

Impactul economic al sistemelor de sanatate

**Cristina Dragoi
Dumitru Miron
REI- ASE**

Health, in a wider sense cannot be separated from economic development and quality of life. The relations between health, economy and progress are complex and coexist in a total interdependence, health being both a sine qua non condition and an effect of economic development.

The relation between health, economy and quality of life is extremely dynamic and therefore it represents the focus of many national and international organizations. The European Union has imposed several objectives in order to improve the quality of life and health of its citizens. The main domains refer to life as a whole: environment, sustainable growth of agriculture and fishing, of healthy alimentation, of elder persons' welfare, fighting against contagious diseases and also the competitiveness of the european bio-industry.

Health is not a purpose itself but a condition for the quality of life and a way through which people can participate to economic and social development; the latter also depends on the health of those who take part in the productiv process and in the socio-cultural life.

Importanta si semnificatia domeniului sanatatii reclama in mod evident o atentie speciala, deoarece sanatatea este fundamentala pentru orice persoana pentru a se bucura si a aprecia elementele vietii in ansamblu.

Ca stare normala de existenta si evolutie a vietii, sanatatea este un criteriu de performanta in functie de care se judeca capacitatea de adaptare a sistemelor vii. Sanatatea este definita din mai multe puncte de vedere (biologic, psihologic, social, economic) deoarece intereseaza deopotriva mai multe domenii.

Definitia de referinta este cea a Organizatiei Mondiale a Sanatatii in care sanatatea reprezinta "starea completa de bunastare fizica, psihologica si sociala, care nu consta numai in absenta bolii sau infirmitatii"(WHO, Chron:1947). Definitia elaborata de OMS ia in considerare aspecte ale formelor de sanatate ideale, dar, de multe ori, este subliniata relativitatea unui diagnostic, precum si evaluarea unor stadii ale sanatatii.

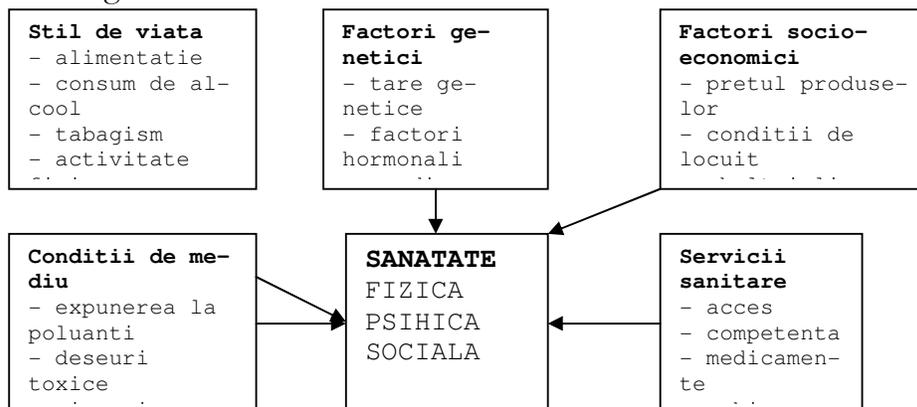
Ca atare, ea este multidimensionala si nu poate fi realizata decat prin efortul multi-sectorial al societatii, al statului, al comunitatilor locale si al fiecarui individ in parte. Sanatatea nu este un scop in sine, ci doar o conditie a calitatii vietii si un mijloc prin care persoanele pot participa la dezvoltarea economica si sociala. Aceasta din urma este dependenta la randul ei de sanatatea celor care participa la procesul productiv si la viata social-culturala.

Privita prin evolutia parametrilor vietii intre doua limite, minime si maxime admisibile, sanatatea umana reprezinta in viziunea stiintei economice un bun suprem, care in-

deplinesc atat functiile bunurilor de consum cat si pe cele ale bunurilor de capital, unitatea acestor doua caracteristici conferindu-i caracterul de unicitate.

Sanatatea umana este si un bun economic, in sensul ca ea este produsa si reprodusa mereu de om, interactionand cu mediul, comunitatea si organizatiile unde traieste si munceste.(5)

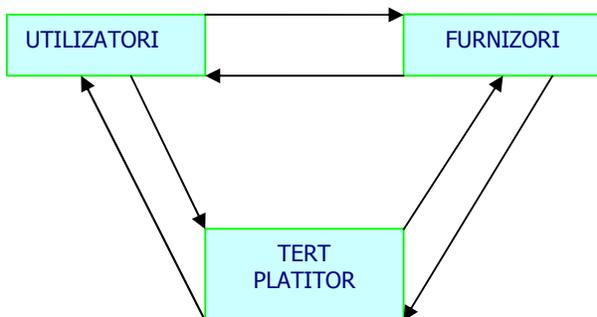
Figura 1 : Determinanti ai starii de sanatate



Furnizorii serviciilor de sanatate umana si cei care au nevoie de aceste servicii se intalnesc pe o piata numita piata serviciilor de sanatate, al carei mecanism prezinta particularitati fata de celelalte pieti, atat din punctul de vedere al celor doua forte, cerere si oferta, cat si al tertului care plateste.

Intelegerea mecanismelor din sistemele de sanatate poate fi facilitata de examinarea relatiilor economice dintre utilizatori, furnizorii de servicii si “tertul platitor”, descrise de Reinhardt si ilustrate in figura 2 :

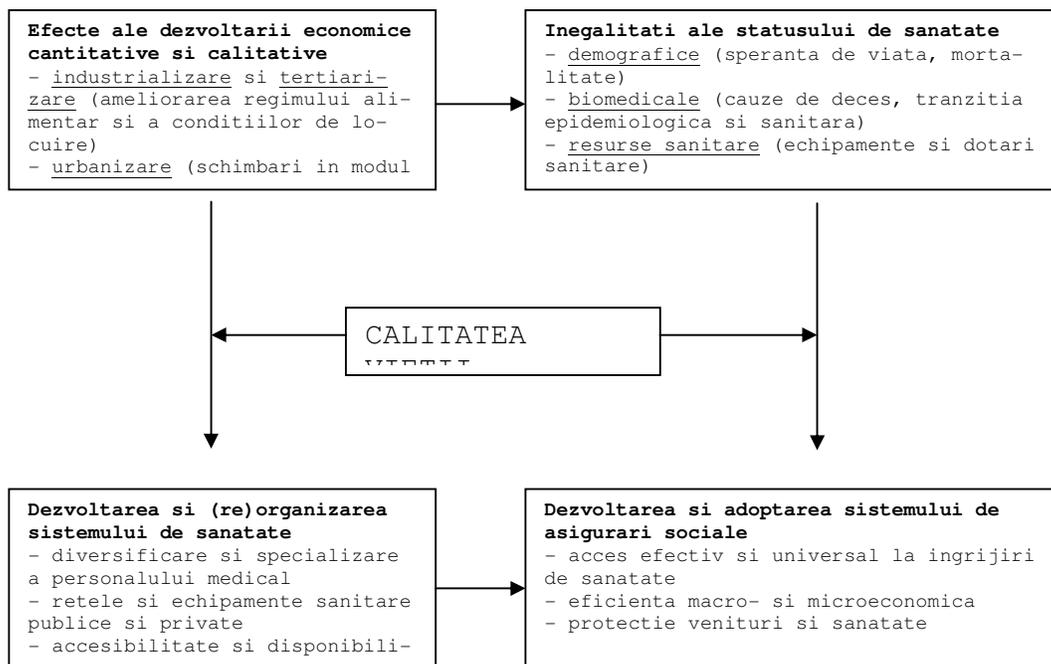
Figura 2 : Relatiile economice in ingrijirile de sanatate



Sanatatea, in acceptiune larga, nu poate fi separata de dezvoltarea economica si de calitatea vietii. Relatiile intre sanatate, economie si progres sunt complexe si se afla intr-o interdependenta totala, sanatatea putand constitui in acelasi timp o conditie *sine qua non* sau un efect al dezvoltarii economice. Principalele efecte ale dezvoltarii economice au fost initial industrializarea si tertiarizarea, prin ameliorarea cadrului si a conditiilor de viata (regim alimentar, conditii de locuire etc). Ulterior, urbanizarea a modificat si ridicat

nivelul de educatie si informatie (specializarea cadrelor, profesii medicale si paramedicale), a indus schimbari in modul si comportamentul de viata (stil de viata sanatos). Aceste mutatii se resimt in dezvoltarea si (re)organizarea sistemului de ingrijiri de sanatate, prin diversificare si specializare, adoptarea celui mai eficient sistem de asigurari sociale.(5)

Figura.3 : Relatia dintre sanatate, dezvoltarea economica si calitatea vietii



Relatia dintre sanatate, dezvoltare economica si calitatea vietii este extrem de dinamica fiind in atentia multor organizatii nationale si internationale. Astfel, Uniunea Europeana si-a propus cateva obiective clare in vederea ameliorarii calitatii vietii si a sanatatii cetatenilor sai. Domeniile vizate acopera toata sfera vietii : mediul inconjurator, dezvoltarea durabila a agriculturii si a pescuitului, a alimentatiei sanatoase, a bunastarii persoanelor in varsta si cu dizabilitati, lupta impotriva bolilor infectioase, dar si competitivitatea bio-industriei europene. Programele au fost diverse, acoperind per ansamblu calitatea vietii si gestiunea resurselor. Aceste programme speciale au fost orientate pe mai multe directii, printre care se numara : alimentatia, nutritia si sanatatea, promovarea sanatatii, controlul bolilor infectioase, genetica si biologia moleculara, mediul inconjurator si sanatatea, imbatranirea demografica si dizabilitatile etc.

Nu mai putin importanta este si dimensiunea mediu inconjurator-sanatate, orientata in jurul unor obiective esentiale: reducerea consecintelor negative asupra sanatatii oamenilor (poluarea atmosferica, metale grele, substante toxice, radiatii electromagnetice si sonore), diminuarea incidentei anumitor tipuri de boli legate de mediu (astm, alergii, cancer de piele), analiza factorilor de mediu asupra sanatatii umane etc.

Daca factorii de mediu se concretizeaza prin diverse riscuri eco-sanitare naturale (la nivelul apei, aerului, alimentelor sau a diferitelor materiale care pot intra in contact cu pielea), factorii socio-economici tin mai degraba de nivelul si distributia veniturilor popu-

latiei. Veniturile reduse sunt asociate cu accesul limitat la resursele de baza pentru satisfacerea nevoilor de existenta primare (hrana, locuinta, imbracaminte), dar si la ingrijiri de sanatate (tratamente medicale sau medicamente), cu efecte nefavorabile asupra sanatatii.

Serviciile sanitare pot influenta in mare masura si intr-o maniera indirecta starea de sanatate a populatiei, indeosebi prin calitatea si accesul la acestea. In general, serviciile de sanatate sunt influentate de sistemul de valori culturale si sociale, dar si de structurile formale ale sistemului de sanatate, sistem care se bazeaza pe principiile esentiale ale politicilor sanitare:

- acces universal si echitabil la un pachet minim de servicii de sanatate;
- eficienta macroeconomica, costurile asistentei sanitare nedepasind 10% din PIB-ul tarii respective;
- eficienta microeconomica, serviciile oferite trebuind sa garanteze rezultate bune in planul sanatatii si satisfactiei pacientilor cu costuri minime;
- protectia veniturilor, plata si costurile serviciilor medicale raportate la capacitatea de plata a pacientilor;
- implicarea statului in piata serviciilor sanitare si responsabilitatea acestuia pentru asistenta sanitara.

Starea de sanatate a populatiei unei tari depinde insa mai putin de proprietatile distributiei serviciilor medicale (volumul, structura, calitatea si accesul la asistenta sanitara) si mai mult de factorii non-medicali, cum ar fi: conditiile de trai (alimentatie, locuinta, calitatea mediului inconjurator etc.), cultura si educatie (stil de viata), relatii inter-umane, conditii sociale, economice si politice ale subgrupurilor corespunzatoare din societate.

Serviciile medicale, cu tehnologiile lor puternice si eficiente in promovarea sanatatii si prevenirea imbolnavirilor, pentru diagnostic si tratament, precum si pentru ingrijirea incapacitatii temporare de munca, inca sunt capabile sa mentina sanatatea populatiei in conditiile grele ale mediului inconjurator, fizic si social, si sa restabileasca sanatatea afectata de factorii de mediu si genetici.

Factorii de decizie din domeniul politicii sanitare care au influenta asupra hotararilor politice din alte sectoare (economic, social, educational etc.) pot imbunatati starea de sanatate a populatiei prin doua strategii paralele: crescand performanta sistemului sanitar si ameliorand conditiile sociale.

Cresterea permanenta a cheltuielilor cu sanatatea a ridicat problema compatibilitatii dintre economic si social. Conform postulatului ca riscul reprezinta o problema majora a existentei umane, se considera ca "riscul individual a devenit o problema colectiva". In consecinta, actualmente orice stat se legitimeaza prin protectia oferita cetatenilor sai fata de riscurile de boala. Conform estimarilor OMS, cheltuielile medicale si de preservare a sanatatii au avut o pondere tot mai mare in produsul intern brut, demonstrand interesul in crestere al tarilor membre UE pentru sanatatea umana (aspect valabil atat pentru UE 15 cat si pentru UE 25):

Tabel 1: Ponderea cheltuielilor totale de sanatate in PIB

TARA	2000	2001	2002	2003	2004
1 Austria	7,5	7,4	7,5	7,5	

2	Belgium	8,7	8,8	9,1	9,6	
3	Cyprus	5,6	5,6	5,9	6,3	
4	Czech Republic	6,6	6,9	7	7,3	7,1
5	Denmark	8,4	8,6	8,8	9	
6	Estonia	5,5	5,1	5,1	5,3	5,5
7	Finland	6,7	6,9	7,2	7,4	
8	France	9,3	9,4	9,7	10,1	
9	Germany	10,6	10,8	10,9	11,1	
10	Greece	9,9	10,2	9,8	9,9	
11	Hungary	7,1	7,4	7,8		
12	Ireland	6,3	6,9	7,3		
13	Italy	8,1	8,2	8,4	8,4	
14	Latvia	4,8	5	4,9	5	3,3
15	Lithuania	6	5,7	5,9	5,7	6
16	Luxembourg	5,5	5,9	6,1		
17	Malta	7,99	8,03	9,05	9,27	9,21
18	Netherlands	8,3	8,7	9,3	9,8	
19	Poland	5,7	6	6		
20	Portugal	9,2	9,4	9,3	9,6	
21	Slovakia	5,5	5,6	5,7	5,9	
22	Slovenia	8	8,2	8,86	8,8	8,6
23	Spain	7,4	7,5	7,6	7,7	
24	Sweden	8,4	8,8	9,2		
25	United Kingdom	7,3	7,5	7,7		
26	EU members before May 2004	8,7	8,87	9,05	9,21	
27	EU members since May 2004	6,05	6,29	6,4	6,46	6,39

Sursa: OMS

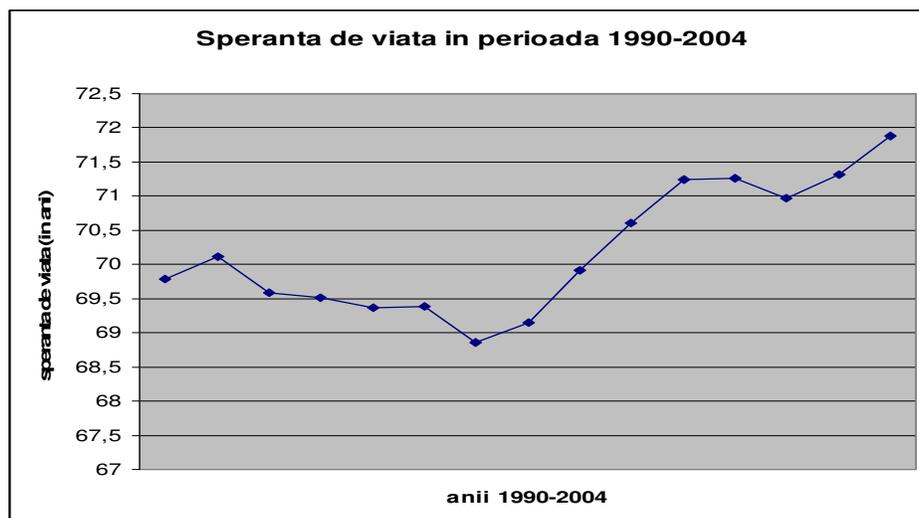
Pentru Romania, a existat o crestere evidenta din cheltuiala publica, ca pondere in PIB, de la 2,9% in anul 1996 la 3,2% in 1998, 3,9% in 2004 si 4,2% in bugetul anului 2007.

Cheltuielile pentru sanatate exprima in plan economic si in mod global rezultatul interactiunii, activitatii diferitilor actori din sistemul de sanatate : consumatori, producatori si organisme implicate in programme de sanatate sau finantarea acestora (tert platitor).

Marea dificultate a analizei economice in domeniul sanatatii apare in evaluarea costurilor, cuantificarea rezultatelor si stabilirea beneficiilor. Starea de sanatate se evalueaza totusi prin anumiți indicatori ce vizeaza fenomene demografice specifice precum durata medie de viata (speranta de viata la nastere), natalitatea, mortalitatea sau morbiditatea, la care se adauga si evaluarea factorilor care influenteaza din “exterior” sanatatea: serviciile sanitare, mediul sau stilul de viata.

In Romania inceputului de mileniu III, indicatorii principali ai starii de sanatate arata urmatoarele:

1. **Speranta de viata la nastere** – indicator sintetic de evaluare a starii de sanatate dependent de dezvoltarea socio-economica - este de 66 de ani pentru barbati si 72 de ani pentru femei, indicator sub nivelul propus al OMS

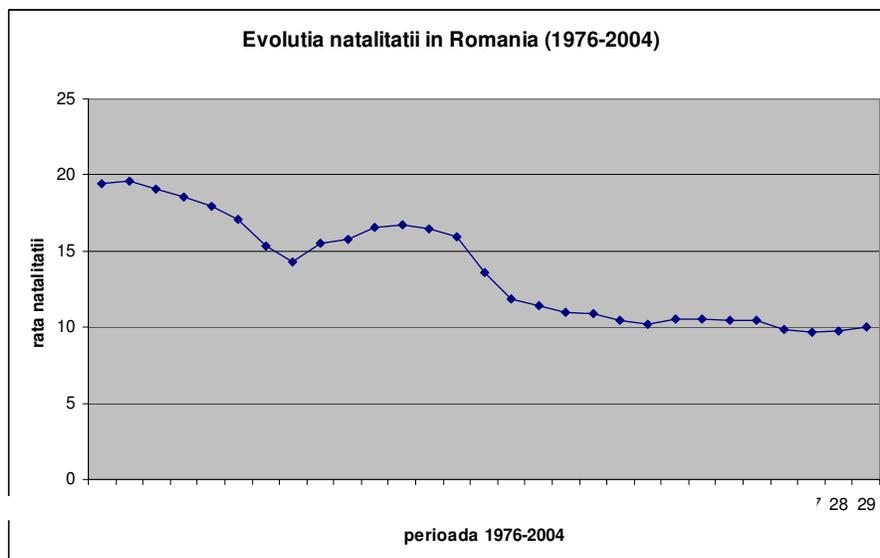


Sursa:OMS

Figura 4

Exista o corelatie semnificativa si pozitiva intre marimea din PIB alocata serviciilor de sanatate si speranta de viata la nastere.(11) Aceasta legatura este extrem de evidenta pentru TECE (vezi tabelul 1) in grupul carora se plaseaza si Romania si care se gasesc intr-o situatie defavorabila din acest punct de vedere.

2. **Natalitatea** - este componenta pozitiva a miscarii naturale a populatiei, reprezentand frecventa nou-nascutilor vii in populatia unei tari ; ea este influentata de : mediul socio-cultural, rata casatoriilor, rata divorturilor, cauze medicale (boli cromozomiale si genetice, cauze endocrinologice).



Sursa:OMS

Figura 5

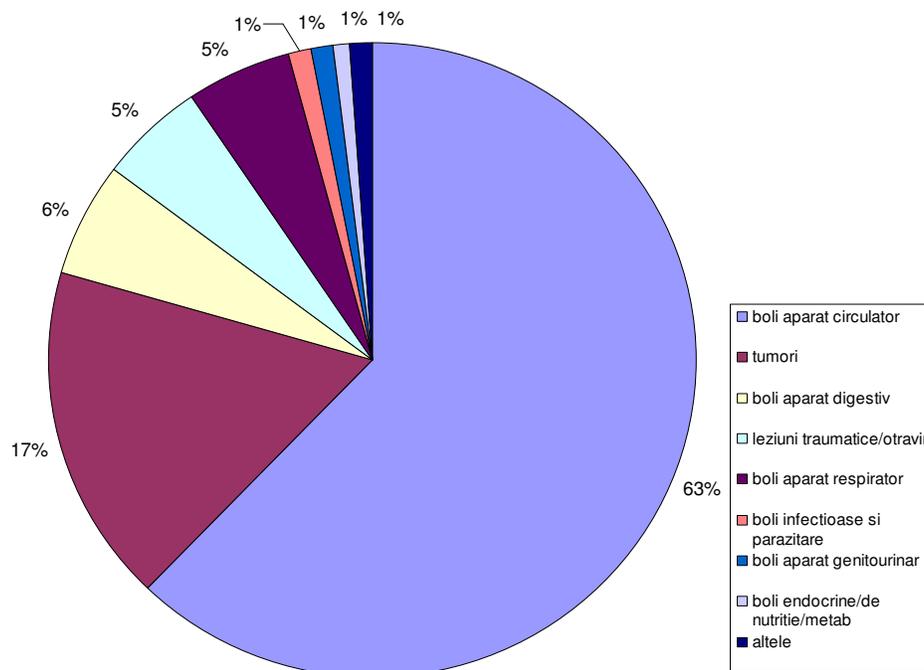
Evolutia ratei brute de natalitate este caracterizata printr-o tendinta de scadere continua mai ales dupa 1989, atingand in 2002 valoarea cea mai scazuta, de 9,66 nascuti vii la 1000 de locuitori.

3. **Mortalitatea** este o componenta negativa a miscarii naturale, reprezentand fenomenul demografic al deceselor intr-o populatie data si intr-o perioada data de timp. Acest indicator situeaza Romania printre tarile europene cu cea mai mare mortalitate.

Caracteristicile generale ale mortalitatii in Romania sunt:

- decesele prin bolile aparatului cardiovascular, ce au cea mai mare pondere in Romania, ratele de mortalitate fiind in crestere, ajungand sa fie de peste doua ori mai mari decat in tarile din vestul Europei ;
- ponderea deceselor cauzate de tumori maligne la varste tinere;
- bolile aparatului respirator ;
- accidente, traumatisme ;
- cresterea mortalitatii in vestul si sud-vestul tarii, prin imbatranirea populatiei.

Figura 6: Structura deceselor pe cauze, Romania, 2004



Sursa : OMS

Evolutia acestor indicatori conduce la concluzii similare celor desprinse in cazul celorlalte tari foste socialiste, care s-au confruntat cu aproximativ aceleasi probleme. Lipsa resurselor economice, proasta distributie a celor existente, neacordarea atentiei necesare si prioritatii in cadrul planificarii si alocarii resurselor de sanatate, sunt principalele cauze care fac din aceste tari ocupantele ultimelor locuri ale Europei.(11)

Dezordinea din cadrul politicilor de sanatate din aceste tari este, in latura conceptuala, expresia prea multor initiative, orientate in prea multe si diferite directii, iar in domeniul politic, expresia conflictelor de interese si filosofii politice aparținând diversilor "actori" si centre de putere si decizii, incapabili de consens. Pentru a clarifica dezordinea existenta politic si conflictual si pentru a ajuta la evolutia politicilor de sanatate din tarile foste socialiste "actorii" externi trebuie sa accepte macar un singur scop comun: sa dea posibilitatea fiecarei tari sa reușeasca in managementul propriei politici de sanatate si a propriului sistem de sanatate.

Bibliografie:

1. Becker G S, *Capitalul Uman*, Editura All, Bucuresti, 1997
2. Brown L, *Eco-economie, Crearea unei Economii pentru planeta noastra*, Editura Tehnicii, Bucuresti, 2001
3. Cucu, A, Marcu, A, *Monitorizarea Starii de Sanatate*, Editura Tempus, Bucuresti, 2006
4. Minca D, *Sanatate Publica si Management Sanitar*, Editura Universitara "Carol Davila", Bucuresti, 2005
5. Nae, M, *Geografia Calitatii Vietii Urbane*, Editura Universitara, Bucuresti, 2006
6. Organization Mondial de la Sante, *Rapport sur la sante dans le monde*, Geneve, 2003
7. Popescu C, Ciucur D, Gavrili I, *Economie, vol.II*, Editura A.S.E., Bucuresti, 2005
8. Stiglitz J, Walsh C, *Economie*, Editura Economica, Bucuresti, 2005
9. Suciuc C, *Economie, Noua Economie-Societatea Cunoasterii*, Editura ASE, Bucuresti, 2004
10. Vladescu C, *Sanatate publica si management sanitar. Sisteme de sanatate*. Centrul de Politici si Servicii, Bucuresti, 2004
11. Zarcovic, G ; Enachescu, D, *Probleme privind politicile de sanatate in tarile Europei Centrale si de Rasarit*, Editura InfoMedica, 1998.