemele trebuie să comunice permanent

între ele, precum și cu organizațiile profesionale și cu macrosistemul¹. Sistemele de sănătate sunt în permanentă transformare; schimbările la nivelul acestora au căpătat însă o amploare fără precedent la sfârșitul anilor '80. Acestea au urmărit eliminarea sau reducerea disfuncțiilor apărute atât în țările democratice cu o economie de piață stabilă, cât și în țările care au avut o economie bazată pe monopolul de stat asupra factorilor de producție, cu un sistem planificat centralizat, rigid și de comandă. Schimbările în sistemele de îngrijiri de sănătate (SIS) pot fi revoluționale (radicale sau silențioase), ori evolutive². Primele presupun modificări structurale de fond, ca cele care au generat modelele europene, dar și ca încercările care se fac în prezent în Europa Centrală și de Est și care vizează în principal proprietatea asupra factorilor de producție, sursele și sistemul de finanțare a SIS, alocarea resurselor, sistemele de plată a furnizorilor de îngrijiri. Schimbările evolutive care au loc în țările cu economie de piață stabilizată (Marea Britanie, Olanda, Germania etc) au adus ameliorări sistemelor existente fără înlocuirea lor, fără distrugerea sau deteriorarea acestora.

În Europa operează trei modele ale sistemelor de îngrijiri de sănătate și anume:

- modelul serviciului național de sănătate (SNS) – tip Beveridge;
- modelul sistemului de asigurări sociale de sănătate (SAS) – tip Bismarck;
- modelul sistemului centralizat de stat (SCS) – tip Semașko.

Fiecare sistem are avantajele și dezavantajele sale. Astfel, deși SNS este relativ neoneros și are un impact pozitiv asupra stării de sănătate,

¹ Kalim K., Carson E., Cramp D. - *An illustration of whole systems thinking*, Health Services Management Research, London, Aug 2006, Vol. 19, Iss. 3, pg. 174-180, ISSN: 0017-9124, ISI Journal

² VanDeusen Lukas C., Holmes S.K., Cohen A.B., Restuccia J. et al. – *Transformational change in health care systems: An organizational model*, Health Care Management Review, Oct-Dec 2007, Vol. 32, Iss. 4, pg. 309, ISSN: 0361-6274, ISI Journal

medicii sunt lipsiți de stimulente, există liste lungi de așteptare pentru anumite acte medicale, iar sistemul are o doză înaltă de birocrație. În SAS, performanțele medicale sunt relativ înalte, dar cheltuielile pe care le implică sunt cele mai mari din Europa. Costurile administrării sistemului sunt mari și generează un consum indus ridicat. Cât privește SCS, acesta este lipsit de inițiativă și competiție, activitatea medicală este una funcționarească, este subfinanțat, ineficient și neperformant, cu un impact redus asupra stării de sănătate.

Marea Britanie, Germania și Rusia sunt statele inițiatoare ale celor trei modele europene și ale reformelor ulterioare ale acestora. Alături de acestea, Suedia este singura țară europeană care reușește să ofere asistență medico-sanitară de cea mai înaltă calitate, diminuând totodată cheltuielile sistemului sanitar. Situația din România este comparată cu cea din aceste 4 țări pentru a evalua reformele și schimbarea de viziune din țara noastră. Analiza întreprinsă se realizează prin prisma unui set de indicatori sanitari și economici, menit să evidențieze legătura existentă între populațiile cu o stare a sănătății bună și economiile “sănătoase”.

Indicatorii stării de sănătate sunt unități standardizate de structurare a informației, care facilitează monitorizarea și evaluarea stării de sănătate, a determinanților acesteia, precum și a dinamicii acestora în raport cu diversele intervenții destinate sănătății publice.

Indicatorii răspund unei nevoi de cunoaștere mai profunde a unor fenomene și a interrelațiilor dintre acestea, care altfel scapă înțelegerii. De aceea, aceștia sunt elaborați și construiți într-un cadru conceptual propriu, astfel încât să permită reflectarea cât mai completă a tuturor componentelor implicate în determinismul sănătății. Indicatorii de sănătate însumează și asociază datele sistemelor de monitorizare și supraveghere, astfel încât acestea să poată furniza răspunsuri la întrebările relevante pentru planificarea și managementul problemelor de sănătate.

În funcție de scopul lor și de cadrul strategic general conceptual pentru care au fost elaborați, există o diversitate de indicatori care alcătuiesc sisteme de evaluare a sănătății¹. Selecția unui set adecvat de indicatori care să furnizeze informații valide privind profilul sănătății populației este dependentă de nivelul de disponibilitate a datelor și de resursele existente.

Starea de sănătate este afectată de o mulțime de factori economici și sociali, lista acestora fiind extinsă și adaptată permanent (de către Organizația Mondială a Sănătății-OMS, Uniunea Europeană etc), în funcție de evoluția societății.

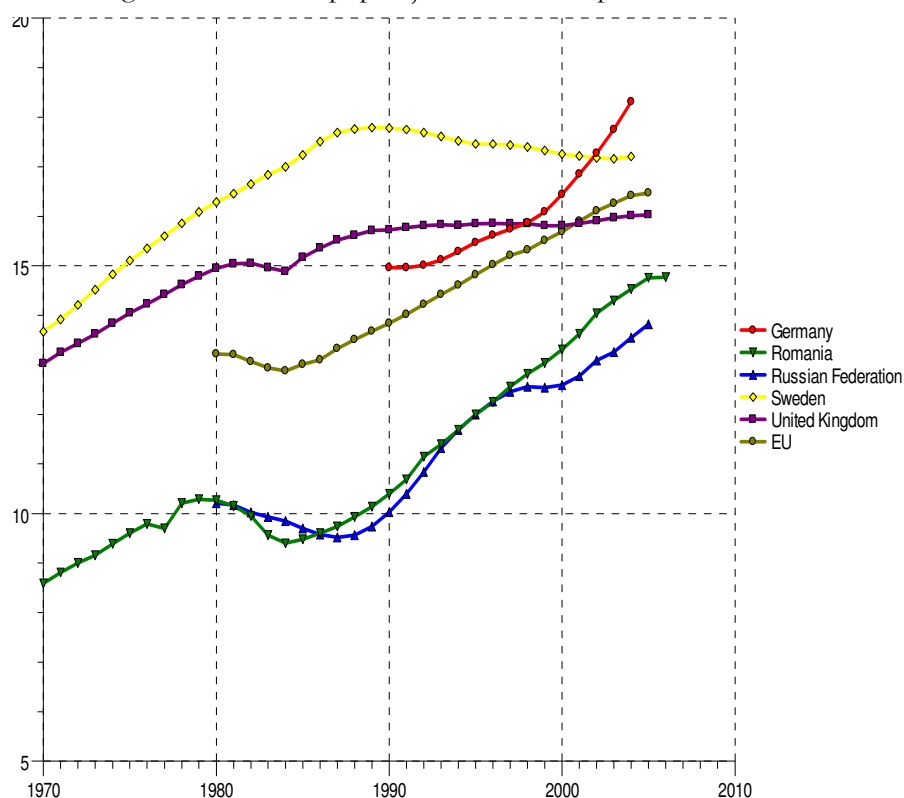
Pentru a obține o imagine cât mai clară și cât mai bine corelată cu realitatea, primii indicatori care trebuie avuți în vedere sunt cei de natură demografică. Ultimele date disponibile arată că Marea Britanie are o populație de 60 de milioane de locuitori, Suedia – 9 milioane de locuitori, Germania – 82,5 milioane de locuitori, Federația Rusă – 144526,7 milioane de locuitori și România 21,7 milioane de locuitori².

Țările europene în general și cele membre ale Uniunii Europene, tratate ca și caz particular, se confruntă în ultimele decenii cu o problemă demografică comună, respectiv fenomenul de îmbătrânire a populației. Grăitor în acest sens este procentul populației cu vârsta de peste 65 de ani, care este în creștere. Situația în țările analizate, din prisma acestui indicator, se prezintă conform figurii 1.

¹ Marcu Aurelia - *Metode utilizate în monitorizarea stării de sănătate publică*, Institutul de Sănătate Publică, București, 2002, pg. 6-9

² Council of Europe - *Recent demographic developments in Europe 2004*, Strasbourg, 2005

Figura 1: Procentul populației cu vârsta de peste 65 de ani

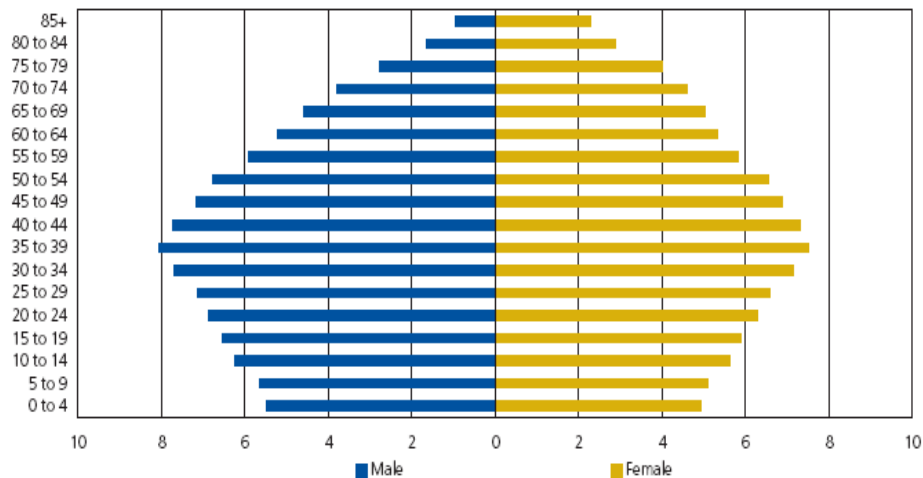


Sursa: prelucrare proprie cu date OMS

În perioada 1970-2006, acest indicator a înregistrat creșteri în toate țările analizate. Cel mai mare procent al populației vârstnice se înregistrează în Germania și Suedia și poate fi corelat și cu speranța de viață la naștere mai ridicată decât în celelalte țări analizate. Însă, diferența între procentele celor 5 state supuse analizei este una destul de mică. Media Uniunii Europene, la nivelul celor 27 de state membre din acest moment, înregistrează aceleași tendințe de pondere în creșterea populației de peste 65 de ani, astfel că, putem concludiona,

fără teama de a greși, că fenomenul de îmbătrânire a populației afectează și celelalte state membre, nu numai pe cele analizate (fig. 2).

Figura 2: Structura pe sexe și pe vârste a populației Uniunii Europene

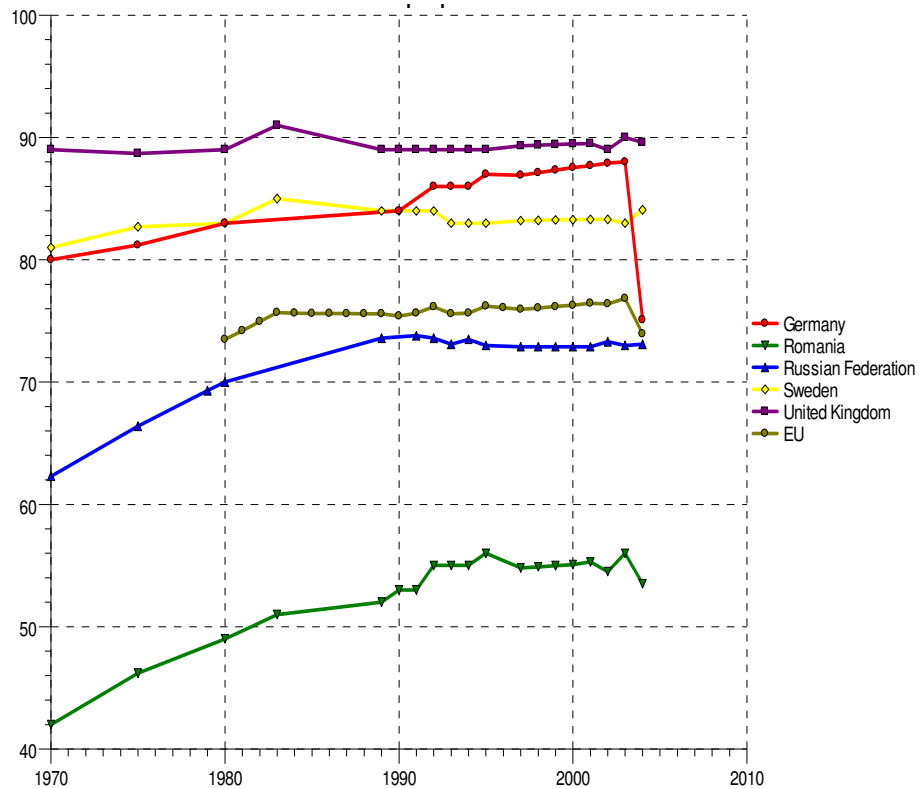


Sursa: preluare EUROSTAT

Starea de sănătate a unei populații depinde, printre altele, și de mediul de viață al acesteia. Din analiza descriptivă a sistemelor sanitare europene rezultă că populația din mediul rural este mai predispusă diverselor afecțiuni și dovedește o viață mai puțin sănătoasă decât populația care trăiește în mediul urban. O justificare a acestei situații este dată de faptul că accesul la serviciile medico-sanitare este mai facil în mediul urban.

Fostele țări socialiste (așa cum este și cazul României) prezintă o pondere mai mare a populației care trăiește în mediul rural, față de țările industrializate, acestea având o proporție covârșitoare a populației din mediul urban (fig. 3). Între țările analizate, în Marea Britanie, aproximativ 90% dintre locuitori trăiesc în zone urbane, ceea ce face și ca acoperirea cu servicii medico-sanitare în sistemul britanic să fie generală.

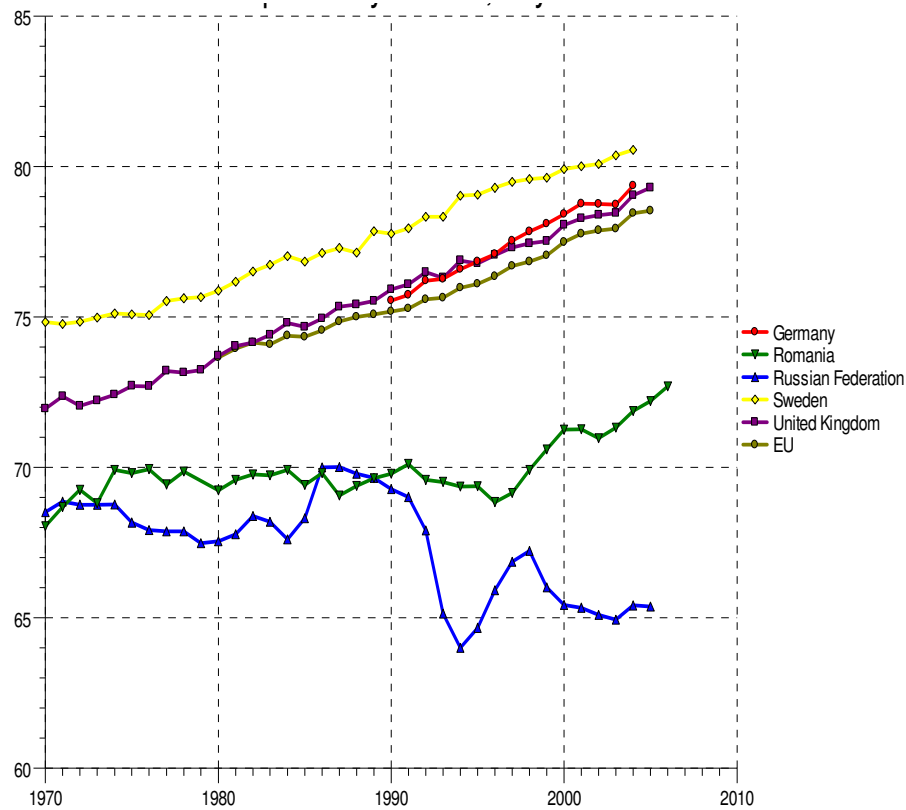
Figura 3: Procentul populației care trăiește în mediul urban



Sursa: prelucrare proprie cu date OMS

Diferențele în viziune și abordare dintre sistemele de sănătate analizate se regăsesc și la nivelul indicatorilor direcți ai stării de sănătate, modalitatea de gestionare a sistemului sanitar având impact major asupra stării sănătății populației.

Figura 4: Sperața de viață la naștere (ani)



Sursa: prelucrare proprie cu date OMS

Un prim indicator al stării de sănătate puternic dependent de dezvoltarea socio-economică a unei țări este speranța de viață la naștere – indicator sintetic de măsurare a stării de sănătate a populației.

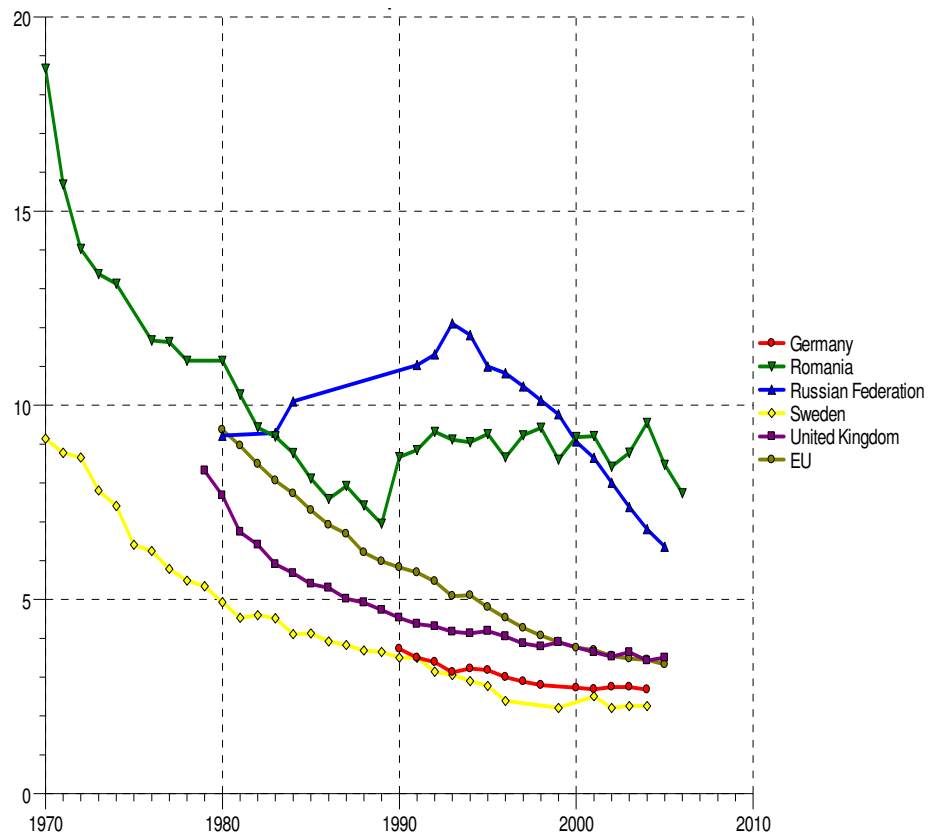
Așa cum se observa în figura 4, în țările care au avut un sistem de sănătate controlat în totalitate de stat, speranța de viață la naștere este inferioară celorlalte state. Indicatorul care prezintă cele mai mari valori este cel aferent Suediei, în timp ce în Rusia și România acest indicator

are valori vizibil mai scăzute. De remarcat este, de asemenea, faptul că pentru Suedia, Marea Britanie și Germania, în ultimele decenii, acest indicator a cunoscut o îmbunătățire continuă, speranța de viață crescând într-un ritm relativ constant. În România și Rusia, acest indicator ia valori oscilante, înregistrând o tendință de creștere în ultimii ani în România. O motivație pentru tendința oscilantă sunt reformele din aceste țări, în încercarea de a descentraliza sistemul de îngrijiri de sănătate. Evoluția indicatorului la nivelul celor 27 de state membre ale Uniunii Europene urmărește îndeaproape evoluția sa în cazul Germaniei sau al Marii Britanii, ceea ce reprezintă o încurajare pentru acțiunile întreprinse de UE (în vederea susținerii politicii OMS) pentru îmbunătățirea stării de sănătate a cetățenilor europeni. Cu toate acestea, situația pentru noile state membre este relativ diferită, întrucât acestea sunt majoritatea țări ale fostului bloc sovietic, fiind caracterizate de cele mai scăzute valori ale acestui indicator.

Mortalitatea este o componentă negativă a mișcării naturale, reprezentând fenomenul demografic al deceselor într-o populație dată și într-o perioadă dată de timp. Mortalitatea infantilă și cea maternă, sunt indicatori de bază nu numai ai stării de sănătate dar și ai calității vieții (fig. 5,6).

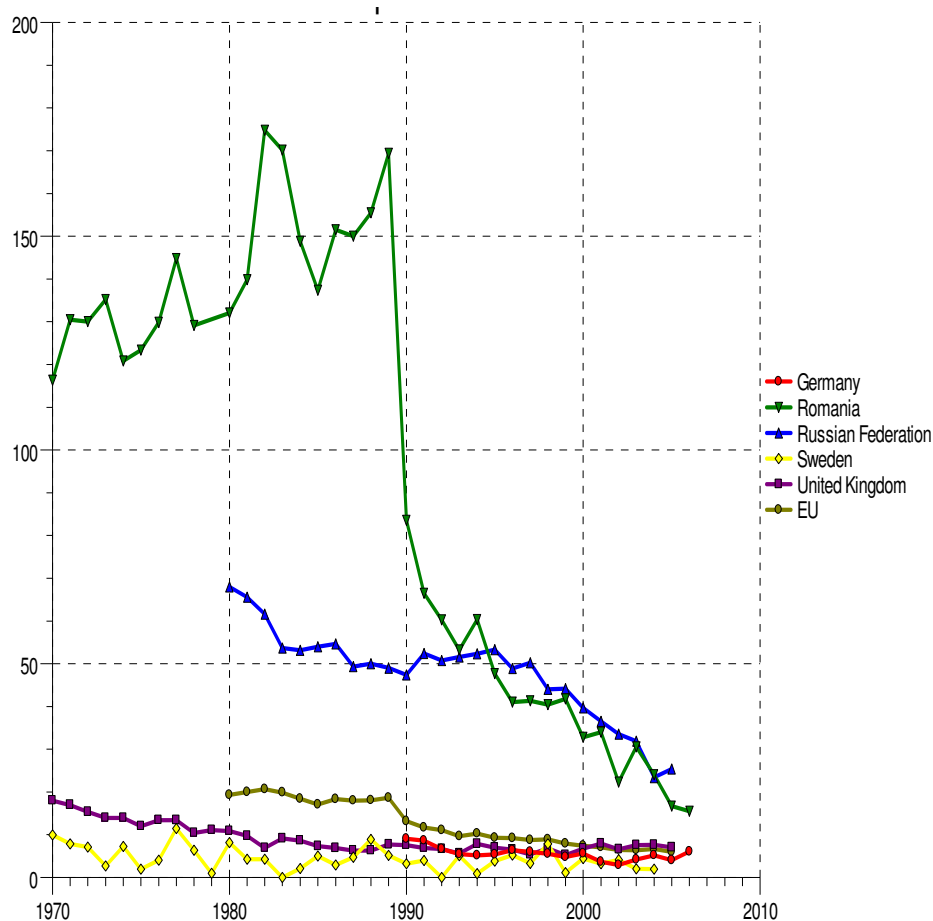
Fiind strâns legați de dezvoltarea economică a țării, acești indicatori ai mortalității oferă informații care le întăresc pe cele anterioare. Țările Europei occidentale prezintă rate scăzute ale mortalității, rezultat de altfel anticipat prin speranța de viață la naștere ridicată. Aceeași tendință o înregistrează și media Uniunii Europene, ca rezultat al atitudinii din ce în ce mai proactive față de starea de sănătate a populației europene.

Figura 5: Rata mortalității neonatale (la 1000 născuții vii)



Sursa: prelucrare proprie cu date OMS

Figura 6: Rata mortalității materne (la 100 000 nașteri de feți vii)



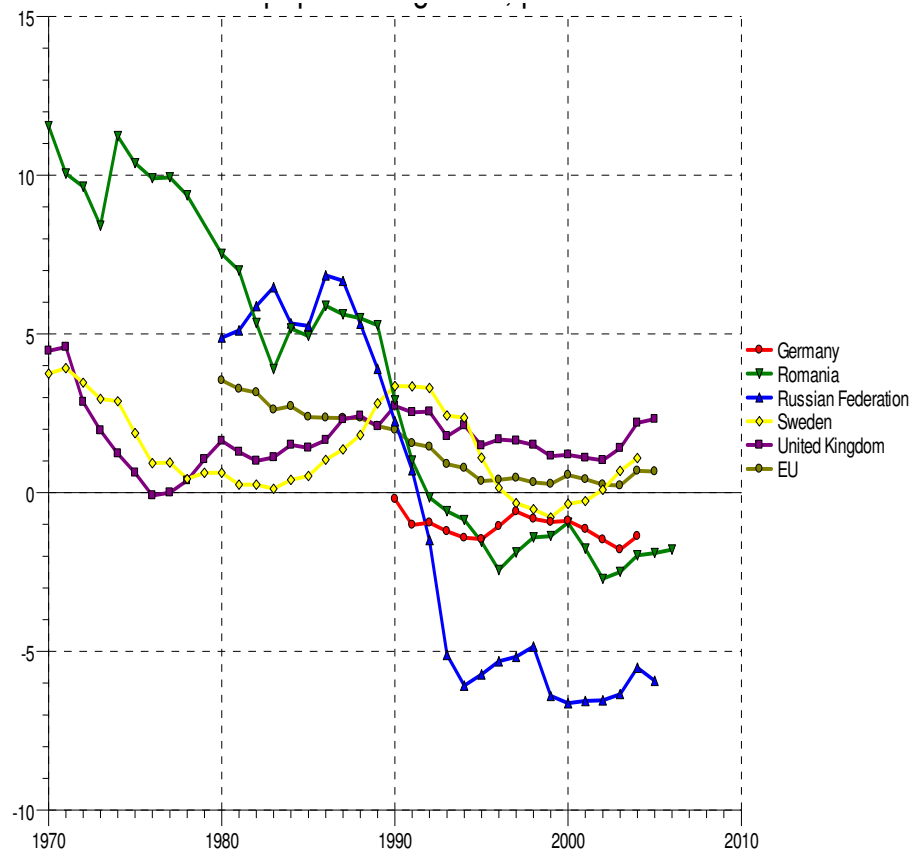
Sursa: prelucrare proprie cu date OMS

Cazul României este unul cu o evoluție spectaculoasă în perioada anilor '70 și '80, când ratele mortalității au scăzut vertiginos. Această perioadă coincide cu etapa în care sistemul medical românesc de tip Semașko nu își arătase încă în integralitatea sa slăbiciunile, fiind vizibile

numai efectele pozitive ale controlului statului și ale acoperirii populației cu servicii de sănătate gratuite. Sunt vizibile eforturile Rusiei și României de a reduce mortalitatea, însă așa cum arată cele două figuri, aceste țări sunt încă departe de a atinge nivelul celorlalte trei state. Pe de altă parte, Suedia înregistrează o îmbunătățire lentă, dar constantă a indicilor sănătății naționale, între care și mortalitatea infantilă și maternă, al căror nivel este printre cele mai scăzute din lume.

Balanța dintre rata natalității și rata mortalității oferă ca rezultat un alt indicator, numit sporul natural al populației (fig. 7). Graficul arată un spor negativ pentru Germania, Rusia și România, cu ușoare tendințe de creștere în cazul celorlalte țări analizate și al UE. Cea mai accentuată scădere se înregistrează în Federația Rusă, urmată îndeaproape și de țara noastră. Justificarea acestui aspect provine din tipologia și caracteristicile de funcționare ale sistemului sanitar de tip Semașko din aceste țări. Orientarea acestuia către tratatarea bolilor și nu către prevenirea lor a făcut ca o serie de măsuri sanitare să se dovedească tardive. De asemenea, trebuie avută în vedere și structura demografică a acestor țări și faptul că există o pondere mai mare a populației sărace (și implicit fără posibilitatea de a beneficia de asistență medicală de calitate superioară, care le era destinată numai șefilor de stat și unui grup restrâns de înalți demnitari) față de țările vest-europene. În plus, procesul de îmbătrânire a populației menționat anterior este strâns legat de sporul negativ al populației în multe țări europene, fiind o consecință directă a faptului că se înregistrează mai multe decese decât nașteri.

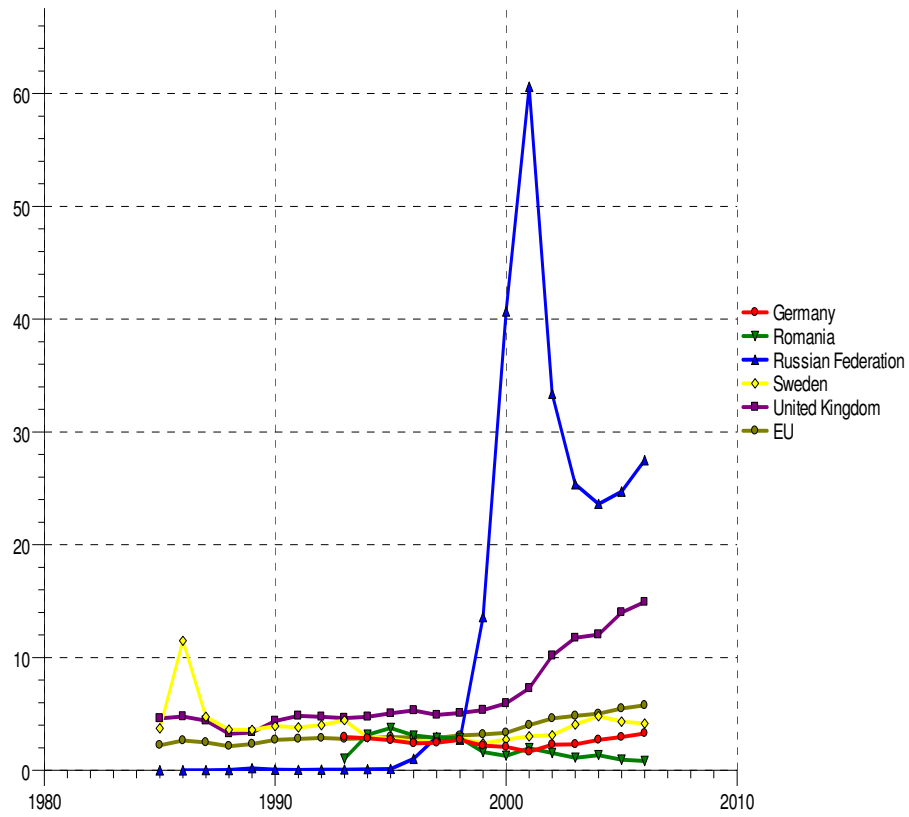
Figura 7: Sporul natural al populației (la 1000 de locuitori)



Sursa: prelucrare proprie cu date OMS

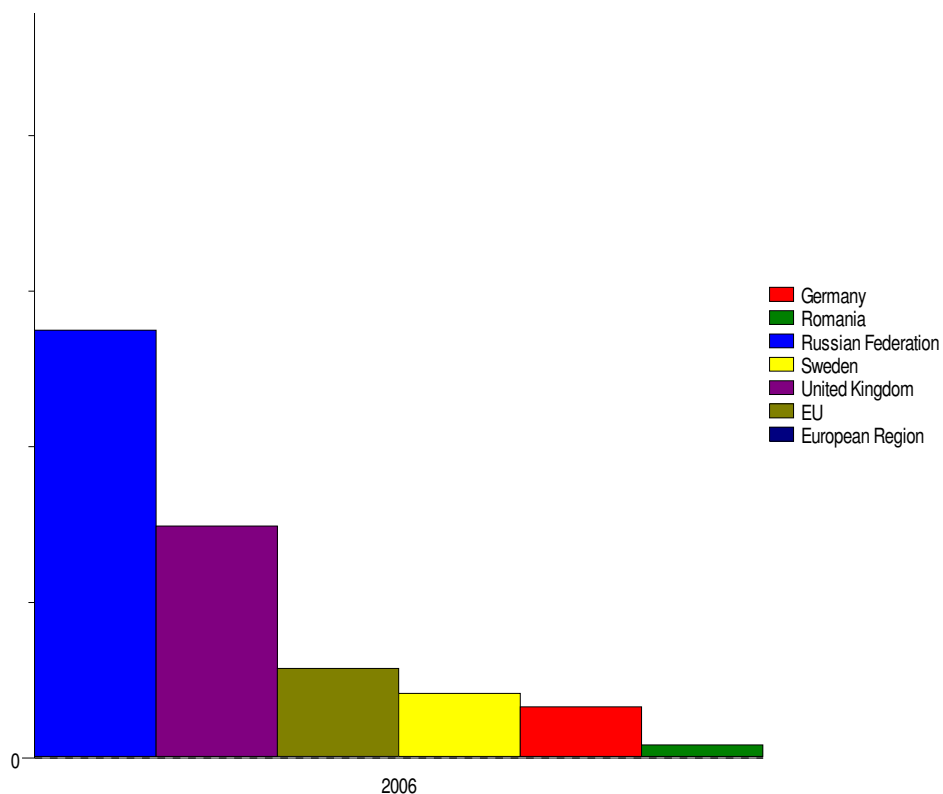
O nouă imagine cu privire la starea de sănătate a unei populații, particularizată prin stilul de viață, este dată și de procentul fumătorilor în totalul populației, de consumul de alcool sau de incidența virusului HIV, care se răspândește cel mai ușor în rândul persoanelor dependente de substanțe nocive.

Figura 8: Incidența HIV (la 100 000 persoane)



Sursa: prelucrare proprie cu date OMS

Figura 9: Incidența HIV (la 100 000 persoane) în anul 2006



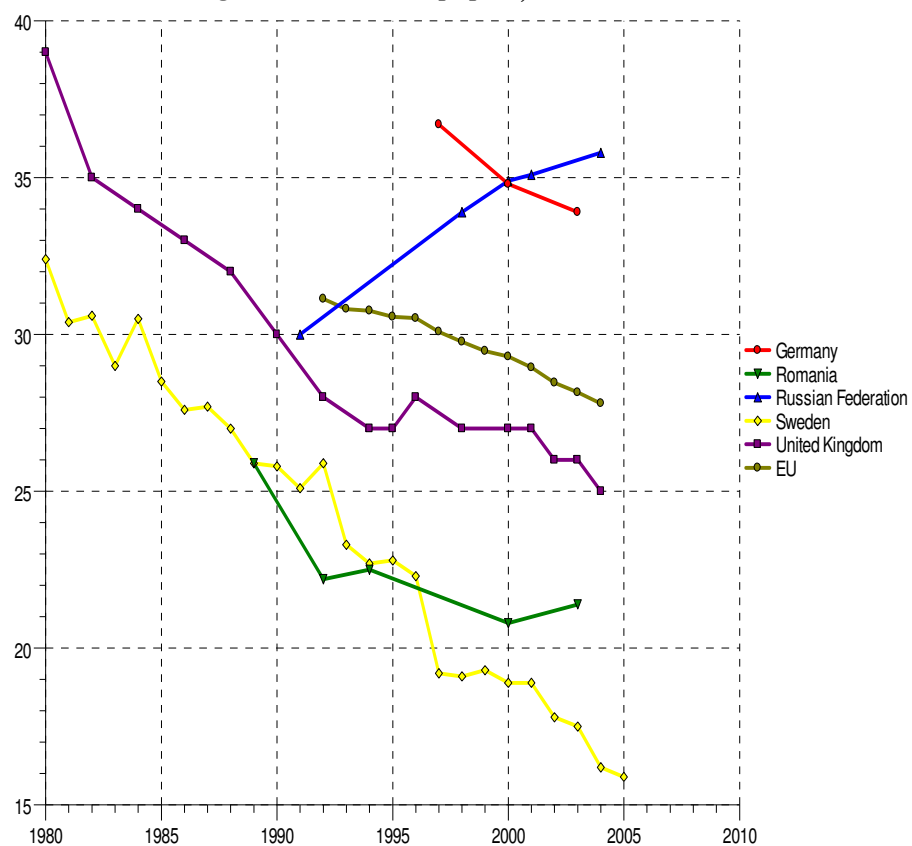
Sursa: prelucrare proprie cu date OMS

Virusul HIV a adus în prim-plan o nouă patologie a bolii. Omenirea nu cunoscuse până de curând pericolul acestui virus, precum și al bolii SIDA care este declanșată de acesta. Prin urmare, deși numărul persoanelor infestate cu virusul HIV nu pare ridicat, faptul că acest indicator are tendințe de creștere în unele dintre țările analizate, precum Germania sau Rusia, reprezintă un semnal de alarmă pentru sistemul sanitar și pentru medicina preventivă. Din păcate, căile de contractare ale acestui virus sunt multiple, iar acesta nu este strâns

corelat de nivelul de dezvoltare al unei țări. Evident că dotarea corespunzătoare a spitalelor cu instrumentar medical și de sterilizare (pentru a evita contactul persoanelor sănătoase cu instrumente contaminate), accentuarea prevenției și încurajarea educației sanitare contribuie substanțial la stoparea creșterii acestui indicator, însă, după cum se observă în figurile 8 și 9, chiar și țările cu un nivel al dotării sanitare ridicat se confruntă cu creșteri sensibile ale fenomenului de infestare cu HIV.

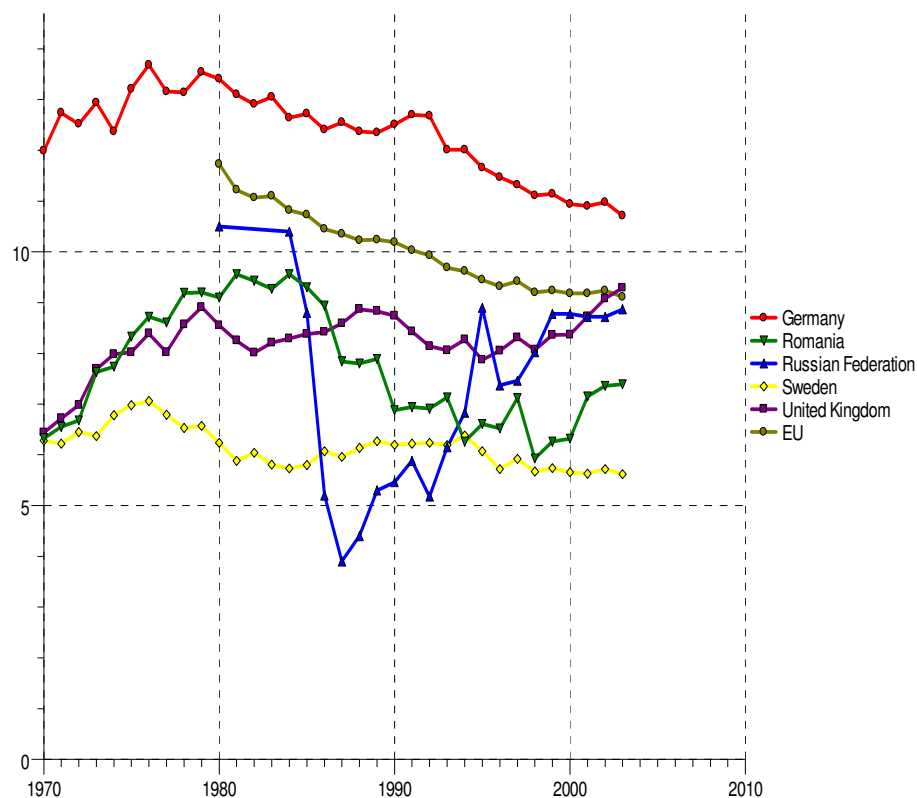
Efectele nocive ale fumatului și necesitatea de a evita creșterea numărului fumătorilor (în special în rândul tinerilor) au determinat o atitudine proactivă în acest sens din partea autorităților, în multe state ale lumii. La nivelul Uniunii Europene au fost elaborate o serie de directive și s-au întreprins măsuri menite să reducă numărul fumătorilor: mesaje realiste, dar dure inscripționate pe pachetele de țigări, interzicerea fumatului în locuri publice, acțiuni de reducere a fumatului pasiv etc.

Figura 10: Procentul populației fumătoare



Sursa: prelucrare proprie cu date OMS

Figura 11: Consumul de alcool per capita



Sursa: prelucrare proprie cu date OMS

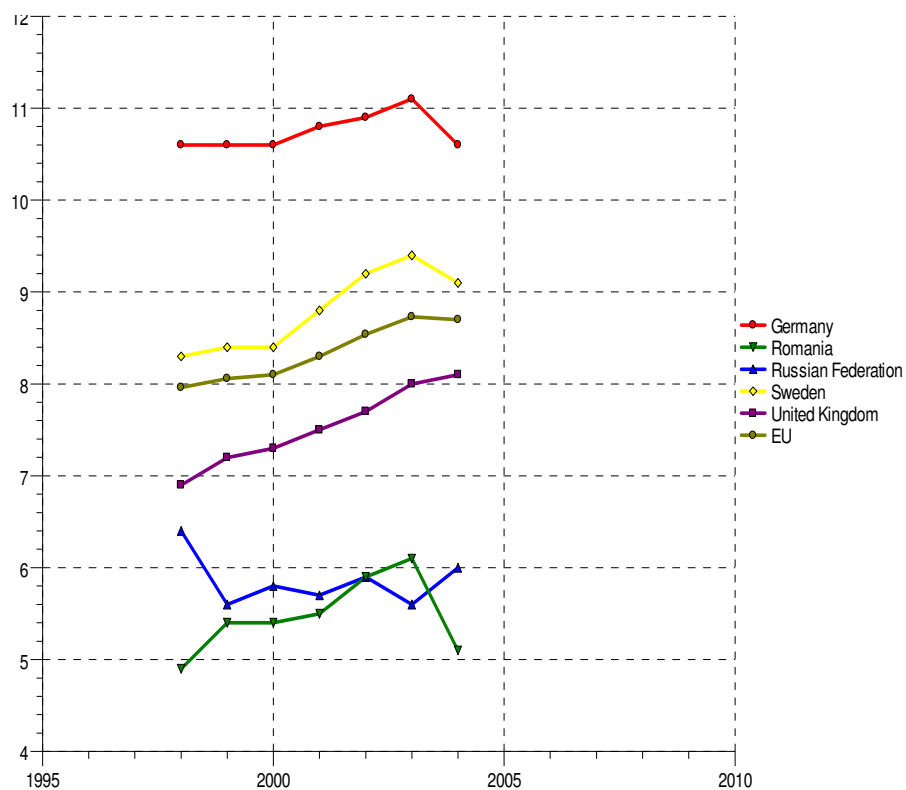
Din figura 10 reiese ca 4 din cele 5 țări evaluate se încadrează în această tendință generală de a reduce numărul fumătorilor și al țigărilor consumate. Excepție face doar Rusia, care din 1990 și până în prezent a înregistrat un fenomen invers, respectiv de creștere a ponderii populației fumătoare cu vârsta de peste 15 ani. Și acest aspect reprezintă un semnal de alarmă pentru sistemul sanitar, alături de prevenirea infestării cu virusul HIV. În ceea ce privește consumul de alcool (fig. 11), nivelul cel mai ridicat apare în cazul Germaniei, însă,

așa cum subliniam anterior, obiceiurile și stilul de viață nu pot fi, de regulă, dissociate de elementul cultural specific.

Un aspect destul de sensibil, așa cum subliniam și la început, este găsirea nivelului optim de alocare a resurselor statului pentru domeniul sanitar.

Germania alocă cel mai mare procent din PIB domeniului sanitar, comparativ cu celelalte state (fig. 12); această poziționare nu este însă o surpriză întrucât Germania a sporit procentul din PIB cheltuit pentru sistemul sanitar în ultimele decenii, fiind una dintre primele țări ale lumii, din punctul de vedere al fondurilor alocate sănătății.

Figura 12: Cheltuieli totale cu sănătatea ca % din PIB



Sursa: prelucrare proprie cu date OMS

Acest indicator economico-sanitar influențează și indicatorii mortalității și ai morbidității. Procentul din PIB alocat sănătății este reflectat în dimensiunile evidențiate de acest set de indicatori. Astfel, ca și în acele cazuri, România și Rusia se regăsesc pe pozițiile țărilor cu cel mai mic procent din PIB alocat sistemului sanitar. Unul dintre principalele dezavantaje ale modelului sanitar Semașko a fost subfinanțarea acestuia, care, alături de alți factori, a generat cercul vicios al eșecurilor sistemului, conducând către o nevoie acută de reformare. Corelând și ceilalți indicatori anterior analizați, sistemul sanitar centralizat, controlat în totalitate de stat, fără existența unui sector privat, s-a caracterizat prin fonduri limitate, mult mai reduse decât în cazul altor state europene, și printr-o dezvoltare de tip extensiv, care a condus în cele din urmă la sărăcirea sistemului și la înrăutățirea indicatorilor stării de sănătate.

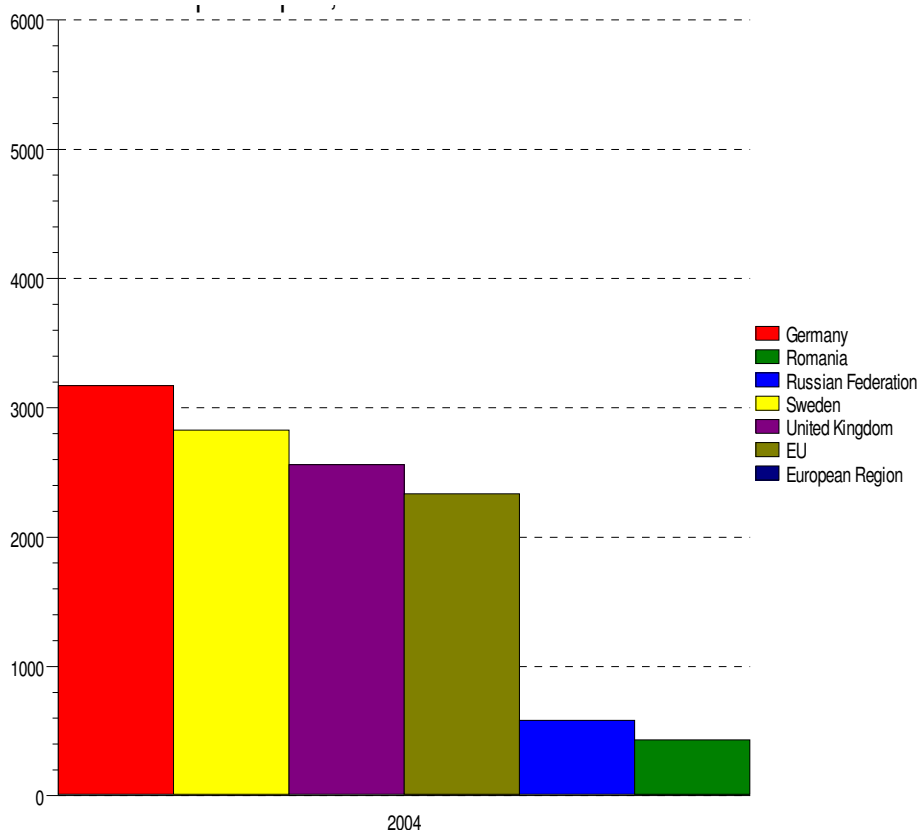
Și în cazul Suediei cheltuielile cu sănătatea s-au redus, însă, raportând această tendință la ceilalți indicatori, se poate afirma cu certitudine că Suedia este una dintre puținele țări care a reușit să crească nivelul calității serviciilor sanitare oferite, concomitent cu scăderea cheltuielilor cu sănătatea.

Indiferent de eficiența utilizării resurselor, țările care cheltuiesc pentru sănătate mai puțin de 4% din PIB au un sistem de asistență medico-sanitară slab dezvoltat. Statele care alocă pentru sănătate între 4-5% din PIB pot tinde către o asistență medico-sanitară universală, care însă frecvent este asigurată cu prețul unor salarii scăzute și al echipamentelor învechite. Această situație se agravează în special în condițiile unui surplus de medici și spitale sau în cazul în care resursele sunt concentrate în orașe, în timp ce majoritatea populației locuiește în zonele rurale.

Țările dezvoltate care cheltuiesc pentru asistența medico-sanitară între 6-14% din PIB au extras concluziile convenite, plasând-o printre prioritățile societăților lor. În țările cu un nivel ridicat al finanțării

sanitare, veniturile medicilor sunt foarte înalte, chiar în comparație cu alte profesii bine plătite.

Figura 13: Cheltuieli totale cu sănătatea per capita

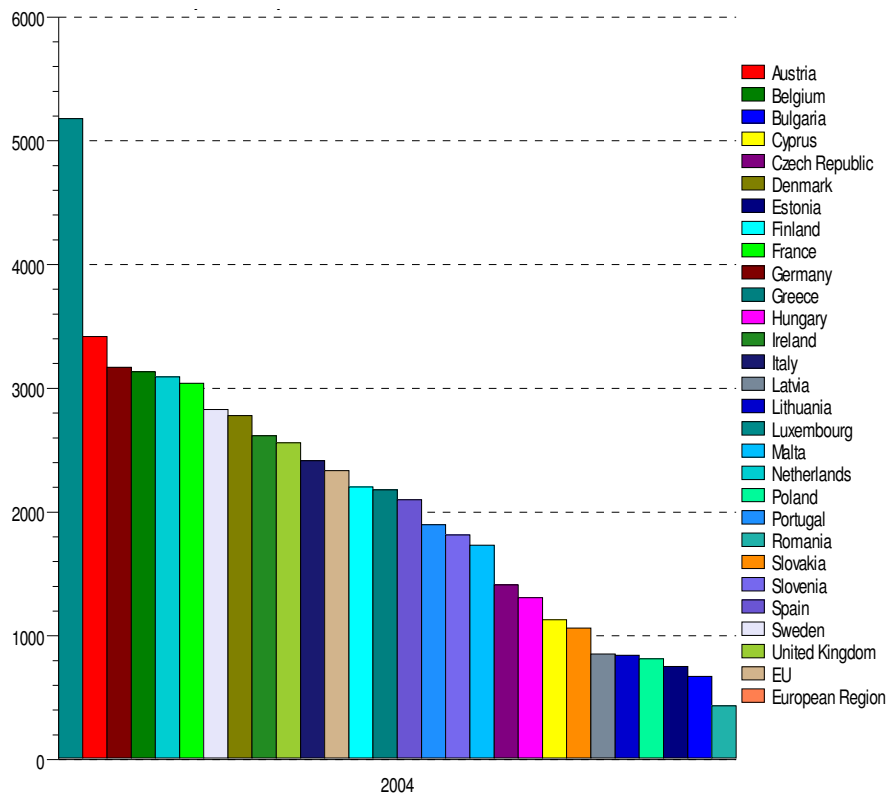


Sursa: prelucrare proprie cu date OMS

România se află pe ultimul loc între statele analizate în ceea ce privește cheltuielile cu sănătatea per capita, situându-se aproape de Rusia, al cărei sistem sanitar l-a influențat în perioada comunistă și pe cel românesc (fig. 13). În timp ce unui cetățean german îi revin aproximativ 3171 \$ (estimare OMS realizată la paritatea puterii de

cumpărare) pentru sănătate, guvernul român alocă doar 433 \$. Media europeană se apropie de pragul de 2500 \$, însă pentru o situație mai amănunțită este necesară o privire de ansamblu asupra tuturor celor 27 de state membre (fig. 14).

Figura 14: Cheltuieli totale cu sănătatea per capita în țările Uniunii Europene



Sursa: prelucrare proprie cu date OMS

Între toate cele 27 de state membre ale Uniunii Europene, Luxembourg se situează pe primul loc, cu o cheltuială de 5178 \$ per capita, la o distanță considerabilă de următoarele clasate – Austria (care cheltuiește 3418 \$ per capita) și Germania (3171 \$ per capita). Din

păcate, la nivelul anului 2004, România se situa pe ultimul loc din perspectiva acestui indicator.

Concluzii

Principala concluzie care se desprinde este aceea că fostele țări socialiste sunt situate sub media europeană, în timp ce țările dezvoltate ale UE cheltuiesc cu sănătatea peste media europeană. Alocările de mică însemnătate acordate sănătății sunt din nou evidențiate în cazul țărilor cu economie în tranziție de la cea centralizată către economia de piață, care în perioada comunismului au folosit drept model al sistemului propriu de îngrijiri de sănătate, modelul sanitar sovietic Semașko. Cu anumite particularități de la țară la țară, toate statele foste socialiste se situează inferior țărilor industrializate europene, din punct de vedere al indicatorilor economico-sanitari. Acest fapt se traduce printr-o stare de sănătate a populației nesatisfăcătoare, cu ample urmări la nivelul productivității muncii și al dezvoltării economice.

Bibliografie

Council of Europe - Recent demographic developments in Europe 2004, Strasbourg, 2005;

Drăgoi M.C., Miron D., Ionescu E. - New approaches in promoting the state of health, Revista Medico-Chirurgicală a Societății de Medici și Naturaliști din Iași, Vol. 112, Nr.1, Supliment nr.1, pp. 225-228, 2008, ISSN: 0048-7848;

Kalim K., Carson E., Cramp D. - An illustration of whole systems thinking, Health Services Management Research, London, Aug 2006, Vol. 19, Iss. 3, pg. 174-180, ISSN: 0017-9124;

Marcu Aurelia - Metode utilizate în monitorizarea stării de sănătate publică, Institutul de Sănătate Publică, București, 2002, pg. 6-9;

VanDeusen Lukas C., Holmes S.K., Cohen A.B., Restuccia J. et al. – Transformational change in health care systems: An organizational model, Health Care Management Review, Oct-Dec 2007, Vol. 32, Iss. 4, pg. 309, ISSN: 0361-6274;

World Bank - World development indicators 2005, Washington, DC, 2005.

*** - www.who.int

*** - www.euro.who.int

*** - ec.europa.eu/eurostat/

Mihaela Cristina DRĂGOI, Asistent universitar, drd., Catedra de Relații Economice Internaționale, Academia de Studii Economice, București