

**SĂNĂTATEA
ȘI
CALITATEA VIEȚII**

www.editurauniversitara.ro

Editorul:

Alexandru Tașcu este doctor în științe medicale, medic primar neurochirurg, șef secția I Neurochirurgie Spitalul Clinic de Urgență Bagdasar-Arseni, București; șef de lucrări la Catedra de Neurochirurgie UMF „Carol Davila”, București; specializări în Israel, Belgia, Franța; competență în managementul serviciilor de sănătate, masterat în management sanitar.

Autorii:

Răzvan Airini - licențiat în Psihologie, student la Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila”, masterand în Neurobiologie.

Claudia-Iuliana Drăgănescu este psiholog clinician și psihoterapeut cu formare în psihoterapiei cognitiv-comportamentale (în cadrul Universității Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca). În prezent, psiholog la Asociația Williams Syndrome din București.

Daniela Ionescu este masterand în sănătate ocupațională la Facultatea de Psihologie/ Universitatea din București și masterand în psihoterapie cognitiv-comportamentală la Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca.

Adrian Marinescu este prof. univ. dr. în cadrul Academiei Naționale de Informații „Mihai Viteazul”. Este autor al mai multor cărți, studii privind sistemul de management al calității, management infodecizional, statistică. Este membru al Comitetului Tehnic Național “CT 57” Controlul statistic al calității și deținător a 10 brevete de inovație.

Constanța Mihăescu-Pinția este cercetător, formator și consultant în domeniul sănătății publice și managementului sanitar. Lucrează la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București. Până în prezent a participat la scrierea a 58 publicații în calitate de autor și co-autor.

Valentina Mihăilă este cercetător științific I la Institutul de Igienă și Sănătate Publică din 1978, dr. în economie, absolventă a Academiei de Studii Economice, Facultatea de Calcul Economic și Cibernetică Economică (1974); experiență în analize demografice (în anii 2001- 2004 a lucrat și la Centrul de Cercetări Demografice „Vladimir Trebici” al Academiei Române), studii privind calitatea vieții, promovarea sănătății.

Andrada Pârvu este medic specialist hematolog, doctor în științe medicale din 2009. Este formator pentru educația adulților, implicându-se în organizarea a numeroase traininguri pe teme de consiliere psihologică, comunicare, formare a formatorilor, în acțiuni de orientare profesională a tinerilor. Este fondator al Grupului de suport psihologic pentru pacienții cu hemopatii care se desfășoară în Clinica de Hematologie Cluj din 2005.

Liliane Rioux is professor of organizational psychology at the University of Nanterre (France). Her specialty is work-place environmental psychology. Her current research addresses space appropriation and place attachment in relation to satisfaction with the environment. She is particularly interested in the role of the physical environment in transitions, such as changing a job or office space, students attending college, and seniors transitioning to assisted living communities.

Lelia Voinea este lector univ. dr. la Academia de Studii Economice din București, Facultatea de Comerț, Catedra de Merceologie și Managementul Calității; Doctor în economie, cercetător în programe de performanță și excelență în domeniul științelor economice, ASE București (2010-2013); autor sau de coautor a 6 manuale universitare, peste 60 de lucrări științifice în reviste de specialitate și în volume; membru în echipa de cercetare a Centrului de Cercetări, Expertize și Consultanță - Managementul Calității, Mărfuri și Protecția consumatorului, din cadrul Catedrei de Merceologie și Managementul Calității, ASE București (participarea, în calitate de membru și de director de proiect, în 15 proiecte de cercetare științifică).

ALEXANDRU TAȘCU
- coordonator -

SĂNĂTATEA
ȘI
CALITATEA VIETII

[HEALTH AND QUALITY OF LIFE]



EDITURA UNIVERSITARĂ
București, 2012

Redactor: Gheorghe Iovan
Tehnoredactor: Ameluța Vișan
Coperta: Angelica Mălăescu

Editură recunoscută de Consiliul Național al Cercetării Științifice (C.N.C.S.)

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
Sănătatea și calitatea vieții / coord.: Alexandru Tascu. –
București : Editura Universitară, 2012
Bibliogr.
ISBN 978-606-591-425-4

I. Tascu, Alexandru (coord.)

316.344

DOI: (Digital Object Identifier): 10.5682/9786065914254

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate, nicio parte din această lucrare nu poate fi copiată fără acordul Editurii Universitare

Copyright © 2012
Editura Universitară
Director: Vasile Muscalu
B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33, Sector 1, București
Tel.: 021 – 315.32.47 / 319.67.27
www.editurauniversitara.ro
e-mail: redactia@editurauniversitara.ro

Distribuție: tel.: 021-315.32.47 / 319.67.27 / 0744 EDITOR / 07217 CARTE
comenzi@editurauniversitara.ro
O.P. 15, C.P. 35, București
www.editurauniversitara.ro

CUPRINS

Partea I

Constanța Pinția-Mihăescu ANALIZA STĂRII DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI	7
Valentina Mihăilă SĂNĂTATEA POPULAȚIEI – POSIBILITĂȚI DE MĂSURARE	35
Lelia Voinea OCROTIREA SĂNĂTĂȚII ÎN SPITALE	47
Alexandru Tașcu ORGANIZAREA ACTIVITĂȚII ÎN SPITALE	71
Adrian Marinescu PREMIILE CALITĂȚII	85

Partea a II-a

Alexandru Tașcu CALITATEA VIETII DUPĂ LEZIUNILE TRAUMATICE CRANIO-CEREBRALE LA COPII ȘI LA ADULȚI	99
Alexandru Tașcu INTEGRAREA SOCIALĂ ȘI SATISFAȚIA VIETII DUPĂ TRAUMATISMUL CRANIO-CEREBRAL	121
Daniela Ionescu DIFICULTĂȚI ALE ADAPTĂRII PROFESIONALE ÎN HERNIA DE DISC LOMBARĂ	145
Andrada Pârvu GRUPUL DE SUPT PSIHOLÓGIC PENTRU PACIENȚII MALIGNI – UN PIONIERAT	163
Claudia Drăgănescu OPȚIUNI PRIVIND MASTECTOMIA PROFILACTICĂ PENTRU FEMEILE PURTĂTOARE DE MUTAȚII PE GENELE BRCA1/2	193
Răzvan Airini EFACTUL PLACEBO ÎN CONTEXT CLINIC	201
Liliane Rioux LIVING WELL IN A RETIREMENT HOME APPROPRIATING THE ROOM – AN INDICATOR OF RESIDENTS' ADAPTATION ...	211

ANALIZA STĂRII DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI

Constanța Mihăescu-Pinția

1. Concepte strategice și operaționale

Sănătatea reprezintă o componentă majoră, indispensabilă a bunăstării și a calității vieții unei persoane și a comunității, cu implicații sociale și economice majore. Pentru națiuni, sănătatea oamenilor constituie o resursă strategică și, totodată, o bună măsură a progresului.

Calitatea vieții vizează aspecte precum sănătatea de ordin fizic și psihologic, nivelul de independență, relaționarea socială și conectarea la mediu, implicând calitatea mediului ambiant, a relațiilor interpersonale, a vieții de familie și a muncii, respectiv activităților desfășurate (WHO-QOL, 1996). Însă calitatea vieții reprezintă un concept evaluativ prin excelență, măsurându-se și prin percepțiile indivizilor despre aceasta în raport cu sistemul personal de valori, standarde, obiective, preocupări, așteptări, și relații, amprentat de contextul socio-cultural. În anul 2005, Economist Intelligence Unit introducea *indicatorul calității vieții*, un compozit al aspectelor obiective și al satisfacției subiective a calității vieții, ca rezultată a nouă factori: bunăstarea materială – PIB/locuitor, sănătatea – speranța de viață, stabilitatea și securitatea politică, viața de familie – rata divorțurilor, viața comunității - participare, climat și geografie - latitudine, siguranța locului de muncă – rata șomajului, libertatea politică – drepturi politice și civile, egalitatea sexelor – venitul mediu la femei și la bărbați; România ocupa locul 58 în acest clasament de 111 țări (Economist-EIU, 2005).

Indicele dezvoltării umane elaborat de Organizația Națiunilor Unite la începutul anilor '90, măsoară calitatea vieții prin trei componente deja consacrate: longevitate, nivel educațional și nivelul veniturilor; conform acestei clasificări, țara noastră ocupa locul 50 din 169 state cu un indice atingând valoarea de 0,767 în anul 2010, făcând astfel parte din grupa țărilor în dezvoltare cu nivel înalt al dezvoltării umane (UNDP, 2011).

Studiul relațiilor dintre starea de sănătate și profilul economic al unei populații date suscită un larg interes atât în rândul experților de sănătate publică, cât și al sociologilor și economiștilor, dată fiind *dubla determinare* dintre cele două aspecte.

(1) Pe de o parte, nivelul și caracteristicile stării de sănătate a populației influențează direct capacitatea de muncă și rezultatele socio-economice ale unei națiuni (numărul și calitatea forței de muncă, productivitatea muncii, libera inițiativă economică, volumul și valoarea activităților economice, producția, distribuția, comerțul, plusvaloarea, consumul, investițiile, realizarea veniturilor și a PIB).

(2) La rândul lor, *factorii economici* constituie determinanți semnificativi ai stării de sănătate a populației, respectiv: costurile și tarifele serviciilor de sănătate și produselor aferente, alte caracteristici ale ofertei de servicii de sănătate, puterea de cumpărare a diferitelor grupuri populaționale, competiția acestor servicii cu alte bunuri și servicii, comportamentul consumatorilor, nivelul și mecanismele de alocare a fondurilor pentru sănătate, nivelul concurenței dintre furnizori etc. O serie de studii demonstrează corelația dintre statutul economico-social și starea de sănătate individuală și de grup, nivelul veniturilor având o contribuție substanțială prin accesul facil la informații, bunuri, servicii și beneficii, conducând la prelungirea duratei medii de viață. La nivel populațional, s-a putut observa cum slabele performanțe economice ale statelor socialiste au contribuit în timp la afectarea notabilă a nivelului de trai, pesimism, insatisfacție profundă și degradarea în consecință a stării de sănătate. În timp ce dezvoltarea economică susținută a multor state cu economie de piață a condus la creșterea veniturilor majorității persoanelor, îmbunătățirea calității mediului și condițiilor de viață, ceea ce a permis îmbunătățiri notabile în starea de sănătate.

În antichitate, poetul latin Marcus Valerius Martial spunea că „viața nu înseamnă numai a trăi sau a fi viu, ci și a-ți fi bine”. În secolul al XIX-lea, filozoful german Schopenhauer considera că „sănătatea nu reprezintă totul, dar fără sănătate nimic altceva nu mai contează”, reprezentând astfel un „factor esențial al fericirii”. Mai târziu, ideea apare dezvoltată de către Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) la înființarea sa în 1948, la *definirea sănătății* drept „bunăstare fizică, mentală și socială și nu numai absența bolii sau a infirmității” (WHO Constitution, 1946). Invocând idealist un adevărat deziderat de viață, abordarea sublinia caracterul pozitiv, complex și subiectiv - interpretativ al conceptului stării de sănătate (Vlădescu et al., 2004), în ciuda dificultăților de măsurare a primelor trei componente. În spiritul acestei viziuni, arareori am putea afirma că o persoană este cu adevărat sănătoasă, iar situația ar putea lesne varia în funcție de starea de spirit și nu doar de parametrii biologici obiectivi. Peste aproape 50 de ani, cu prilejul Cartei pentru promovarea sănătății de la Ottawa, OMS revenea cu un concept pozitiv al sănătății accentuând rolul acesteia de resursă complexă a vieții cotidiene care permite realizarea atributelor persoanei în familie, în societate și mediu, fără a fi un obiectiv în sine al existenței umane.

Din *perspectiva bio-medicală*, boala denotă pierderea capacității și a abilităților de a răspunde adecvat diferiților factori interni și de mediu, în timp ce însănătoșirea presupune restabilirea capacității de bună reglare a organismului; în sprijinul acestei definiții vin teoriile legate de importanța homeostaziei, imunității, echilibrului natural etc.

Relevantă este și delimitarea dintre diferitele *ipostaze ale sănătății* umane: sănătate fizică, psihică, intelectuală, ocupațională, socială și spirituală, succesul personal depinzând de realizarea echilibrată a tuturor acestor dimensiuni. În acest sens, *sănătatea fizică* definește starea generală a organismului, funcționalitatea în parametrii stabiliți medical, dinamismul și implicit reacțiile la factorii de mediu, la îmbolnăviri și accidente. *Sănătatea mintală* înseamnă atât de absența tulburărilor psihice diagnosticate, dar ține și de caracteristici personale precum echilibru,

autocontrol, rezistență, flexibilitate, judecată logică, respectiv ceea ce conferă individului forța de a se bucura de viață, adaptare pozitivă și realistă la mediul social dinamic, echilibru introversie-extroversie (Gorgos, 1987), într-un cuvânt normalitate. *Sănătatea intelectuală* presupune capacitatea, cultivarea și fructificarea intelectului personal, influențabilă emoțional și măsurabilă prin calitatea deciziilor luate și celelalte performanțe tipice. *Sănătatea socială* este dată de capacitatea de realizare responsabilă, echilibrată și adaptativă a diferitelor roluri din viață – fiu, soț, părinte, cetățean, profesionist, lider etc.

Corelația bidirecțională dintre starea de sănătate și siguranță este recunoscută la nivel internațional: pe de o parte, dezastrele, calamitățile, situațiile de conflict, sărăcia, inechitățile și instabilitatea afectează negativ sănătatea indivizilor și a grupurilor; pe de altă parte, siguranța cetățenilor este marcată inevitabil de epidemii, handicapuri, îmbolnăviri și decese evitabile. OMS ne avertiza că numai în perioada 1990-2010, dezastrele au ucis trei milioane de oameni și au afectat alte 800 milioane, în timp ce generația actuală se confruntă cu 40 de boli noi. În perioada 1990-2006, în regiunea europeană au fost afectați de dezastre naturale peste 42 milioane de oameni, la care se adaugă peste 300.000 de oameni uciși în diferite conflicte (CRED EM-DAT, 2010).

Importanța capitală a *siguranței* în sănătatea publică la nivel internațional a condus la elaborarea și adoptarea de către OMS pentru prima oară în anul 1951, a unui cadru de “Reglementări Internaționale pentru Sănătate”, cu revizuri periodice. Ultima versiune - din 2007 are ca scop declarat prevenirea, controlul și răspunsul specializat la extinderea îmbolnăvirilor, într-o manieră științifică și măsurabilă, prin măsuri eficiente menite să reducă riscurile pentru sănătatea publică și să minimalizeze interacțiunile cu domeniile transporturilor și comerțului. Se încearcă astfel întărirea supravegherii și a capacității de răspuns pentru protejarea oamenilor împotriva amenințărilor la sănătate cu potențial de extindere la nivel global, cu efecte negative asupra sănătății persoanelor, liberei circulații a persoanelor și a mărfurilor. Publicația pornește de la definiții, principii și responsabilități ale sănătății publice, cu recomandări pentru transporturile de mărfuri și de persoane, inclusiv documentația și taxele aferente (WHO, 2008).

Sănătatea constituie o prioritate de prim rang pentru cetățenii și oficialii Uniunii Europene (UE), unde așteptările vizează mai mult decât sectorul sanitar, după principiul general acceptat „*sănătatea în toate politicile*”. Astfel, Comisia Europeană a adoptat în anul 2007 strategia „Împreună pentru sănătate: o abordare strategică pentru Uniunea Europeană 2008-2013”, prin care se recunoaște corelația dintre sănătate și prosperitatea economică și se urmăresc trei obiective principale: cultivarea și favorizarea unei bune stări de sănătate într-o Europă aflată în plin proces de îmbătrânire, protejarea persoanelor față de amenințările și factorii de risc la adresa sănătății lor, sisteme de sănătate dinamice, care sprijină integrarea noilor tehnologii medicale (EU-CEC, 2007).

Ținând cont de impactul major al Internetului, UE a introdus conceptul *e-health* ca mijloc informațional și comunicațional în domeniul medical menit să faciliteze la nivel individual: creșterea conștientizării privind riscurile pentru sănătate, respectarea drepturilor pacienților, accesul la informații de încredere și pe

înțelesul consumatorilor, accesul la propriile date medicale, prevenția îmbolnăvirilor, alegerea stilului de viață sănătos, valorizarea, monitorizarea și gestionarea propriei sănătăți, accesarea în cunoștință de cauză a serviciilor medicale și a tratamentelor, carduri europene de sănătate, ameliorarea calității vieții printr-o stare de sănătate bună.

Cu toate acestea, în majoritatea statelor membre UE și multe alte țări din lume s-au înregistrat *nemulțumiri* crescânde vis a vis de: modelele de accesare și furnizare a serviciilor medicale, metodele și mecanismele de finanțare, dificultatea de a oferi constant servicii de bună calitate, relația directă pacient-furnizor (Jakubovski, 1998). Insatisfacțiile au avut drept numitor comun *deficiențe* ale sistemelor de sănătate din diferitele țări, indiferent de tipul acestora, indicând nevoia pentru identificarea de soluții strategice adecvate de eficientizare în scopul îmbunătățirii sănătății la nivel regional și global, mai ales în condițiile enormelor disparități dintre state și grupuri populaționale.

În țara noastră, îngrijirile medicale sunt slab cotate în raport cu standardele europene, în ciuda aderării la UE din 2007. Aceasta ne diferențiază de alte state europene foste comuniste din regiune, care au depășit problemele acute create prin „dezintegrarea îngrijirilor de sănătate în urma colapsul sistemului comunist din 1990” (Mihályi, 2008), reușind performanțe mai bune la nivel de sistem care s-au reflectat asupra utilizatorilor, inclusiv asupra indicatorilor stării de sănătate.

Studiul sistemelor sanitare necesită cunoașterea și abordarea comprehensivă a conceptelor de sănătate și de boală, a determinantilor și a factorilor de influență a acestora (Vlădescu et al., 2004), în contextul piețelor complexe de servicii, programe de sănătate plus produse asociate.

2. Conceptul de evaluare în sănătate

Încă din anii 1960 s-au afirmat o serie de preocupări pentru studiul și aplicarea adaptată a mai multor tipuri de *evaluare economică* în domeniul serviciilor și a programelor de sănătate în încercarea de fundamentare a deciziilor privind diferitele intervenții, astfel: analiza minimizării costurilor, analiza cost – eficacitate, analiza cost – utilitate, analiza cost – beneficiu.

Analiza cost-eficacitate. Neajunsurile teoriei capitalului uman (cuantificarea efectelor programelor prin costuri evitate), au condus la dezvoltarea analizelor cost-eficacitate (Blumenschein, Johannesson, 1996). În cadrul analizelor cost-eficacitate, se măsoară și se compară costurile în bani cu efectele de sănătate în unități nemonetare (cum ar fi numărul de cazuri tratate, numărul de copii imunizați din totalul populației țintă de copii, reducerea presiunii arteriale, ani de viață câștigați datorită intervenției/tratamentului). Scopul analizelor cost-eficacitate este de a maximiza efectele de sănătate pentru un anumit volum de resurse, prin folosirea unui buget fix sau prin utilizarea valorii financiare maxime pe anul de viață câștigat. Numitorul comun pentru toate îl constituie anii de viață pierduți sau câștigați datorită unor intervenții și tratamente ori absenței acestora. Întrucât nu utilizează termeni monetari pentru exprimarea efectelor și câștigurilor în starea de sănătate, această evaluare a devenit o metodă practică frecvent în economia

sanitară; însă pentru a utiliza rezultatele analizelor cost-eficacitate, trebuie estimată valoarea monetară pe care societatea să fie disponibilă să-l plătească pentru un an de viață câștigat. Ulterior, valoarea anilor de viață considerați câștigați se ajustează cu calitatea lor, ceea ce reprezintă o provocare pentru specialiști dar și un progres substanțial în abordarea socio-economică și medicală a creșterii longevității în rândul diferitelor grupuri populaționale.

Analiza cost-utilitate a apărut din nevoia de informație suplimentară pentru interpretarea obiectivă a indicatorilor de mortalitate și morbiditate, ținând cont de teoria utilității din științele economice. Care e impactul bolii asupra unei populații, din punct de vedere medical și al percepției și valorizării date de indivizi? În consecință, care trebuie să fie ținta intervențiilor de sănătate publică? Cum comparăm impactul diferitelor boli, factori de risc și intervenții ce afectează populații diferite, în contextul poverii globale a îmbolnăvirilor? O trecere în revistă a bazelor de date privind povara morbidității arată că: prima a fost dezvoltată de Harvard University pentru Banca Mondială; în anii '90 s-a extins în mai multe țări; în anii 2000, metoda a fost adoptată de OMS și s-a creat baza de date cu 191 țări membre; conceptualizare și măsurători ale **anilor de viață ajustați** calitativ - QALY, în funcție de incapacitate și deces prematur DALY, în funcție de starea de sănătate - HALY și speranța de viață *sănătoasă* la naștere - HALE (Evans et al. WHO, 2004). Exemplificare: relația problemă boală (lovitură la cap), - incapacitate (afectare mintală ușoară) - dizabilitate (dificultăți de învățare) – handicap (izolare socială).

Din prezentarea valorilor relative ale unor afecțiuni frecvente aparținând diferitelor categorii majore de diagnostice, calculate în funcție de gradul de disconfort, dizabilitate și decese premature produse – prin evaluare obiectivă și resimțite de pacienți, se observă numitorul comun al **poverii îmbolnăvirii**, indiferent de categoria bolii și caracteristicile socio-demografice ale pacienților.

Tabel 1. Valori relative atribuite pentru dizabilitate

Denumirea și tipul bolii	Valoare relativă
Cancer terminal	0,8
Orbire	0,6
Schizofrenie	0,6-0,7
Arsuri >60% corp	0,3-0,5
Depresie uni/bipolară	0,6
BOPC simptomatică	0,4
Sindrom Down	0,6
Insuficiență cardiacă congestivă	0,3

Sursa: după Evans et al., World Health Report 2004

În 1977, Weinstein și Stason au utilizat prima dată conceptul QALY în analiza cost-eficacitate a tratamentului hipertensiunii arteriale. Anii de viață sănătoși ajustați cu calitatea, pierduți datorită unei anumite boli sau factor de risc (QALY) reprezintă o unitate standard ce permite comparații între afecțiuni și între

diferite programe de sănătate; se utilizează și DALY (ani de viață sănătoși ajustați cu incapacitatea sau decesul prematur). Starea de sănătate este măsurată obiectiv și subiectiv pe o scală de la 0 = deces la 1 = stare de sănătate deplină; un an de infirmitate/boală petrecut la pat poate avea valoarea 0,2. Acesta se cuantifică după vârsta la care apare boala/decesul, durata și severitatea dizabilității create. Pentru măsurători calitative (autoevaluările pacienților) a fost dezvoltat și validat chestionarul EuroQol EQ 5D. Ponderele QALY se obțin prin metoda scalei de evaluare, metoda ponderării în timp și riscul standard. Rezultatele calculării DALY în România pentru principalele cauze de deces în ordinea frecvenței, sunt prezentate mai jos.

Tabel 2. Anii de viață ajustați cu dizabilitatea (DALY) calculați în România pe cauze, 1998

Grupa de boli	DALY - ani	DALY - %	Cauza	Decese (%)	DALY (%)
1. Bolile aparatului cardiovascular	1.350.203	31,9 %	Cancer	12,4	5,3
2. Tumori maligne	426.951	10,1%	Boli ale inimii	12,3	3,8
3. Tulburări mintale și de comport.	422.853	10%	Accident vasc. cerebral	9,2	3,1
4. Accidente, traumatisme, otrăviri	376.500	8,9%	Infecții respiratorii acute	7,1	6,6
5. Bolile sistemului nervos central	307.684	7,3%	HIV	5,3	6,1
6. Bolile aparatului digestiv	267.621	6,3%	Probleme perinatale	4,4	6,2
7. Bolile aparatului respirator	242.524	5,7%	Diaree	3,8	4,2
8. Boli infecțioase	82.802	1,9%	Depresia	0,03	5,3
9. Malformații congenitale	69.715	1,6%			
10. Boli perinatale	52.317	1,2%			

Sursa datelor: ISP, Raport de studiu DALY, 2002

Se observă dimensiunile poverii bolilor aparatului cardiovascular asupra populației noastre la nivel național, ca primă cauză de morbiditate și mortalitate, cu o pondere maximă a anilor de viață sănătoasă pierduți prin incapacitate și decese premature. Celelalte categorii de afecțiuni induc o pondere mult mai redusă a DALY, datorită frecvenței mai reduse. Pentru analiza cost-utilitate și analiza poverii bolilor se calculează DALY total pe afecțiuni într-o populație, în funcție de: anii de viață pierduți datorită decesului prematur (years of life lost) – YLL pe grupe vârstă: număr de decese X ani ipotetici de viață rămași; anii de viață sănătoasă pierduți datorită dizabilității – YLD, astfel: $DALY = YLL + YLD$. Decesul prematur apare înaintea vârstei așteptate de supraviețuire, luând ca referință speranța de viață a populației celei mai longevive - Japonia: 86,1 ani pentru femei, 78 ani pentru bărbați și 82,6 în medie. (UN, 2011) Dacă la o populație de 100.000 copii sunt afectați o săptămână de dizabilitate cu valoare relativă de 0,3, 2% dintre

copii mor la un an, rezultă că $DALY = 2.000 \times 82,6 + [100k \times (7/365) \times 0,3] = 165.200 + 575 = 165.775$ (Dragomirișteanu et al., 2003).

Iată unele dileme și critici privind rezultatele obținute prin această evaluare economică: Valoarea anilor sănătoși este aceeași la diferite vârste? Valori relative pentru severitatea dizabilităților / incapacității? Care este povara bolii datorate poluării la populații cu diferite grade de dezvoltare? Dar dacă analizăm speranța de viață sănătoasă comparativ cu speranța de viață la naștere per total și pe sexe din câteva țări, se observă diferențe semnificative ce oferă informații utile decidenților din sănătate. Pentru exemplificare am ales câteva țări din analiza comparativă realizată de OMS a speranței de viață sănătoase față de longevitatea totală la naștere; se observă că țara noastră a înregistrat cele mai scăzute valori la ambii indicatori, cu diferențiere semnificativă pe sexe a numărului anilor de viață pierduți prin consecințele bolilor și ale deceselor premature.

Tabel 3. Speranța de viață la naștere în funcție de DALY

Țara	Speranța de viață la naștere	Speranța de viață sănătoasă	Ani de viață pierduți (YLL)	
			B	F
Japonia	81,9	75	6,1	7,5
UK	78,2	70,6	6,7	8,4
SUA	77,3	69,3	7,4	8,5
România	71,4	63,1	7	9,7
Polonia	74,7	65,8	7,5	10,2
Bulgaria	72,2	64,8	6,2	8,5
Slovenia	76,7	69,5	6,1	8,2

Sursa datelor: WHO, World Health Report 2004.

Analiza cost – beneficiu este deosebit de dificilă și rareori utilizată în economia sanitară întrucât atât eforturile pentru un serviciu sau program de sănătate, cât și rezultatele acestuia, sunt cuantificate în bani. Avantajul metodei este dat de faptul că, exprimând atât costurile cât și beneficiile în bani, se creează numitorul comun pentru a compara orice tratamente, programe sau intervenții. Practic, această evaluare încearcă să acopere neajunsurile analizelor de tip cost-eficacitate și cost-utilitate. Însă rezultatele și mai ales impactul în timp al unor tratamente și intervenții sunt relativ greu de prevăzut și estimat în termeni financiari, mai ales datorită faptului că indivizii valorizează diferit propria stare de sănătate. Aplicarea metodei la programele alternative de educație pentru sănătate și schimbare comportamentală este imposibilă datorită estimării și cuantificării cu marje de eroare acceptabile a rezultatelor pe termen lung – impact.

Datele de cost ale spitalelor la nivel de pacient, proceduri și servicii - consultații și tratamente în ambulatoriu, reprezintă elemente esențiale în evidența costurilor, bugetare și evaluarea economică. În perioada 1973–2000, OMS a colectat și corelat date de cost de la mai multe spitale și centre de sănătate din 49 țări, construind o complexă bază de date cu 2.173 inputuri (Adam et al., 2003).

Deși țările realizează propriile studii de costuri spitalicești, s-a ridicat întrebarea dacă ar fi posibilă previziunea costurilor unitare într-o manieră standardizată, ceea ce ar permite și comparații. Astfel, modelul ar putea folosi și la previziunea costurilor spitalicești în țări unde aceste date nu sunt încă disponibile. Au fost identificate însă nouă caracteristici cheie ale unui proces de stabilire a priorităților: calcularea și folosirea nivelurilor minimale standard, utilizarea celor mai bune dovezi, claritate, consistență, criterii măsurabile, diseminarea informațiilor, reprezentativitate, aliniere la direcția strategică de acțiune și evaluarea rezultatelor. Factorii care influențează prioritar alocarea resurselor pentru spitale sunt opțiunile politice și capacitatea, cultura și reputația organizațională.

Analiza costurilor ajută decidenții la compararea abordărilor alternative în controlul bolilor cu frecvență și impact semnificativ în rândul populației; de exemplu, depistarea și tratarea corespunzătoare a hipertensiunii în ambulatoriu, comparativ cu dispensarizarea slabă și spitalizare.

Pentru înregistrarea, calculul și analiza costurilor se utilizează tehnici de măsurare și alocare a cheltuielilor directe și indirecte, printr-un proces complex de colectare, manipulare și generare a datelor, pentru a le aduce la nivelul de costuri pe servicii. Ca tehnici de management financiar, calcularea și analiza costurilor ne conferă datele necesare luării unor decizii mai informate în legătură cu investițiile operaționale și infrastructurale. Dacă sunt structurate și calculate în mod corect, datele de cost conferă performanțe operaționale pe centre de cost și de venituri (secții, compartimente etc.), permițând comparații relevante mai ales față de nivelurile așteptate pentru a identifica domeniile cu probleme ce necesită atenție și intervenție rapidă. Buna cunoaștere a costurilor ajută la planificarea realistă a bugetului și la programarea unor plăți și co-plăți ale pacienților. Spitalele pot stabili tarife și plăți bazate în mod realist pe costuri numai dacă sistemul de calcul le permite o alocare exactă și corectă atât a costurilor directe, cât și a celor indirecte de la toate centrele de cost către centrele de venit. Procesul de calcul al costurilor mai este valoros pentru conducere prin faptul că relevă care sunt secțiile profitabile și în pierdere, monitorizează costurile și avertizează asupra problemelor.

Această abordare se poate aplica diferențiat la nivelul tuturor spitalelor publice județene, universitare sau monospecialitate - pediatrie, maternități, psihiatrie, tuberculoză etc.

Însă rezultatele evaluării depind direct de calitatea informațiilor. Pentru evaluările care au drept scop fundamentarea politicilor, serviciilor și reformelor sistemului sanitar, este necesară stabilirea unui mecanism suplă și corect de colectare a datelor și a dovezilor de înaltă calitate, în cadrul unui sistem complet de indicatori pentru toate componentele și sarcinile sistemului de sănătate. Integrarea politicilor UE la nivel național și dezvoltarea de programe de sănătate și intervenții adecvate necesită și o bună colectare, prelucrare, analiză și raportare la timp a informațiilor de profil în bazele de date oficiale EUROSTAT, OMS, OECD și ECHIM, asigurându-se periodic prezentări sintetice de situație atât decidenților din România, cât și opiniei publice (Dragomirișteanu, Mihăescu-Pinția, 2010). Aceasta ar asigura atât transparența datelor țării noastre privind sănătatea, cât și compatibilitatea cu sisteme europene și internaționale de management al

informațiilor de specialitate și astfel, comparabilitatea cu celelalte țări la diferenții indicatori, facilitând participarea României la o serie de proiecte de cercetare și acțiuni comunitare cu beneficii pe termen mediu și lung.

3. Analiza stării de sănătate a populației României în context european

Evaluarea comprehensivă a stării de sănătate a populației constituie nu doar un prerogativ al experților sistemelor de sănătate, ci și un element esențial pentru planificarea strategică în vederea dezvoltării umane și economice a națiunii după criterii fezabile. Sănătatea constituie atât o valoare în sine, cât și o caracteristică esențială a capitalului uman prin dimensiunea biologică ce contribuie major la competitivitatea față de celelalte state (Albert, Köhler, 2004). Nivelul, distribuția și tendințele stării de sănătate a românilor, privite în ansamblul familiei statelor europene, reprezintă un reper important și o prioritate pentru formularea politicilor publice.

Însă evaluarea comprehensivă a stării de sănătate a unei populații reprezintă un demers dificil, în principiu datorită multiplelor componente care o descriu; pentru a contura o imagine relevantă asupra stării de sănătate se iau în considerare indicatorii obiectivi consacrați ai aspectelor populaționale demografice, de morbiditate și de mortalitate specifică, inclusiv cauzele mortalității evitabile, precum și aspectele subiective prin autoevaluarea stării de sănătate, calitatea anilor de viață câștigați și percepțiile oamenilor față de serviciile de sănătate primite.

Un studiu recent al OECD și CE a indicat variații semnificative la nivelul stării de sănătate a populațiilor din țările Europei și al rezultatelor diferitelor sisteme de sănătate, însă observându-se și unele aspecte comune: în cadrul UE mortalitatea prematură s-a redus constant și semnificativ, speranța de viață la naștere a sporit, cheltuielile pentru sănătate au crescut mai rapid decât economiile țărilor, consumul de tutun și alcool a scăzut per ansamblu, în timp ce obezitatea și supraponderabilitatea afectează peste jumătate din adulții UE (OECD-EC, 2010).

Dacă în anii 1960, starea de sănătate a cetățenilor români era comparabilă cu cea a vesticilor europeni (Vlădescu et al., 2008), în perioada următoare a fost puternic afectată de regimul politic totalitar, nivelul de trai și calitatea serviciilor medicale, rezultând într-o longevitate redusă, o rată înaltă a mortalității generale, materne și infantile, un nivel precar al sănătății reproducerii, mamei și copilului, o incidență ridicată a unor boli transmisibile; în decursul tranziției după 1989, starea de sănătate a înregistrat o degradare rapidă care situează România astăzi pe unul dintre ultimele locuri din Europa, spre deosebire de alte state foste socialiste și la mare distanță de țările nord-vestice.

Situația demografică din ultimii 20 de ani indică o evoluție defavorabilă a componentelor majore ale dinamicii populației - natalitatea, mortalitatea și migrația externă, ceea ce a condus la scăderea accentuată a populației României și la deteriorarea structurii pe grupele de vârstă. Din păcate, sistemul sanitar nu a reușit să influențeze factorii politici în privința stopării derapajului demografic și îmbunătățirea indicatorilor stării de sănătate a populației până la niveluri

comparabile cu mediile UE, în ciuda numeroaselor avertizări și a unei bune cunoașteri a situației.

Pentru conturarea specificului stării de sănătate actuale a populației noastre, vor fi analizate caracteristicile și tendințele următoarelor componente: natalitatea, fertilitatea, avorturile, mortalitatea generală, mortalitatea pe principalele cauze medicale de deces, mortalitatea maternă, mortalitatea infantilă, sporul natural, speranța de viață la naștere, morbiditatea.

Natalitatea. Principalii factori care determină nivelul și dinamica natalității dintr-o țară sunt: veniturile și condițiile de trai, credințele religioase predominante, politica demografică, starea de sănătate generală și reproductivă, vârsta și modelele predominante de viață ale populației, măsurile de susținere a copiilor și familiei.

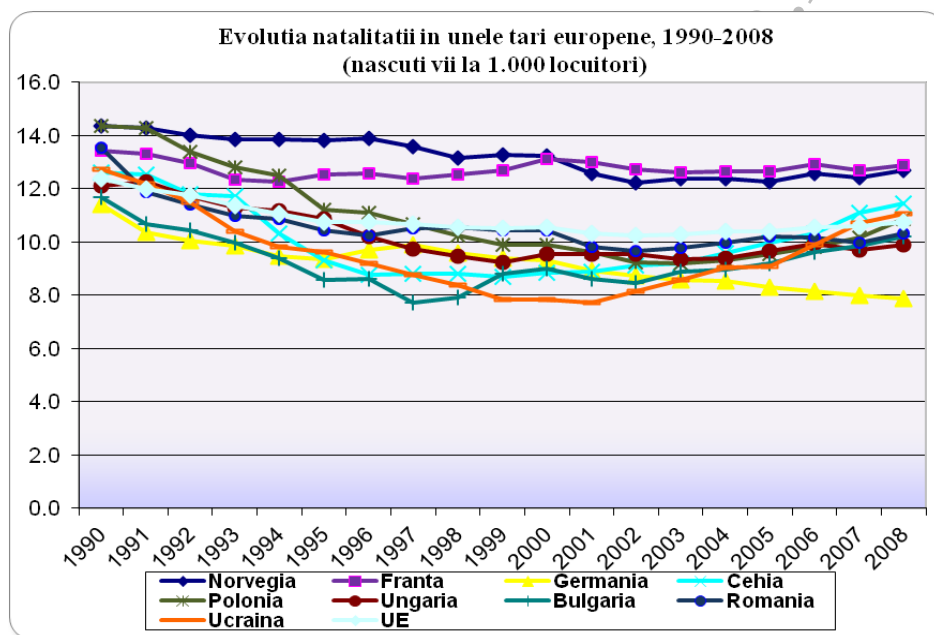


Fig. 1. Evoluția natalității din unele țări europene în perioada 1990-2008
Sursa datelor: WHO, Regional Office for Europe, HFA-db 2011

Indicele mediu național al natalității a scăzut de la 21,1 nou născuți la 1.000 locuitori în anul 1970 la 13,6‰ în anul 1990, ajungând la cel mai redus nivel de 9,7‰ în 2002 și revenind ușor până la 10,4‰ actualmente, comparabil cu media UE de 10,8‰. Dacă Irlanda și Islanda se disting la nivel european prin nivelul ridicat al natalității (16,7‰ și 15,8‰), la polul opus se află Germania cu 8,1‰ și Austria cu 9,1‰. În plan teritorial intern, cele mai mici valori ale indicelui natalității s-au înregistrat în județele Teleorman, Hunedoara, Olt, Gorj, Vâlcea și Brăila (între 8,3 și 8,7 nou născuți la 1000 locuitori), iar maximele aparțineau județelor Ilfov și Iași (cu 13,1‰ și 12,1‰) (CNOASIIDS, 2010). În general, natalitatea prezintă un nivel mai crescut în mediul rural decât în urban și în rândul etniei rome decât la nivelul populației majoritate și al celorlalte etnii.