

Coordinate de bază ale economiei de piață moderne funcționale și competitive

dr. Ioan BRATU

În vederea creării unei economii de piață funcționale și competitive în România, considerăm că trebuie să se țină seama de experiența țărilor cu o economie de piață modernă. Astfel pot fi surmontate o serie de obstacole și scurta perioada de tranziție cu efectele ei nefaste asupra populației țării, precum și a crea condițiile pentru dezvoltarea unui veritabil parteneriat atât cu țările candidate, cât și cu țările membre ale Uniunii Europene.

În acest context, apreciem ca absolut necesar, să prezentăm succint principalele coordinate sau trăsături ale economiei de piață.

Scopul unei economii de piață moderne, sănătoase este de a produce bunuri, presta servicii și de a distribui veniturile rezultate de aici, într-o manieră acceptabilă din punct de vedere economic și social.

În economia de piață modernă există un consens general față de producția de bunuri și servicii, ca primă sursă a satisfacerii nevoilor oamenilor și cea mai vizibilă măsură a realizării lor pe plan social.

În toate țările cu economie de piață avansată există preocuparea fermă, atât pentru a oferi bunuri și servicii, cât și locuri de muncă, ca surse primare de satisfacere a nevoilor oamenilor.

Economia de piață și mecanismele ei de funcționare s-au dovedit a fi excelente stimulatoare ale creșterii economice. În acest sens, remarcăm rezultatele economice ale țărilor care au folosit temeliile

economiei de piață. Capacitatele sale de progres, componentele și mecanismele pieței, au determinat ridicarea generală a standardului de viață al oamenilor, marcând astfel un semnificativ progres social.

Țările cu o economie de piață avansată, produc bunuri și servicii într-un mod competent și performant. Ele se bazează pe următoarele trăsături esențiale: existența statului democratic, preponderența proprietății private în economie, libertatea economică, autonomia agenților economici, sistem integrat de piețe libere, dezvoltarea economiei pe baza celor mai noi cuceriri ale științei și tehnologiei, promovarea și stimularea concurenței, existența unui sistem instituțional eficient.

1. Statul democratic, de drept

Economia de piață modernă, se bazează pe existența statului democratic și intervenția sa în economie, deși forțele pieței și centrele private de decizie rămân hotărâtoare. Statul nu se substituie pieței, ci urmărește să-i corecteze disfuncțiile. Piața răspunde îndeosebi semnalelor pe termen scurt, indicațiile ei nu pot fi folosite la necesități pe termen lung. În absența unor constrângeri, acțiunea brutală a forțelor pieței ar putea conduce la inegalități grave, la neglijarea satisfacerii necesităților sociale, la distrugerea mediului înconjurător și chiar la consumarea într-un termen scurt a resurselor esențiale pentru viitor. Astfel, inter-

venția statului în economie derivă inherent din slăbiciunile și eșecurile pieței, din imposibilitatea acesteia de a satisface cerințele funcționării echilibrate și eficiente a întregului complex economic național.

Corecția situațiilor de eșec ale pieței se face prin mijloace diverse. Această intervenție trebuie să fie însă compatibilă cu întărirea manifestării funcției reglatoare a pieței. Este important ca intervenția să contribuie la consolidarea pieței și nu la inhibarea funcționării mecanismelor acesteia.

Eșecurile pieței în economiile în curs de dezvoltare și în tranziție sunt mai mari decât în țările dezvoltate, iar capacitatea statului, respectiv a guvernului, de a corecta aceste eșecuri de piață este mai redusă.

În sens larg, rolul guvernului în SUA – Joseph E. Stiglitz, 1998 – este de a promova educația și tehnologia, de a sprijini sectorul finanțier, de a investi în infrastructură, de a preveni și proteja degradarea mediului, de a crea și menține rețele de asigurări sociale. Aceste roluri se cer îndeplinite în toate tipurile de economii. În țările în curs de dezvoltare și în tranziție guvernelor le revin, în plus, și alte funcții speciale. În aceste țări, multe piețe și informații lipsesc, iar piețele funcționează mai puțin eficient decât în țările cu economie de piață modernă, datorită schimbărilor rapide ale mediului economico-social.

Libertatea implicată de democrație nu exclude autoritatea instituțiilor statului, fără de care derularea vieții economice și sociale nu ar putea avea loc.

Există organisme și structuri vitale ale unei societăți moderne, care trebuie să funcționeze în interesul statului, al cetățenilor săi. Un stat eficient este vital pentru furnizarea bunurilor și serviciilor, regulilor și instituțiilor care permit piețelor să înflorescă și oamenilor să trăiască la un standard de viață ridicat. Fără el,

dezvoltarea sustenabilă, atât economică, cât și socială este imposibilă.

În lume nu există o economie de piață "pură" – o economie în care toate deciziile economice sunt luate pe piețele libere. Toate economiile moderne de piață sunt "mixte" deoarece în orice societate modernă statul – ca reprezentant al interesului național – are prin funcțiile sale un rol important. Astfel, statul trebuie să stabilească și să supravegheze respectarea regulilor desfășurării activității economice și sociale.

Îmbinarea mecanismului economic, de piață cu rolul economic al statului, explica în mare măsură, succesele înregistrate de țările capitaliste în perioada postbelică.

Pentru ca o economie bazată pe jocul liber al forțelor pieței să funcționeze bine, autoritățile statului asigură:

- garantarea efectivă a proprietății private;
- manifestarea cât mai deplină a concurenței și a liberului schimb;
- existența unui cod bine ordonat de reglementări, care să guerneze intrarea și ieșirea agenților economici în și din piață;
- elaborarea și aplicarea unui sistem de protecție socială etc.

Statul de drept este garantul bunei funcționări a instituțiilor economice și juridice specifice economiei de piață. Statul legiferează și apără structurile economice globale, care răspund intereselor generale ale cetățenilor, ale națiunii.

Evoluțiile din ultimii '80 de ani, subliniate Joseph E. Stiglitz, au arătat că acțiunile statului democrat, ale guvernului, dacă sunt bine elaborate, pot îmbunătăți standardul de viață oriunde există imperfecțiuni de informație și competiție sau piețe incomplete – probleme care apar în toate economiile, dar mai ales în cele aflate în perioada de tranziție, de crize acute și prelungite. Experiența arată că

statul este important pentru dezvoltarea economică și socială, nu atât ca producător direct de bunuri și servicii, ci mai ales ca partener, catalizator și favorizant, ceea ce face ca un stat eficient să difere de la țară la țară, de la o etapă de dezvoltare la alta.

În vederea creșterii nivelului de viață, acțiunea statului trebuie să urmărească două criterii: să se adreseze unor imperfecțiuni serioase de pe piață; și să fie elaborate destul de eficiente, astfel încât beneficiile să depășească costurile lor.

Funcționarea mecanismelor pieței, presupune un efort permanent al statului în vederea elaborării și perfecționării reglementărilor legislative și a cadrului instituțional necesar aplicării acestora în practică.

Aria, limitele și efectele acțiunilor economice ale statului, în realizarea unor obiective de interes general, ca și a unor obiective economice specifice, sunt determinate atât de funcțiile statului, cât și de extinderea sectorului privat în economie.

2. Preponderența proprietății private în economie

Capitalismul a proclamat proprietatea privată ca un principiu de bază al societății și a dat un conținut general cu-prințător acesteia, iar indivizilor libertatea de acțiune.

În economia de piață modernă, dreptul de proprietate este considerat un drept fundamental din care derivă celelalte drepturi.

Pentru ca o economie bazată pe jocul liber al forțelor pieței să funcționeze bine, proprietatea trebuie să fie garantată, concurența și liberul schimb trebuie să fie o realitate, trebuie să existe un cod de regulamente care să guverneze intrarea și ieșirea de pe piață a firmelor.

Inviolabilitatea dreptului de proprietate al fiecărei persoane și apărarea acestui

drept, sunt principii de acțiune ale statului democrat, în condițiile economiei de piață.

Proprietatea privată este condiția necesară pentru obținerea eficienței, pentru că ea a fost și este socrată, cu deplin temei, imboldul și motivația, de fond, a acțiunii agenților economici. Voința, energia, talentul, competența, responsabilitatea etc., nu sunt deplin exprimate și consumate, decât dacă individul este stăpân pe roadele muncii sale, pe termen lung.

Proprietatea privată incită la mai mult efort util societății, atât prin ceea ce se poate dobândi cu ajutorul ei, cât și deseori, prin satisfacția față de posesia în sine pe care o acordă.

Proprietatea privată, sub diferitele ei forme de organizare, a mărit considerabil libertatea de acțiune, sporind substanțial gradul de implicare și de responsabilitate a oamenilor în activitatea economică, potențând și ridicând performanțele obținute.

Preponderența proprietății private asupra bunurilor, serviciile, factorilor de producție în economie, reprezintă o condiție esențială a manifestării legilor obiective și mecanismelor economiei de piață, a libertății economice.

Faptul că proprietatea privată este dominantă nu exclude existența și a altui tip de proprietate, proprietatea publică. Mai există și o proprietate mixtă rezultată prin combinarea acestor două tipuri de proprietate, care rămân tipurile fundamentale de proprietate din punct de vedere economic.

Locul și rolul formelor de proprietate depend de eficiența fiecărei dintre ele.

3. Libertatea economică

Proprietatea privată este considerată cea mai importantă garanție a libertății economice, care reprezintă nucleul economiei de piață moderne.

În esență, libertatea economică se

manifestă în dreptul, în împurnicirea proprietarului de a adopta decizii libere în orice problemă care privește acțiunile sale economice și bunurile care constituie obiectul proprietății lui.

Libertatea economică este legată de asigurarea existenței și cuprinde libera inițiativă privată, libertatea de a încheia contracte, libertatea de a-și alege profesia, locul de muncă etc.

Economia de piață reprezintă o formă modernă de organizare și funcționare a activității economice, în care oamenii acționează în mod liber, autonom și eficient, în concordanță cu favorabilitățile și regulile universale și dinamice ale pieței, fapt ce face posibilă valorificarea maximă a resurselor limitate existente pentru satisfacerea nevoilor și dorințelor umane nelimitate.

Libertatea economică le oferă oamenilor posibilitatea de a căuta și de a testa mereu noi metode de producție, de conducere și organizare a activității economice, noi căi de a produce bunuri de înaltă calitate, contribuind la apariția și dezvoltarea inovațiilor – principala forță motrice a dezvoltării economiei.

Libertatea economică exprimă libertatea agentilor economici de a acționa pentru realizarea propriilor interese, cum consideră că este mai bine, dar cu condiția ca prin ceea ce fac să nu afecteze libertatea de acțiune a celorlalți. Agentul economic nu poate însă să facă orice dorește datorită legilor juridice care interzic anumite activități considerate ilegale sau care stabilesc anumite obligații pentru toți agentii economici.

Libertatea economică se concretizează în drepturile agentilor economici de a stabili profilul și ampioarea activităților de a dezvolta, menține sau restrâne activitățile lor economice, de a se angaja liber în operațiuni de schimb și de a adopta deciziile pe care le cred de cuvîntă.

Libertatea economică aplicându-se în mod egal tuturor, pune în evidență deo-

sebirile de eficiență între agenții economici, care pornesc de la diferențele de pregătire profesională, disciplină, capacitate intelectuală și de risc etc. care fac să se afirme pe piață numai valorile, adică agenții economici competitivi.

Libertatea economică este cea care face posibilă și benefică concurența între producătorii de bunuri și servicii, impulsând spiritul novator și obligând la o bună gestionare a activității economice.

Între proprietate și libertatea economică există relații de intercondiționare. Astfel, dacă proprietatea este individuală se dezvoltă libertatea economică, care favorizează creșterea eficienței activității economice și, în consecință, consolidarea proprietății private. Dacă însă proprietatea este comună, depersonalizată libertatea economică este îngădătită, se reduce la minimum motivația muncii și rezultatele procesului economic.

Sistemul economic de piață, generează libertatea economică, favorizează libertatea politică și separă puterea economică de puterea politică, permitând în acest fel existența uneia în afara celeilalte.

4. Autonomia funcțională a agentilor economici

În timp ce diviziunea muncii impune schimbul, autonomia îl face posibil, iar ca să fii autonom trebuie să fii proprietar privat. Schimbul, indiferent de obiectul lui, este un schimb de proprietate.

Autonomia desemnează independența agentului economic de a dispune și beneficia de toate avantajele care decurg din activitatea desfășurată și de a-și asuma toate riscurile.

Autonomia agentilor economici se concretizează în exercitarea efectivă a drepturilor tehnico-economice, financiare și administrative pe care aceștia le au, în scopul gestionării cu maximum de eficiență a mijloacelor de care dispun. Ea

presupune ca agenții economici să disponă de mijloace fixe și circulante proprii, să întocmească bugete proprii de venituri și cheltuieli, să întrețină relații economico-financiare și juridice între ei și cu alte unități, să aibă libertatea deplină în luarea deciziilor privind utilizarea resurselor materiale, financiare și umane, să orienteze și să controleze întreaga activitate în vederea obținerii de profit cât mai ridicat.

Profitul reprezintă mobilul principal al activității fiecărui agent economic. Urmărirea propriului interes de către fiecare agent economic, generează și cea mai bună performanță pentru ansamblul economiei. Dacă acest mobil nu este urmărit, funcția de autoreglare a pieței devine mult mai greu de îndeplinit: prețurile își pierd, până la anulare, relevanța lor de semnale principale, în funcție de care sunt alocate resursele în economie.

Urmărirea maximului de profit nu este însă în orice context generatoarea celei mai bune performanțe pentru ansamblul economiei, datorită așa-numitelor situații de "eșecuri ale pieței", cum sunt:

- concurența imperfectă care crează premisele stabilirii unor prețuri artificiale care își pierd rolul de semnal corect pentru alocarea resurselor în economie;
- generarea de externalități negative, cum ar fi, de pildă, poluarea mediului;
- menținerea unor practici anticoncurențiale de către stat prin subvenții și ajutoare acordate unor agenții economice etc.

Pentru ca maximizarea profitului să devină mobilul principal al activităților agenților economici este însă nevoie de proprietari identificabili, care să aibă o miză materială personală în performanțele întreprinderilor. De aici decurge necesitatea unui sector privat larg, majoritar în orice economie de piață funcțională.

Este firesc, natural și obiectiv din punct de vedere economic ca factorii de

produție să primească cea mai bună utilizare posibilă. Aceasta este de fapt sensul progresului.

5. Sistem integrat de piețe libere

Piața exprimă relații de schimb foarte ample și în continuă diversificare. În general, piața exprimă raportul dintre oferta și cererea de bunuri economice (corporale și necorporale), prima fiind forma de manifestare a producției în condițiile economiei de piață, a doua exprimă nevoile umane solvabile, însoțite de capacitatea oamenilor de a cumpăra mărfurile oferite și care se dovedesc a fi convenabile pentru ei.

Prin prisma naturii și corelării funcțiilor agenților economici, apar mai multe tipuri de piețe interdependente între ele: piața bunurilor și serviciilor, piața factorilor de producție – a forței de muncă și a capitalurilor, piața titlurilor de valoare și piața monetară.

Pentru ca piața să poată să funcționeze ca un mecanism de alocare și utilizare eficientă a resurselor, de organizare, de gestionare și de reglare a economiei, sunt necesare existența și funcționarea simultană integrată a acestor tipuri de piață. Altfel, economia poate ajunge prin dezechilibre și blocaje la un impas. Mecanismul pieței, respectiv mecanismul prețurilor care operează prin acțiunile cererii și ofertei, trebuie să acționeze simultan pe toate aceste piețe diverse, dar interdependente, ca elemente constitutive ale reproducției sociale.

O economie de piață modernă – a afirmat Mugur Isărescu, 2000 – înseamnă piețe integrate care nu pot funcționa fără instituții și informații.

Economia de piață funcțională presupune realizarea unității dintre piețele factorilor de producție și cele ale bunurilor de consum personal, dintre piețele reale și cele fictive, dintre piețele monetare,

financiare și ale capitalurilor. Numai în aceste condiții, piața este capabilă să transmită întreprinderilor semnale adevărate privind consumurile, personalul, folosirea resurselor, costurile și prețurile.

Societatea nu are ce face cu producția fără piață, iar bugetul nu are cum să sporească dacă produsele nu se vând. Numai creșterea producției în întreprinderi pe baza comenzi date de piață este beneficiu pentru societate.

Pe piețele normale se fabrică numai ceea ce se cere și numai ce se poate vinde. Acest lucru nu-l hotărăște producătorul, ci îl hotărăște piața.

Piața are contradicții inerente. Un agent economic este în același timp consumator și producător. Când este consumator, agentului îi convine economia de piață, pentru că are ce produse să aleagă și prețurile sunt cele convenite. Când este producător, agentului nu-i convine economia de piață. Astfel, dacă produce mărfuri de proastă calitate sau scumpe, nu îl cumpără nimeni și dă faliment. Alt agent, poate produce mai bine și mai ieftin. Chiar dacă afacerea merge bine, producătorul trebuie să lupte continuu pentru a ține pasul cu alte firme. Pentru producători piața este și o amenințare permanentă.

Piața dictează prețul. Aceasta este însă valabil pentru micul producător, nu și pentru firme mari, monopoluri sau oligopoluri. Deci piața nu este perfectă.

Firmele foarte mari se autoreglează, determinând și prețul produselor lor.

Dacă, într-o perioadă de timp, gusturile clientilor se schimbă, întreprinderile trebuie să observe imediat acest lucru și să depună toate eforturile pentru a restructura producția în direcția adecvată.

Piața elimină imediat producătorii care nu țin seama de cerințele în continuă schimbare a acestia. Procesul de corecție poate fi dureros. Piața este un mecanism care se autocorectează. Este flexibilă, autoreglabilă, de aceea sistemul

economiei de piață, poate și chiar a supraviețuit, multor crize și încercări.

Pe termen lung, piața are un mecanism intern, care asigură astfel modificarea structurii pe ramuri a producției, o dată cu progresul tehnologic și cu modificările în preferințe clientilor.

Piața are ca suprem criteriu eficiența economică.

6. Dezvoltarea economiei pe baza celor mai noi cuceriri ale științei și tehnologiei

Economia mondială, în general, și în deosebi economia țărilor puternic dezvoltate, în special, se confruntă cu ample și rapide schimbări, generate de impulsul revoluției științifice și tehnice și ale transformărilor economice, politice și sociale, toate aflându-se sau fiind determinate de intervențiile managerilor din toate domeniile (politic, economic, social) și de la toate nivelurile organizatorice (macro, mezo și microeconomic).

Economia de piață modernă a luat naștere și s-a dezvoltat, având la bază tehnologiile moderne de fabricație. Progresul tehnico-științific a fost factorul hotărâtor al sporirii continue a ofertei de mărfuri și servicii, al menținerii nivelului ei ridicat, ca regulă de bază a funcționării economiei de piață.

Știința și tehnologia au devenit o resursă economică principală de dezvoltare a societății. Ele au contribuit la creația unei game largi de opțiuni în domeniul bunurilor și serviciilor de consum și al stilurilor de viață, la ridicarea productivității și bunăstării.

Economia de piață are la temelie tehnologiile moderne care permit producții în care se integrează noile cuceriri ale științei și tehnicii, fapt ce face posibilă valorificarea maximă a resurselor limitate existente pentru satisfacerea nevoilor și dorințelor umane nelimitate.

Mobilul combinării și utilizării factorilor

de producție, al modernizării lor în concordanță cu noile cuceririi ale științei și tehnicii, constă în obținerea de produse de calitate superioară și cu costuri cât mai mici, ceea ce înseamnă câștiguri, profituri cât mai mari.

Capacitatea progresului tehnic de a se autoîntreține, în virtutea căreia fiecare pas înainte îl facilitează, atât pe cel următor, cât și ceilalți pași noi, impulsionează accelerarea inovațiilor tehnice.

Este un fapt dovedit, că nivelul de dezvoltare al unor țări este direct proporțional cu modul în care își protejează și valorifică inventiile, mărcile, designul și drepturile de autor. Nu este deci întâmplător, faptul că numărul cel mai mare de cereri de protecție a inventiilor, mărcilor, designului sunt depuse în ordine de țări ca SUA, Japonia, Germania.

O dată însă cu progresul științific și tehnic cresc și efectele secundare concretizate în diferite forme de poluare.

În fața unei game de noutăți mai diversificate, problemele selecției devin tot mai acute, fiind nevoie de criterii mult mai subtile nu numai pentru a împiedica și evita dezastrele, dar și pentru a descoperi șansele viitoare.

7. Protejarea și stimularea concurenței

Proprietatea privată duce la eficiență pentru că ea permite și stimulează concurența.

Concurența desemnează o situație de referință în cadrul căreia are loc o confruntare liberă între agenții economici, atât la nivelul cererii, cât și al ofertei, de bunuri de consum, servicii, materii prime, forță de muncă și capital. Ea creează câmp liber de acțiune legii, cererii și ofertei, favorizând o repartiție optimală a factorilor de producție și determinând progresul economic. Ea contribuie la realizarea a cel puțin două obiective: de a preveni ineficiența și de a ridica nivelul

general de performanță economico-sociale și de a spori bunăstarea prin oferirea posibilității opțiunilor, reducând la minimum exploatarea monopolistă.

Concurența reprezintă singura modalitate de a asigura relevanța semnalelor date de prețuri pentru orientarea alocării resurselor în economie.

Concurența exercită o presiune permanentă pentru scăderea prețului, restrângerea costurilor de producție și comprimarea profiturilor. În același timp, ea contribuie la largirea pieței, deoarece cantitatea cerută de consumator este, cu atât mai mare, cu cât prețul este mai mic. Astfel, piața se echilibrează pentru prețul care permite egalizarea cantității cerute de consumatori cu cea oferită de producători.

Concurența are un rol esențial în menținerea flexibilității pieței bunurilor și serviciilor.

Sub presiunea concurenței și urmărind obținerea profitului agenții economici sunt obligați să introducă progresul tehnic în toate fazele activității: producție, organizare, aprovizionare, desfacere etc., să investească în cercetarea științifică, să migreze dintr-o ramură în alta etc.

În țările dezvoltate se urmărește cu consecvență generarea de concurență, pentru agenții economici aflați în situația de a exercita o anumită dominație pe piață, mai degrabă decât punerea acestora sub controlul autorităților sau preluarea de către autorități (prin întreprinderi publice) a sarcinii de furnizare a bunurilor și serviciilor, a căror piață poate fi distorsionantă.

Menținerea unei concurențe libere, loiale, nedenaturate, reprezintă unul dintre elemente de bază ale funcționării pieței.

Ajutoarele de stat sunt incompatibile cu piața concurențială, în măsura în care afectează schimburile libere de mărfuri pe piața internă sau pe cea externă.

Deși ajutoarele de stat prezintă avantaje incontestabile pentru agenții econo-

mici totuși pot frâna libera concurență, împiedicând repartizarea mai eficace a resurselor, constituind astfel o amenințare pentru funcționarea pieței concurențiale.

Dacă profitul este rezultatul scontat de întreprindere, el își are originea în aptitudinea firmei de a obține beneficii. Aceasta se bazează pe competitivitatea întreprinderii, adică pe capacitatea ei de a face față concurenței. Această aptitudine nu se măsoară printr-un criteriu unic, ci rezultă dintr-un ansamblu de elemente care fac ca întreprinderea să se găsească într-o situație favorabilă în fața concurenților săi: preț, calitatea produselor, calitatea serviciului post-vânzare, dar și capacitatea de adaptare la mutațiile cererii consumatorilor sau la inovațiile altor întreprinderi.

8. Existența unui sistem instituțional eficient

Economia de piață modernă se bazează pe instituții politice, economice și sociale adecvate.

În esență, necesitatea instituțiilor derivează din: manifestarea permanentă a incertitudinii în viața economică și socială care poate avea efecte pozitive, dar mai ales negative asupra dezvoltării; amplificarea entropiei în sistemele economice și sociale; menținerea echilibrelor în procesul dezvoltării economice și sociale; reducerea costurilor culegerii, prelucrării și interpretării informațiilor; ridicarea performanțelor desfășurării activităților economice și sociale.

Procesele economice reale și cele nominale, nu se pot desfășura în condiții de raționalitate și eficiență, fără un sistem instituțional compus dintr-o rețea extinsă de instituții și organizații însărcinate cu aplicarea regulilor de conduită, cât și a mecanismelor economico-sociale. În cadrul sistemului economic instituțiile formează pilonii, structura de rezistență pe care se sprijină întregul edificiu eco-

nomic, inclusiv mecanismul de funcționare a economiei.

În țările cu o economie de piață modernă există o structură instituțională bine stabilită.

Instituțiile determină misiunea, structura și modul de funcționare a sistemului economic și social. Pentru a se produce modificări în sistemul economico-social trebuie, neapărat, să aibă loc, în prealabil, transformări adecvate în sistemul instituțional.

Instituțiile reprezintă un element de administrare, de conducere, de vizuire pe termen lung, de cooperare și coeziune socială, de asumare a răspunderii. Acestea le revine misiunea să elaboreze și să implementeze strategii și politici pe termen lung, mediu și scurt, care să ofere cetățenilor un sens clar, pragmatic și consecvență în desfășurarea proceselor economice și sociale, încredere și fermitate în acțiunile inițiate și rezultatele obținute.

Instituțiile – subliniază Douglas North 1990 – reprezintă regulile jocului în societate, respectiv setul de orientări, constrângeri și stimulente care modulează interacțiunile umane și facilitează cooperare socială. El arată că instituțiile contribuie la reducerea incertitudinii prin folosirea unor structuri relativ stabile. Ele îndeplinesc un rol de orientare a activității economice, de convergență și consolidare a interacțiunii umane. Astfel, instituțiile colectează, prelucrează și transmit informații prin diferite canale, încât oamenii se pot bizui unii pe alții, în vederea realizării unor scopuri specifice, mărzind probabilitatea ca planurile lor să fie coordonate.

Instituțiile, ca structură de constrângeri și stimulente în societate, reprezintă soluții ale procesului de cooperare socială. Ele au o deosebită importanță în asigurarea coordonării activităților economice și sociale prin intermediul pieței. Piața însăși este privită ca proces instituțional, în cadrul căruia indivizi interacționează, în urmărire unor obiective individuale separate.

Structura de reguli existentă este supusă opțiunilor instituționale, în scopul maximizării oportunităților de creștere a bunăstării agenților economici. În principal, bunăstarea acestora decurge din activitatea economică și este condiționată de eficiența schimburilor economice pe care agenții le desfășoară.

Structura instituțională este creată și pusă în serviciul activității economice, pentru a asigura buna ei funcționare și totodată, de a veni în sprijinul consumatorului de bunuri și servicii, precum și de a asigura reglarea și echilibrul economiei în ansamblu.

În prezent, în țările cu o economie de piață dezvoltată există înțelegerea faptului că performanța economică este de-

pendentă de cadrul instituțional. Acolo există preocuparea permanentă, pentru evaluarea și perfecționarea diferitelor structuri instituționale, ce se formează ca rezultat al activității economice. Se caută identificarea acelor configurații instituționale, capabile să susțină ridicarea performanțelor economice.

Starea și dinamica activității economice, volumul și evoluția rezultatelor obținute reprezintă cel mai sigur criteriu de apreciere a funcționalității instituțiilor economiei de piață.

Crearea economiei de piață funcționale și competitive în România constituie o condiție *sine qua non* a sporirii eficienței economice și sociale și a integrării în Uniunea Europeană.

Bibliografie

- Belli, Nicolae, *Dreptul de proprietate și mediul economic*, CIDE, nr. 13-14-15/1996.
- Bratu, Ioan, *Impactul activității Guvernului asupra performanțelor economico-sociale*, IEN 2001.
- Bratu, Ioan, *Statul și întreprinderile în condițiile tranzitiei la economia de piață*, CIDE, Probleme economice, nr. 45-46/1994.
- Bratu, Ioan, *Studierea și evidențierea principalelor exigențe privind realizarea unei economii de piață funcționale și competitive și aderarea României la Uniunea Europeană*, IEN 2001.
- Isărescu, Mugur, România nu dispune de o economie de piață funcțională, România liberă, nr.1757/27.03.2000.
- Kenneth, John Galbraith, *Societatea perfectă*, Eurosong Book, 1997.
- Lucaci, Ileana, *Se conturează trei priorități, trei puncte nevrălgice*, România liberă nr. 2802/15.06.1999.
- Marinescu, Cosmin, *Fundamente de teorie economică a instituțiilor*, Oeconomica, IRLI, nr. 3, 2002.
- Negrescu, Dragos, *Rolul concurenței în asigurarea funcționării normale a mecanismelor pieței*, Adevărul economic nr. 4/23-29.01.1998.
- North, Douglas, *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press, 1990.
- Osiatyński, Jorzy, *Concepțe fundamentale ale economiei transformării*, Adevărul economic nr. 16/17-23.04.1998.
- Pittman, Russel, *Transformarea economiei ca proces real. O perspectivă din interior*, SRE Oeconomica, IRLI nr. 1, 2002.
- Pohoanță, Ion, *Proprietatea privată și capitalismul*, SRE, Oeconomica IRLI, nr. 2-3, 1999, nr. 1, 2002.
- Sava, Sorica; Ionescu, Eufrosina, *Economia de piață contemporană*, CIDE, Probleme economice, nr. 7/1990.
- Stiglitz, Joseph E., *Rolul guvernului în dezvoltarea economiei*. SRE Oeconomica IRLI nr. 3-4, 1998.
- Stefan, Horia, *Care economie de piață?*, Adevărul economic nr. 9/27.02-5.03.1998.
- Tuiu, Florea, *Nevoia de coordonare și coerență*, Economistul nr. 1113/24-25.05.2002.
- World Bank, *The State in a Changing World*, World Development 1997 Washington.

Resurse și performanțe ale sistemelor de sănătate. Analiză comparativă

dr. Maria POENARU

Analiza datelor privind sistemele de sănătate ale diferitelor țări pune în evidență atât convergențe, cât și particularități ale evoluțiilor în ceea ce privește rezultatele obținute (exprimate cu ajutorul unor indicatori relevanți privind starea de sănătate a populației) și resursele utilizate, raportul cost – beneficiu fiind un reper major de evaluare. Creșterea, în ultimele decenii, a cheltuielilor pentru sănătate în majoritatea țărilor dezvoltate a pus problema sustenabilității lor de către finanțele publice. În același timp, sănătatea trebuie ocrotită, ca un "bun" de preț. Dar societatea modernă, ca și cea tradițională, este marcată de o serie de factori de risc specifici cărora sistemele de îngrijire a sănătății trebuie să le facă față. Acest studiu propune o analiză comparativă a unor elemente definitorii pentru resursele și performanțele sistemului de sănătate din România și din țările din spațiul european, cu scopul de a releva principalele zone vulnerabile și de a oferi

puncte de sprijin pentru o politică orientată spre îmbunătățirea stării de sănătate a populației și a performanțelor sistemului sanitar.

1. Mărimea și profilul resurselor

1.1. Resursele financiare

Nivelul de dezvoltare economică și ritmul creșterii economice constituie elemente deosebit de importante care determină esențial dezvoltarea și performanțele sistemului de sănătate. O trăsătură dominantă pentru marea majoritate a țărilor vest-europene după anul 1970, a constituit-o *creșterea mai rapidă a cheltuielilor pentru sănătate comparativ cu creșterea PIB*. Pentru a releva această tendință prezentăm datele pentru trei țări (Germania, Franța, Regatul Unit) considerate a se număra între țările care au mai bune sisteme de îngrijire a sănătății (tabelul nr. 1).

Tabelul nr. 1

Ritmul de creștere a cheltuielilor pentru sănătate și ponderea cheltuielilor pentru sănătate în PIB

Ritm de creștere (mediu anual)	Germania	Franța	Regatul Unit	- % -
1970-1980	6,5	6,7	4,2	
1980-1990	2,0	4,2	3,0	
1990-1999	5,4	3,0	4,1	
Ponderea cheltuielilor pentru sănătate în PIB				
1970	6,3	5,8	4,5	
1980	8,8	7,4	5,7	
1990	8,7	8,8	6,0	
1999	10,6	9,5	7,0	

Sursa: Catherine Bac, Gerard Cornilleau, *Une comparaison internationale, Problèmes économiques*, nr. 2722/2001, p. 1.

Se constată un anumit paralelism și o anumită convergență în ceea ce privește evoluția cheltuielilor pentru sănătate în cele trei țări selectate. Analiza, pe subperioade, a datelor arată că în pofida încetinirii creșterii economice, cheltuielile pentru sănătate au continuat să sporească într-un ritm mai înalt decât cel al creșterii economice. Rezultatul a fost acela că, în timp, a crescut ponderea cheltuielilor pentru sănătate în PIB, astfel că în prezent aceasta se ridică în majoritatea țărilor

membre ale UE la 7-9% (tabelul nr. 2).

Modificarea (în sensul creșterii), pentru cele mai multe țări europene, a ponderei cheltuielilor pentru sănătate în PIB este explicată atât de evoluțiile produsului intern brut cât și de cele ale cheltuielilor pentru sănătate. O pondere relativ constantă nu înseamnă că și cheltuielile pentru sănătate rămân stable, ci faptul că mărimea și evoluția cheltuielilor alocate sistemului de sănătate sunt dependente mai degrabă de evoluția PIB.

Tabelul nr. 2

Relația dintre produsul intern brut și cheltuielile pentru sănătate în anul 1998

	PIB /locuitor, \$ PPC	Cheltuieli pentru sănătate, % în PIB
Țări membre ale UE		
Austria	23145	8,3
Belgia	23622	8,9
Danemarca	23855	8,3
Finlanda	20641	6,9
Franța	21214	9,6
Germania	22026	10,6
Grecia	13994	8,3
Irlanda	17991	6,1
Italia	20365	8,2
Olanda	22325	8,6
Portugalia	14569	7,5
Spania	15960	7,1
Suedia	19848	8,0
Regatul Unit	20314	6,7
UEM	20440	8,9
Țări candidate		
Bulgaria	4683	4,7
R.Cehă	12197	7,2
Estonia	7563	6,9
Letonia	5777	6,7
Lituania	6283	6,3
Polonia	7543	6,4
România	5572	4,1
Slovacia	9624	7,2
Slovenia	14400	7,6
Ungaria	9832	6,4
Alte țări		
Canada	22814	9,2
SUA	29240	13,0

Sursa: WB, *World Development Indicators*, 2000, p. 10-12; 2001, p. 98-100.

Datele arată, de asemenea, o corelație strânsă între mărimea produsului intern brut ce revine în medie la un locuitor și

ponderea cheltuielilor alocate sistemului de îngrijire a sănătății în PIB. În majoritatea țărilor membre ale UE, în special în

cele cu un nivel înalt de dezvoltare, cum ar fi: Danemarca, Belgia, Olanda, Germania, Franța, această pondere se situează în jurul a 9% echivalent PIB, în timp ce în țările cu un nivel de dezvoltare relativ mai scăzut ca Irlanda, Spania, Portugalia acest procent se ridică la aproximativ 7%.

În țările candidate la integrare, caracterizate printr-un nivel de dezvoltare relativ mai scăzut, ponderea cheltuielilor pentru sănătate în PIB este substanțial mai mică decât în statele membre ale Uniunii, reprezentând echivalentul a 6-7% din produsul intern brut. România cu o pondere a cheltuielilor pentru sănătate în PIB de 4,1% se situează pe un loc de neînvidiat din acest punct de vedere în rândul țărilor europene. Dacă se ia în considerare și faptul că România este caracterizată printr-un nivel al PIB per capita între cele mai scăzute din Europa (apreciat pentru 1998 de Banca Mondială la 1360\$ SUA sau 5572\$ la PPC) procentul menționat sugerează în mod clar o subfinanțare a acestui sector comparativ cu situația din cea mai mare parte a țărilor europene. Aceasta înseamnă că *potențialul de alocare a unei părți relativ mai mari din resursele publice pentru satisfacerea nevoilor de îngrijire a sănătății depinde esen-*

țial de nivelul de dezvoltare economică.

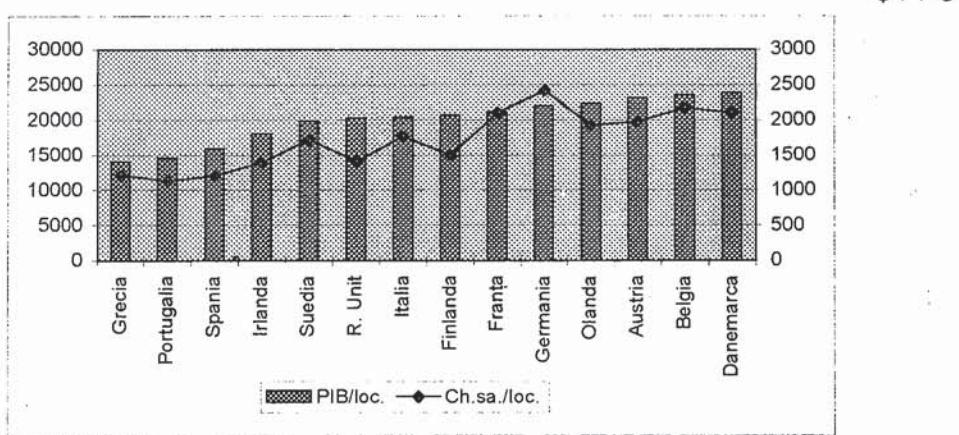
Dincolo de această dependentă, se pot constata unele diferențieri în ceea ce privește ponderea cheltuielilor pentru sănătate în PIB între țări cu un nivel relativ apropiat de dezvoltare. Ele își au originea atât în politicile naționale de alocare a resurselor publice în funcție de priorități, precum și în influența costurilor factorilor antrenați în sectorul sanitar.

O imagine mai corectă asupra resurselor de care dispune sistemul sanitar din fiecare țară este dată de *mărimea cheltuielilor pentru sănătate, exprimate în dolari la Paritatea Puterii de Cumpărare (PPC)* sau *în dolari SUA, ce revin în medie la un locuitor*, indicator care cumulează atât efectul creșterii economice, cât și pe cel al politicilor de alocare a resurselor către acest sector (graficul nr. 1).

Cheltuielile pentru sănătate ce revin în medie pe un locuitor, exprimate în dolari la PPC (dolari internaționali) sunt în România în prezent de aproape 8 ori mai mici decât media acestui indicator pentru țările UE. Cu un nivel al cheltuielilor pentru sănătate echivalent cu 265 \$ internaționali sau 63 \$ SUA în medie pe un locuitor, România se plasează pe locul penultim între țările membre ale UE și țările candidate la integrare.

Graficul nr. 1

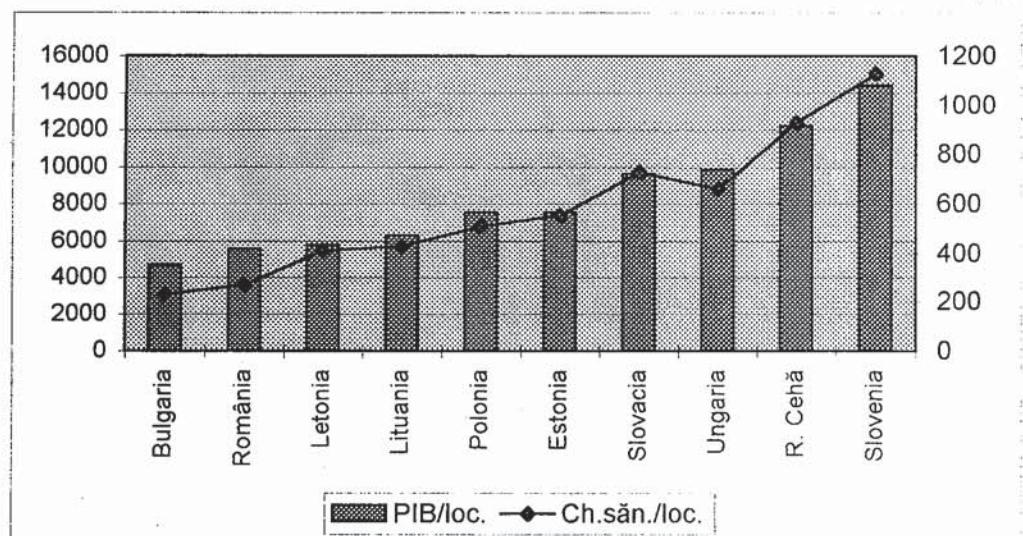
PIB și cheltuielile pentru sănătate pe locuitor în țările UE în anul 1998



Graficul nr. 2

PIB și cheltuielile pentru sănătate pe locitor în țările candidate în anul 1998

\$ PPC



Sursa datelor: WB, World Development Report 2000, p. 10-12; 2001, p. 98-100.

Această stare de lucruri impune o analiză mai atentă a factorilor care se cer a fi luati în considerare atunci când se structurează alocarea cheltuielilor publice și în concordanță cu obiectivele prioritare, între care îmbunătățirea stării de sănătate a populației este unanim recunoscută.

1.2. Profilul resurselor

Imaginea oferită de analiza indicatorilor care reflectă resursele financiare alocate sistemului de sănătate este considerată, pe bună dreptate, de specialiști ca fiind prea globală, comparațiile efectuate utilizându-se cel mai adesea pentru a susține că sistemului de sănătate îi sunt alocate fie prea multe, fie prea puține resurse. Datele referitoare la cheltuieli nu pot confirma sau infirma în mod convingător astfel de aprecieri, datorită faptului că ele ascund adevăratul cost economic al îngrijirii sănătății. În demersul de a găsi instrumente îmbunătățite de

măsurare a activității și performanțelor îngrijirii sănătății, doi specialiști de la Institutul Suedez de Economie Sanitară au propus un cadru de analiză care utilizează pe lângă resursele financiare exprimate de indicatorii care redau cheltuielile, și resursele reale alocate sistemelor de sănătate¹.

Această metodă a fost utilizată în raportul Organizației Mondiale a Sănătății pe anul 2000² cu scopul de a evidenția faptul că diferențele de performanță în domeniul ocrotirii sănătății între țări se justifică nu numai prin decalajul în ceea ce privește mărimea resurselor, în special financiare, ci și prin modul de combinare a diferitelor tipuri de resurse, fiind făcute comparații între mixul de inputuri pentru patru țări dezvoltate (Danemarca,

¹ Anders Anell & Michael, International comparison of health care systems using resource profiles, WHO Bulletin of the World Health Organization 2000, 78(6).

² WHO, World Health Report 2000.

Suedia, Regatul - Unit, SUA) și pentru patru țări cu nivel mediu de dezvoltare (Egipt, Mexic, Africa de Sud, Thailanda). În acest scop au fost utilizati opt indicatori care exprimă resurse financiare, umane și materiale.

Utilizând această metodă, în continuare propunem o analiză comparativă a profilului resurselor de care dispun sistemele de sănătate din trei țări membre ale UE (Franța, Germania, Regatul Unit) și din România, pe baza a cinci indicatori – disponibili pentru România. Pe categorii de resurse au fost utilizati următorii indicatori pentru anii 1991 și 1998:

- pentru resursele financiare: pondera cheltuielilor de sănătate în PIB și cheltuielile de sănătate (exprimate în dolari la paritatea puterii de cumpărare) ce revin în medie pe un locitor;
- pentru resursele umane: numărul de

medici la 1000 locuitori și personalul mediu sanitar la 1000 de locuitori;

- pentru resurse materiale: numărul de paturi de spital la 1000 locuitori.

Cu ajutorul datelor cuprinse în tabelul nr. 3 și considerând Germania ca "frontiera" a resurselor, am construit câte o diagramă pentru fiecare din țările comparative cu Germania, prin condensarea celor cinci valori ale indicatorilor într-un profil al resurselor. Germania a fost aleasă pentru a reprezenta "frontiera" resurselor, deoarece indicatorii luați în considerare înregistrează valorile cele mai mari.

Este important de menționat totuși că frontieră resurselor nu reflectă în mod necesar și cele mai bune performanțe ale sistemului de îngrijire a sănătății populației. Ea reflectă mai degrabă importanța relativă a fiecărui tip de resursă pentru fiecare țară.

Casetă nr. 1

O abordare alternativă a comparației resurselor sistemelor de sănătate

Idea principală care a condus la acest nou cadru de analiză fost legată de distincția care trebuie făcută între managementul resurselor reale (resurse umane și alte inputuri) și transferul (fluxul) de bani necesari pentru extragerea și utilizarea acestor resurse din economie și societate. Această logică a condus la împărțirea variabilelor care definesc sistemul de sănătate în variabile care măsoară stocul de resurse reale utilizate de acest sistem și variabile care măsoară fluxul cheltuielilor bănești (adică puterea de cumpărare) efectuate pentru utilizarea acestor resurse reale. Cele două categorii sunt legate între ele: cantitatea de resurse reale multiplicată cu prețul factorului respectiv are ca rezultat totalul cheltuielilor alocate îngrijirii sănătății. Dar, din cauza variației factorului preț pe plan internațional, cu același nivel al cheltuielilor pot fi cumpărate cantități diferite de resurse în diferite țări. Este important de subliniat faptul că, în contextul comparațiilor internaționale, o foarte mare influență asupra volumului cheltuielilor pentru sănătate o au resursele procurate de pe piața națională ale căror prețuri reflectă starea și condițiile economice ale unei națiuni (de exemplu, salariile personalului medical care depind de prețurile de pe piața internă).

Ce spune unui analist această clasificare? În primul rând, faptul că stocul resurselor reale atrage după sine cheltuieli bănești. Creșterea stocului de resurse reale atrage după sine, în mod obligatoriu, sporirea cheltuielilor monetare, atât pe termen scurt, cât și pe termen mai lung. În al doilea rând, inputurile sistemului de îngrijire a sănătății sunt interdependente, ceea ce înseamnă că potențialul de îngrijire depinde în mare măsură de cum este distribuită puterea de cumpărare (resursele financiare) între diferitele resurse reale, aceasta adăugându-se la căt de bine este administrat fiecare input în parte. De exemplu, capacitatea resurselor umane ocupate în sistem și combinația optimă între diferitele categorii de personal sanitar depinde puternic de tehnologiile aplicate în domeniu: echipamentul performant de diagnosticare a diferitelor boli, medicamentele noi etc. care conduc adesea la creșterea performanței personalului medical. Aceasta înseamnă că dacă puterea de cumpărare disponibilă nu este alocată eficient între diferite resurse reale și nu este bine administrată, sistemul de îngrijire a sănătății va funcționa sub capacitatea sa optimă.

Așa cum arată datele din tabelul nr. 3 și graficul nr. 2 în România ponderea cheltuielilor de sănătate în PIB reprezintă două cincimi din mărimea aceluiași indicator

cator pentru Germania, iar volumul cheltuielilor pentru sănătate exprimate în dolari internaționali ce revin în medie pe un locitor doar a zecea parte.

Tabelul nr. 3

Nivelul indicatorilor de resurse pentru anii 1991 și 1998

	Frantă	Germania	Regatul Unit	România
Cheltuieli, % din PIB				
1991	9,1	9,4	6,5	3,3
1998	9,6	10,6	6,7	4,1
Cheltuieli /loc., \$ PPC				
1991	1656	1600	1006	168
1998	2102	2424	1418	265
Medici la 1000 loc.				
1991	2,7	3,1	1,5	1,8
1998	3,0	3,5	1,7	1,9
Personal mediu la 1000 loc.				
1991	5,4	8,9	5,2	5,4
1998	5,0	9,6	5,0	4,1
Paturi de spital la 1000 loc.				
1991	9,6	10,1	5,6	8,9
1998	8,5	9,3	4,2	7,3

Sursa: *Bulletin of the WHO*, 2000, 78(6), p. 772-773; *WB, World Development Indicators 2000*, p. 90-94; *INS, Anuarul statistic al României*, 2000, p. 182.

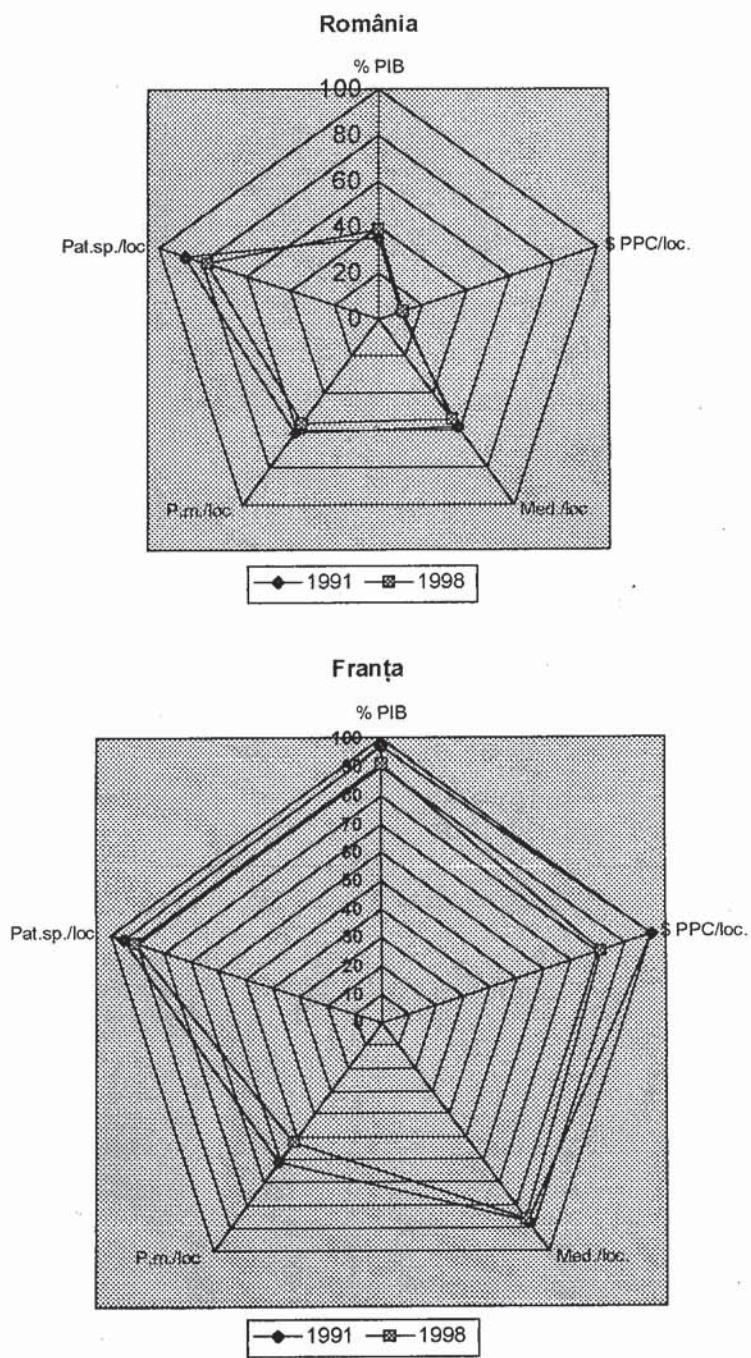
În ceea ce privește resursele umane utilizate în sistemul sanitar, nivelul indicatorilor pentru România este ceva mai mare de 50% din mărimea acestora în Germania în anul 1998. Se remarcă, de asemenea, faptul că în România valoarea relativă a acestor indicatori față de cei înregistrați în Germania a scăzut, în intervalul 1991-1998, de la 58% la 54% în cazul indicatorului număr de medici la 1000 locuitori și de la 61% la 56% în cazul personalului mediu sanitar la 1000 de locuitori.

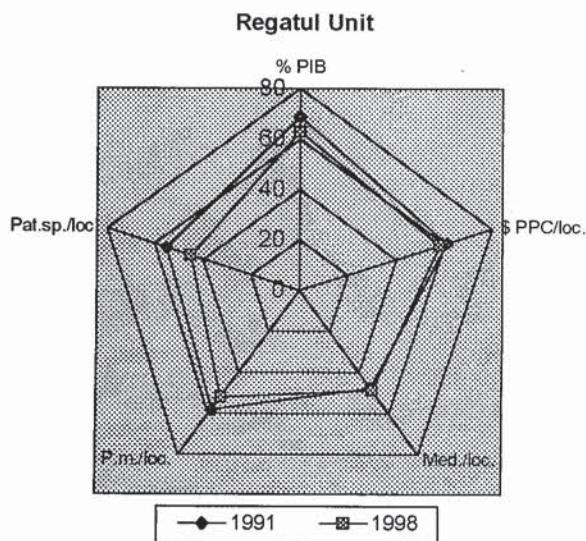
O situație ceva mai bună, în termeni relativi, pentru România se observă în cazul indicatorului numărul paturilor de

spital la 1000 de locuitori, reprezentând 78% în anul 1998 din mărimea aceluiași indicator pentru Germania, dar în perioada 1991-1998 raportul dintre valoarea indicatorului în România și Germania a scăzut de la 88% în 1991 la 78% în 1998.

În cadrul acestei comparații merită a fi reținută observația potrivit căreia Regatul Unit, care înregistrează performanțe similare cu cele ale Germaniei în ceea ce privește starea și îngrijirea sănătății populației, utilizează semnificativ mai puține resurse financiare (circa 60%) și umane (aproximativ 50%) comparativ cu Germania.

Graficul nr. 2





2. Performanțe

Sănătatea este obiectivul definitoriu, rațiunea de a fi a sistemului sanitar. Aceasta înseamnă realizarea unei stări a sănătății cât mai bune posibile pe întregul ciclu de viață al oamenilor luând în considerare atât mortalitatea, cât și boala/invaliditatea prematură¹. De altfel, este cunoscută definiția dată sănătății de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS) potrivit căreia sănătatea nu înseamnă numai absența bolii sau a invalidității, ci și o stare fizică, mentală și socială bună. În acest fel, sănătatea devine un concept multidimensional și condiționat de factori biologici, de mediu de existență, de comportament, ca și de dezvoltarea și de accesul populației la servicii de sănătate.

Specialiștii consideră, pe bună dreptate, că sectorul de sănătate cumulează influența a numeroși factori și, respectiv a activității mai multor instituții, sistemul medical fiind doar una dintre acestea. Trebuie amintită mai întâi, funcția gospodăriilor de a contribui la menținerea unei

stări bune de sănătate, contribuție care, la rândul ei, este legată de intrările de bunuri (alimente, alcool), servicii (de educație, medicale), de condițiile de locuit, de factorii de mediu, de timp etc. Diferitele valori ale indicatorilor de sănătate și de morbiditate (boli degenerative, infecțioase, de nutriție, sociale, care rezultă din accidente), structura națională a morbidității etc. reprezintă un agregat al stărilor sanitare individuale. Fiecare țară are un "iceberg al morbidității", cu boli declarate care atrag atenția prin frecvența și gravitatea lor și boli nedechiarate, ne-tratate care figurează în partea ascunsă a societății.

Sistemul medical joacă un rol central în procesul producerei de sănătate. Instituțiile sale prestează servicii preventive care pot diminua incidența bolilor și servicii curative care pot restabili sănătatea pacienților și atenua boala, invaliditatea și mortalitatea. Volumul și calitatea produselor sistemului medical sunt determinate de organizarea sa, de gestiune și finanțare, ca și de medicamente, de echipamente medicale și alte intrări furnizate de industria medicală națională și de comerțul internațional.

¹ WHO, *The World Health Report 2000*, p. 27.

Analiza datelor privind performanțele sistemelor de sănătate din țările membre ale UE scoate în evidență faptul că pentru mare parte majoritatea țărilor din această zonă, indicatorii statistici exprimă progrese foarte mari în ultima jumătate a secolului XX în ceea ce privește starea sănătății populației, din acest punct de vedere constatăndu-se o reală convergență a sistemelor de sănătate. Așa cum arată numeroase studii epidemiologice și socioeconomice, speranța de viață și sănătatea în general s-au ameliorat constant. Eradicarea bolilor cronice, îmbunătățirea modului de viață, a condițiilor de locuit, educația și creșterea economică sunt principaliii factori determinanți ai unei bune stări de sănătate.

Starea de sănătate a populației este evaluată în general cu ajutorul unor indicatori convenționali și parțiali, între care cei mai utilizati se referă la: speranța de viață, mortalitate și morbiditate. O preocupare mai recentă legată de măsurarea și aprecierea performanțelor în domeniul sănătății se referă la un indicator care să exprime speranța de viață (la naștere sau la diferite vîrste) într-o bună stare de sănătate.

2.1. Speranța de viață

Speranța de viață la naștere sau durata medie a vieții este considerată un indicator sintetic al condițiilor de viață, inclusiv al stării de sănătate, fiind utilizat frecvent în comparațiile internaționale.

În România, speranța de viață la naștere înregistrează valori mult mai scăzute comparativ cu majoritatea țărilor europene, inclusiv cu cele în tranziție. Este suficient să spunem că pentru un român speranța de viață la naștere este în prezent mai scăzută în medie cu aproximativ opt ani în comparație cu cea a unui cetățean din țările membre ale Uniunii Europene și cu 2-5 ani din țările candidate la integrare (tabelul nr. 5). Mărimea acestui indicator a rămas practic aceeași cu cea înregistrată în anul 1980, perioadă în care în majoritatea țărilor europene speranța de viață la naștere a crescut în medie cu 4-5 ani.

Speranța de viață la naștere în România a scăzut după 1990 (tabelul nr. 4), media fiind estimată pentru 1998-2000 la 70,5 ani (67,0 ani pentru bărbați și 74,2 ani pentru femei). În intervalul 1994-1996, speranța de viață la naștere a fost în medie cu 0,7 ani mai mică decât în intervalul 1989-1991; pentru bărbați scăderea a fost mai mare, cu aproximativ 1,3 ani în același interval.

Tabelul nr. 4

Speranța de viață la naștere în România

Anii	Total populație	Pe sexe		Pe medii		ani
		Masculin	Feminin	Urban	Rural	
1989-1991	69,8	66,6	73,0	70,4	68,9	
1990-1992	69,8	66,6	73,2	70,5	68,7	
1991-1993	69,5	66,1	73,2	70,0	68,8	
1992-1994	69,5	65,9	73,3	70,0	68,7	
1993-1995	69,4	65,7	73,4	70,0	68,5	
1994-1996	69,0	65,3	73,1	69,8	68,0	
1995-1997	69,0	65,2	73,0	69,8	67,8	
1996-1998	69,2	65,5	73,3	70,1	68,1	
1997-1999	69,7	66,0	73,7	70,6	68,7	
1998-2000	70,5	67,0	74,2	71,3	69,5	

Sursa: INS, Anuarul statistic al României 2001, p. 82.

În mediul rural, speranța de viață la naștere este în prezent (1998-2000) mai scăzută în medie cu 1,8 ani decât în urban; decalajul între urban și rural a crescut după 1990, fiind de doi ani în perioada 1995-1998.

Aceste date arată că în România starea sănătății populației s-a înrăutățit în anii tranzitiei și că, în aceste condiții, sistemului de sănătate îi revin sarcini tot mai dificile de rezolvat, inclusiv problemele acumulate în timp și derivate în special din precaritatea condițiilor și a stilului de viață.

2.2. Mortalitatea

Analiza principalilor indicatori privind mortalitatea (rata mortalității infantile, rata mortalității juvenile, rata mortalității materne și rata mortalității adulților) în profil european, arată că România ocupă un loc periferic, desemnat de nivelul cel mai ridicat sau între cele mai înalte al ratelor specifice de mortalitate între statele membre ale UE și țările candidate la integrare (tabelul nr. 5).

Tabelul nr. 5

Speranța de viață și rate specifice de mortalitate în anul 1999

	Speranța de viață la naștere, ani	Rata mortalității infantile, la 1000 născuți vii	Rata mortalității juvenile, la 1000	Rata mortalității adulților, la 1000		Rata mortalității materne, la 100000
				Bărbați	Femei	
Tări membre ale UE						
Austria	78	4	5	121	59	...
Belgia	78	5	6	129	61	...
Danemarca	76	5	6	140	79	10
Finlanda	77	4	5	136	59	6
Franța	78	5	5	124	50	10
Germania	77	5	5	131	66	8
Grecia	78	6	7	114	61	1
Irlanda	76	6	7	124	71	6
Italia	78	5	6	116	54	7
Olanda	78	5	6	112	62	7
Portugalia	75	6	6	152	70	8
Spania	78	5	6	127	55	6
Suedia	79	4	4	101	57	5
Regatul Unit	77	6	6	119	66	7
UEM	78	5	5	125	58	...
Tări candidate						
Bulgaria	71	14	17	221	109	15
R. Cehă	75	5	5	173	81	9
Estonia	70	10	12	288	94	50
Letonia	70	14	18	297	98	45
Lituania	72	9	12	261	86	18
Polonia	73	9	10	227	88	8
România	69	20	24	262	119	41
Slovacia	73	8	10	206	87	9
Slovenia	75	5	6	165	72	11
Ungaria	71	8	10	255	155	15
Alte țări						
Canada	79	5	6	106	53	...
SUA	77	7	8	143	78	8

Notă: Datele din tabel sunt cele pentru ultimul an disponibil.

Sursa: WB, World Development Indicators 2001, p. 106-108, 114-116.

În majoritatea țărilor dezvoltate, rata mortalității infantile este în prezent sub 6 la 1000 născuți vii, iar rata mortalității materne sub 10 la 100000, aşadar de aproximativ de 3 ori mai mici¹.

Prin mărime și tipologie, indicatorii privind mortalitatea permit identificarea

categoriilor de populație vulnerabile pe grupe de vîrstă și medii de reședință pentru care riscul mortalității este nefiresc de înlăt în condițiile contemporane, precum și evidențierea celor mai importante cauze care duc la deces prematur.

Tabelul nr. 6

Evoluția ratelor de mortalitate în România

Anii	Rata mortalității generale, la 1000 locuitori	Rata mortalității infantile, la 1000 născuți vii	Rata mortalității materne, la 1000 născuți
1989	10,7	26,9	168,1
1990	10,6	26,9	83,6
1991	10,9	22,7	66,5
1992	11,6	23,3	60,3
1993	11,6	23,3	53,2
1994	11,7	23,9	60,4
1995	12,0	21,2	47,5
1996	12,7	22,3	40,8
1997	12,4	22,0	41,1
1998	12,0	20,5	40,2
1999	11,8	18,6	41,5
2000	11,4	18,6	32,6

Sursa: INS, Anuarul statistic al României 2001, p. 66, 71, 72, 189; Raportul Național al Dezvoltării Umane 1999, p. 93, 112.

Categoriile de populație pentru care s-a menținut un risc înalt de deces și în perioada de tranziție sunt în primul rând copiii, în special cei cu vîrstă de sub un an (tabelul nr. 6).

Cu toate că rata mortalității infantile a înregistrat o scădere sensibilă în special în ultimii ani, mortalitatea la copii sub un an se menține la un nivel ridicat. În anul 2000

au murit 186 copii din 10000 de născuți vii. O scădere substantială a înregistrat și mortalitatea maternă, dar a rămas la parametri înalți (32,6 decese la 100000 născuți vii în anul 2000). De menționat că scăderea mortalității în rândul copiilor și al mamelor a avut loc în condițiile reducerii natalității, de la 16,0 la 1000 de locuitori în anul 1989 la 10,5 în anul 2000.

Tabelul nr. 7

Ratele de mortalitate pe unele grupe de vîrstă și sexe în România

Anii	Rate de mortalitate pentru:			Grupe de vîrstă							
	Total populație			45-49 ani		50-54 ani		55-59 ani		60-64 ani	
		Bărbați	Femei	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
1995	12,0	13,4	10,7	10,5	4,0	15,5	6,1	21,4	8,8	28,9	13,6
1996	12,7	14,0	11,4	10,8	4,1	15,6	6,3	22,3	9,1	29,9	14,0
1997	12,4	13,8	11,0	11,0	4,1	15,3	6,1	22,0	8,9	30,2	13,9
1998	12,0	13,2	10,8	10,1	3,8	14,2	5,8	20,5	8,7	28,6	13,3
1999	11,8	12,9	10,8	9,2	3,7	13,0	5,4	19,0	8,1	27,4	12,5
2000	11,4	12,4	10,4	8,8	3,6	12,4	5,0	18,6	8,1	26,6	12,2

Notă: Ratele de mortalitate sunt exprimate prin numărul deceselor la 1000 de locuitori.

Sursa: INS, Anuarul statistic al României 2001, p. 72-73.

¹ UNDP, Human Development Report 2001, p. 166-167.

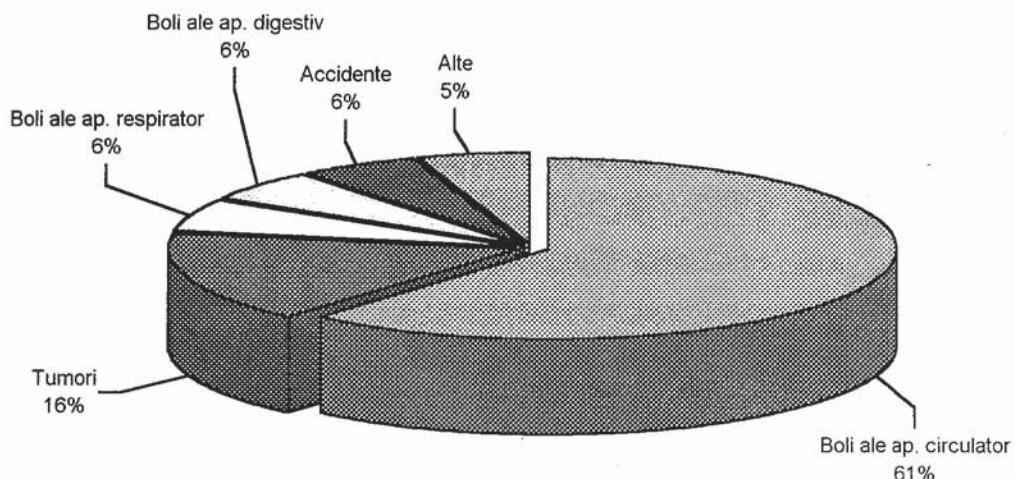
O categorie de populație care înregistrează rate înalte de deces prematur sunt *bărbații*, în special cei din grupele de vîrstă cuprinse între 50 și 65 ani. În ultimii 5 ani de exemplu, ratele de mortalitate în cazul bărbaților din grupele de vîrstă 45-49 ani, 50-54 ani, 55-59 ani și 60-64 ani au înregistrat valori de peste

două ori mai mari decât ratele de mortalitate a femeilor din aceeași grupă de vîrstă (tabelul nr. 7).

Principalele cauze de deces sunt boala aparatului circulator, tumorile, bolile aparatului respirator, ale aparatului digestiv și, la paritate cu acestea din urmă, accidentele.

Graficul nr. 3

Structura mortalității în România pe principalele cauze în 2000



Sursa datelor: INS, Anuarul statistic al României 2001, p. 187.

Tabelul nr. 8

Rate ale mortalității în România pe principalele cauze

Anii	Rata mortalității la 100000 locuitori, pe principalele cauze		
	Boli ale aparatului circulator	Tumori	Boli ale aparatului respirator
1990	627,0	142,1	97,3
1991	658,2	144,7	91,3
1992	707,7	153,0	94,1
1993	712,3	158,9	79,7
1994	709,9	162,2	80,6
1995	736,1	165,5	75,8
1996	786,0	170,3	86,2
1997	761,5	173,6	77,6
1998	738,6	174,6	70,8
1999	737,0	177,0	74,0
2000	701,8	184,0	66,1

Sursa: Raportul Național al Dezvoltării Umane 1999, p. 93; INS, Anuarul statistic al României 2001, p. 187.

Bolile aparatului circulator constituie cea mai importantă cauză a deceselor, menținându-și practic în ultima perioadă aceeași pondere în total, de 61%. Tumorile constituie cea de a doua cauză importantă a deceselor în România. Rata mortalității datorată tumorilor a crescut semnificativ după 1990. și bolile aparatului respirator fac încă destule victime în rândul populației, rata de mortalitate oscilând în ultimii ani în jurul cifrei de 75 la 100000 locuitori (tabelul nr. 8).

2.3. Morbiditatea

Prin caracteristicile înregistrate în fiecare etapă, morbiditatea constituie o bună măsură a stării de sănătate și dă semnale sistemului sanitar în legătură cu cea mai importantă parte a activității sale – tratamentul medical. În ultima perioadă, aproximativ jumătate din numărul total al cazurilor noi de îmbolnăvire este deținută de bolile aparatului respirator urmate de bolile aparatului digestiv, care dețineau o pondere de 10% în anul 2000. Din numărul total al cazurilor noi de îmbolnăvire, o pondere de aproximativ 5-6% dețin: bolile infecțioase și parazitare, bolile sistemului nervos, cele ale aparatului circula-

tor, bolile aparatului genito-urinar, ale sistemului osteo-muscular și bolile de piele. Această tipologie atrage atenția asupra pericolului extinderii unora dintre acestea (așa cum este cazul bolilor transmisibile), asupra unor cauze de îmbolnăvire care țin în bună măsură de condițiile de viață ale oamenilor și de educația sanitată, precum și asupra costurilor economice și sociale pe care le implică.

Una dintre cele mai îngrijorătoare probleme o constituie *morbidityea datorată bolilor infecțioase și parazitare*, iar în cadrul acestora *incidenta foarte mare a hepatitei și tuberculozei* (care era în anul 2000 de aproximativ două ori mai mare comparativ cu 1989), precum și SIDA. România este țara cu cea mai mare incidentă a tuberculozei din Europa, ceea ce reflectă scăderea nivelului de trai al populației în această perioadă. Incidenta hepatitei virale a înregistrat un trend descrescător, dar în anul 2000 comparativ cu anul precedent a crescut numărul cazurilor de noi îmbolnăviri. Alarmantă este creșterea numărului de cazuri noi de sifilis, acesta fiind în anul 2000 dublu comparativ cu cel din 1990.

Tabelul nr. 9

Incidența unor boli transmisibile

- cazuri noi la 100000 locuitori

	1989	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Boli diareice acute	489,6	413,6	388,4	349,1	338,5	354,1	360,8	379,1
Hepatită virală	351,4	322,0	139,4	104,3	88,0	74,0	99,7	117,9
Tuberculoză	58,3	64,6	95,0	98,6	98,3	101,2	104,1	105,5
Sifilis	19,8	23,2	35,0	32,2	34,2	34,5	36,9	45,2

Sursa: CNS, Anuarul statistic al României 1995, p. 246-247; 2001, p. 181.

Indicii importante cu privire la tipologia bolilor de care suferă românii și care dintre aceste boli au înregistrat în aceas-

tă perioadă un declin sau un trend crescător, oferă datele referitoare la motivele spitalizării (tabelul nr. 10).

Tabelul nr. 10

Numărul bolnavilor ieșiți din spital, pe clase de boli

	1989	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Total, mii persoane din care, în %	4251	3733	3857	3984	4066	4010	4060	4303
Boli infectioase	7,6	6,7	5,6	5,2	5,7	5,5	5,5	5,5
Tumori	4,9	4,3	5,2	5,4	5,5	5,9	6,0	6,4
Boli ale sistemului circulator	10,3	10,8	11,9	11,8	12,0	12,3	12,5	12,6
Boli ale sistemului respirator	15,9	15,7	15,5	16,5	16,1	15,5	16,7	15,7
Boli ale aparatului digestiv	11,4	11,7	12,8	12,5	12,1	12,2	11,7	11,7
Tulburări mentale și de comportament	5,8	5,2	6,0	5,9	6,1	6,1	5,9	5,9
Boli ale sistemului nervos	5,2	4,7	5,0	5,1	5,1	5,3	5,3	5,5

Sursa: CNS, *Anuarul statistic al României* 1995, p. 250-251; 1998, p. 232; 2001, p. 183.

Se observă că bolile sistemului respirator detin ponderea cea mai mare în totalul internărilor; de asemenea o creștere a numărului cazurilor cu tumori. Bolile sistemului circulator constituie un factor important de morbiditate, reprezentând, aşa cum am arătat mai sus, și principala cauză a mortalității în România.

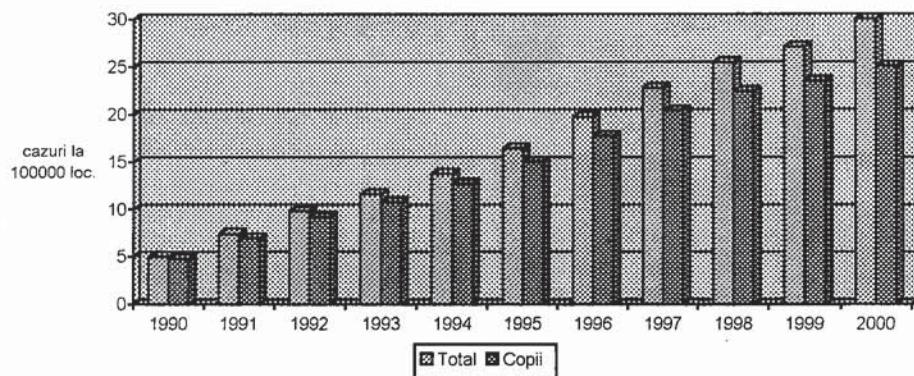
O anchetă efectuată de Ministerul Sănătății în 1997 privind starea de sănătate a populației a evidențiat o creștere, în intervalul 1989-1997, a prevalenței bolilor sistemului circulator de la 32

de cazuri din 100 de persoane de peste 15 ani în anul 1989 la 38 cazuri. S-a constatat, de asemenea, o diferență semnificativă între mediul urban și cel rural în ceea ce privește prevalența acestor boli (mai mare în zonele urbane) și între sexe (mai mare în cazul femeilor decât al bărbătașilor).

Morbiditatea cu virusul HIV/SIDA constituie de asemenea o problemă și o preocupare deosebită datorită amploarei pe care a înregistrat-o după 1990, în special în rândul copiilor.

Graficul nr. 4

Prevalența SIDA



Sursa datelor: INS, *Anuarul statistic al României* 1996, p. 240-241; 2001, p. 184-185.

La 31 decembrie 2000 numărul cazurilor înregistrate cu SIDA a fost de 6720 din care 5629 copii. Numărul mare al copiilor bolnavi de SIDA este o problemă grea pentru România, tratamentul și îngrijirea fiind foarte costisitoare și, din păcate, cu deces prematur.

2.4. O evaluare sintetică a stării de sănătate

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) propune, în raportul său pe anul 2000, pentru prima dată o evaluare sintetică a stării sănătății generale a populației cu ajutorul unui singur indicator/măsură: denumit *speranța de viață la naștere, ajustată - SVNA* (disability-adjusted life expectancy - DALE), ajustarea fiind făcută în sensul scăderii din mărimea

indicatorului speranța de viață la naștere, a numărului de ani de viață estimati și trăiți într-o stare proastă de sănătate.

În funcție de mărimea indicatorului sintetic *speranța de viață la naștere, ajustată (SVNA)* determinat de către OMS pentru totalul populației (tabelul nr. 11), țările membre ale Uniunii Europene se clasează între primele 30 din lume în ceea ce privește starea bună a sănătății populației. Dintre țările membre ale UE, Franța este apreciată ca fiind cu cele mai bune rezultate, ocupând locul 3 în lume cu o speranță de viață la naștere într-o stare de sănătate bună (SVNA) evaluată la 73 ani; numărul de ani de viață cu o proastă stare de sănătate a fost estimat la o medie de 5,6 ani pentru bărbați și de 6,7 ani pentru femei.

Caseta nr. 2

Speranța de viață la naștere, ajustată

Nu se cunoaște până în prezent o metodă care să permită o evaluare sintetică a sănătății unei populații. Abordările în acest domeniu utilizează informații despre mortalitate și morbiditate, pe baza cărora se calculează indicatori mai relevanți cum sunt, de exemplu, speranța de viață la naștere sau rata de supraviețuire la diferite vârste. Noul indicator propus de OMS: speranța de viață la naștere, ajustată (SVNA) cu anii de viață evaluati ca fiind cu o sănătate precară, este estimat pe baza a trei categorii de informații: ponderea populației care supraviețuiește la fiecare vârstă, calculată pe baza ratelor de natalitate și mortalitate; prevalența fiecărui tip de boală la fiecare vârstă și ponderea fiecărui tip de boală care poate sau nu varia în funcție de vârstă. Supraviețuirea la fiecare vârstă este ajustată în jos cu suma tuturor efectelor îmbolnăvirilor, rezultatul fiind ponderea populației care nu suferă de acea boală. Aceste rate de supraviețuire ajustate sunt raportate la populația inițială, înainte ca mortalitatea să se fi produs, pentru a obține numărul mediu de ani de viață în deplină sănătate pe care o persoană nou-născută i-ar putea trăi. Acest indicator (SVNA) are avantajul că este comparabil cu noțiunea mai familiară: speranța de viață la naștere (neajustată).

Trebuie menționat faptul că acest indicator a fost determinat de OMS pentru 191 de state membre ale organizației, fiind precizat un interval de eroare în fiecare caz în parte.

Tara cu performanțele cele mai bune din lume privind starea de sănătate a populației este Japonia. România ocupă locul 80 (din 191 de țări luate în comparație) după indicatorul speranța de viață la naștere ajustată și penultimul loc între țările candidate la integrare în UE. Din grupul țărilor candidate la integrare, cele mai bune rezultate în funcție de mărimea indicatorului SVNA le înregistrează Slovenia, R. Cehă, Slovacia, Polonia.

Deosebit de semnificativ pentru apre-

cirea stării de sănătate a populației este și indicatorul *speranța de viață ajustată determinată pentru vîrstă de 60 ani*. Datele arată că în țările UE aceasta este cuprinsă între 16,8 ani în Franța și 13,9 ani în Irlanda pentru bărbați și între 21,7 ani în Franța și 16,6 ani în Irlanda pentru femei. În țările candidate la integrare același indicator se situează în jurul cifrei de 13 ani pentru bărbați și 16 ani pentru femei; pentru România a fost estimat la 12 și, respectiv, 15 ani.

Tabelul nr. 11

Speranța de viață ajustată, 1997-1999

	Rang SVNA	Speranța de viață ajustată, ani					Ani de viață cu stare de sănă- tate precară	
		Total populație la naștere	Bărbați		Femei			
		La naștere	La 60 ani	La naștere	La 60 ani	Bărbați	Femei	
Franta	3	73,1	69,3	16,8	76,9	21,7	5,6	6,7
Suedia	4	73,0	71,2	16,8	74,9	19,6	5,9	7,0
Spania	5	72,8	69,8	16,8	75,7	20,1	5,5	6,4
Italia	6	72,7	70,0	16,2	75,4	19,9	5,4	6,7
Grecia	7	72,5	70,5	16,9	74,6	18,8	5,0	5,9
Olanda	13	72,0	69,6	15,4	74,4	19,7	5,4	6,7
Regatul Unit	14	71,7	69,7	15,7	73,7	18,6	5,0	6,0
Belgia	16	71,6	68,7	15,8	74,6	19,6	5,8	6,7
Austria	17	71,6	68,8	15,2	74,4	18,7	5,6	6,0
Luxemburg	18	71,1	68,0	15,8	74,2	19,7	6,5	7,2
Finlanda	20	70,5	67,2	14,5	73,7	18,5	6,2	7,0
Germania	22	70,4	67,4	14,3	73,5	18,5	6,3	6,6
Irlanda	27	69,6	67,5	13,9	71,7	16,6	5,8	6,6
Danemarca	28	69,4	67,2	14,2	71,5	17,2	5,7	6,6
Portugalia	29	69,3	65,9	14,0	72,7	17,7	6,1	6,8
Slovenia	34	68,4	64,9	12,7	71,9	16,8	6,6	7,6
R.Cehă	35	68,0	65,2	12,7	70,8	16,4	6,3	7,5
Slovacia	42	66,6	63,5	12,7	69,7	16,0	5,4	7,0
Polonia	45	66,2	62,3	12,5	70,1	16,6	5,6	6,5
Bulgaria	60	64,4	61,2	12,2	67,7	15,1	6,3	7,1
Ungaria	62	64,1	60,4	11,7	67,9	15,5	5,9	7,2
Lituania	63	64,1	60,6	13,4	67,5	16,2	6,4	10,4
Estonia	69	63,1	58,1	11,2	68,1	15,8	6,3	7,2
România	80	62,3	58,8	12,0	65,8	14,6	6,4	7,6
Letonia	82	62,2	57,1	11,4	67,2	15,9	6,5	7,4
Japonia	1	74,5	71,9	17,5	77,2	21,6	5,7	7,1
Australia	2	73,2	70,8	16,8	75,5	20,6	6,0	6,7
Canada	12	72,0	70,0	16,0	74,0	18,9	6,2	7,8
SUA	24	70,0	67,5	15,0	72,6	18,4	6,3	7,2

Notă: Datele sunt pentru ultimul an disponibil.

Sursa: WHO, World Health Report 2000, p. 176-179.

2.5. Evaluarea subiectivă

Evaluarea de către cetățenii însăși a sării lor de sănătate vine să completeze datele oficiale și să marcheze ceea ce interesează populația în legătură cu acest subiect.

Conform informațiilor oferite de Eurobarometrul nr. 53/2000, cetățenii euro-

peni consideră că o stare bună a sănătății este principalul factor care contribuie la calitatea vieții lor. În mareea lor majoritate (peste 80% chiar și dintre persoanele cele mai în vîrstă), cetățenii din țările UE se consideră satisfăcuți de starea lor de sănătate¹. Numai în patru țări (Portu-

¹ CE, Eurostat, *La situation sociale dans l'Union Européenne 2001*, p. 33.

galia, Spania, Germania și Italia) aprecierile se situează sub media europeană. Acest sentiment de satisfacție este de înțeles dacă se au în vedere și indicatorii care exprimă starea de sănătate a populației. Potrivit sondajului, pe ansamblul UE aproape 97% din populația cuprinsă între 16 și 64 de ani nu suferă de nici o problemă de sănătate care să le perturbe viața cotidiană. Dintre ceilalți 13%, 4% declară a fi grav afectați, iar 9% numai într-o anumită măsură.

Relația dintre nivelul venitului și starea de sănătate este confirmată de ancheta Eurobarometru (1999) care arată că un procent de 72% din cei cu venituri inferioare sunt mulțumiți de starea sănătății lor comparativ cu 90% din cei care fac parte din categoriile cu veniturile cele mai înalte.

S-a constatat de asemenea o corelație pozitivă între educație și starea de sănătate. Un nivel declarat al stării de sănătate, ca fiind bun, crește o dată cu nivelul educației în toate statele membre. Această corelație apare ca puternică deoarece se compară declarațiile referitoare la starea sănătății celor care au nivelul cel mai scăzut de studii cu cele ale celor cu studiile cele mai înalte.

Pentru România rezultatele anchetei¹ efectuată de Institutul Național de Statistică în perioada 24 iulie – 6 august 2000 evidențiază o serie de elemente menite să contureze mai bine tabloul de ansamblu al stării de sănătate a populației și al nevoilor de îngrijire medicală și, indirect, unele cauze care țin în mare măsură de condițiile și stilul de viață.

Vârstă este o caracteristică definitorie pentru perceptia stării de sănătate. Potrivit anchetei, populația în vîrstă de peste 55 de ani percep starea de sănătate ca fiind tot mai proastă pe măsura înaintării în vîrstă (graficul nr. 5).

¹ Filofteia Panduru; Dumitru Porojan (coordonator), *Starea de sănătate a populației din România*, INS, București, 2001.

Ancheta nu relevă diferențieri mari între populația din mediul urban și din cel rural în ceea ce privește perceptia asupra stării de sănătate. Starea civilă este însă o caracteristică ce determină diferențieri relativ mari referitoare la starea de sănătate percepă. O stare de sănătate mai puțin bună au declarat persoanele văduve (în proporție de 74%), divorțate (40%) sau separate (31%). În fine, o altă caracteristică în funcție de care se diferențiază într-o anumită măsură perceptia asupra stării de sănătate este *nivelul de instruire*. Cu o stare de sănătate mai puțin bună se declară într-o proporție relativ mai mare persoanele cu studii postliceale (40%) și persoanele absolvente ale ciclului primar sau fără școală absolvită (37%).

Ancheta menționată a relevat că aproape 1 din 4 persoane suferă de o boală cronică. Rata prevalenței este mai mare la femei comparativ cu bărbații, în mediul rural în raport cu cel urban (dacă se are în vedere o singură boală cronică) și crește o dată cu vîrstă. Rate de prevalență ridicate pentru boli cronice se întâlnesc în principal începând cu vîrstă de 55 ani. Dintre acestea, hipertensiunea este cea care afectează cele mai multe persoane de această vîrstă. Urmează unele boli cronice ale sistemului osteo-articular, cum ar fi artrozele, artritele și lombosciatica.

Sunt puși în evidență și *factorii de risc* pentru sănătate, derivăți din stilul și condițiile de viață. Consumul de țigări continuă să crească, iar în ultima perioadă creșterea se constată mai ales în rândul tinerilor și al femeilor. Si consumul de alcool se menține ridicat, cel de bere cunoscând în ultima perioadă o creștere substanțială.

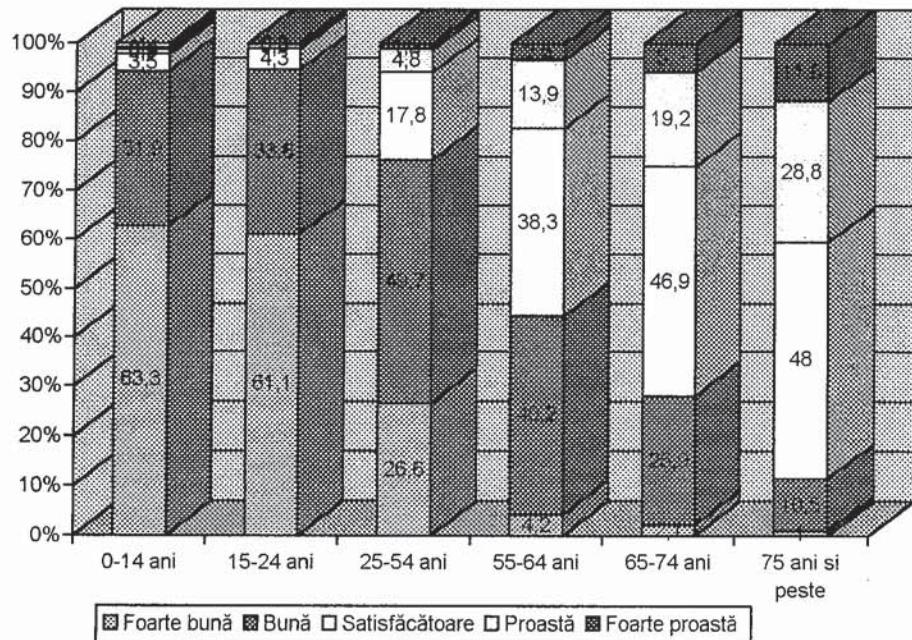
Si studiile epidemiologice, care au demonstrat importanța poluării necontrolate a mediului înconjurător, au relevat factorii de risc pentru sănătate. Creșterea substanțială a incidenței bolilor aparatului respirator este corelată cu gradul

înalt de poluare a aerului. Concentrarea mare de metale grele, nitrați, poluanți organici etc. în apa potabilă este de câteva

ori mai ridicată decât standardele admise, ceea ce înseamnă un grad înalt de risc pentru sănătatea populației.

Graficul nr. 5

Structura populației după starea de sănătate declarată, pe grupe de vârstă



Așa cum rezultă din informațiile analizate, populația României este caracterizată printr-o stare de sănătate precară comparativ cu cele mai multe din țările europene.

Din cauza declinului economic și a creșterii inegalității veniturilor, regimul alimentar s-a deteriorat pentru majoritatea populației din România. Consumul de alcool și de tutun a crescut, iar moștenirea în materie de poluare a fost foarte grea. În plus, lipsa investițiilor publice și slăbirea controlului statului au antrenat, între altele, o deteriorare a calității apei și a normelor de igienă în materie de producție și distribuție alimentară. Toate acestea arată o creștere a numărului de îmbolnăviri datorită anumitor cauze care se transformă, în mare măsură, în cauze ale mortalității și o creștere nevoilor de servicii medicale.

Deteriorarea condițiilor de viață și de sănătate a provocat o creștere a îmbolnăvirilor. Creșterea morbidității datorată bolilor sistemului cardiovascular și cancerului exprimă legătura cu asemenea schimbări; la fel tuberculoza, bolile venereice sau creșterea incidentei anumitor boli infecțioase.

Cele evidențiate mai sus, atât pe baza datelor din surse administrative, cât și a celor din anchete statistice, demonstrează că starea de sănătate a populației României este precară, fiind rezultatul acțiunii în timp al unui cumul de factori economici, sociali, de mediu de viață și de muncă, educaționali etc., precum și al rezultatelor activității sistemului sanitar, confruntat la rândul său cu probleme complexe legate de (sub)finanțare, de reformare, de înzestrare slabă cu resurse, de management etc. Pornind de la

această stare de lucruri, îmbunătățirea sănătății populației României trebuie să devină o prioritate pe termen scurt, mediu și lung, în acest scop fiind

îndispensabilă implicarea nu numai a sistemului sanitar, ci a tuturor factorilor care, într-un fel sau altul, influențează sau afectează sănătatea oamenilor.

Bibliografie

- Anders, Anell & Michael, *International comparison of health care systems using resource profiles*, WHO Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78(6).
- Bac, Caterine; Cornilleau Gerard, *Une comparaison internationale*, Problèmes économiques nr. 2722, 2001.
- Blanchet, Didier, *Une population âgée - ne pese pas forcement beaucoup sur les dépenses de santé*, Problèmes économiques nr. 2656-2657/2000.
- Côquidé, Patrick, *Les pays qui ont les meilleures systèmes de santé*, L'Expansion nr. 571, 1998.
- Davis, Christopher, *Reformes et performances du système médical*, Problèmes économiques, nr. 2731, 2001.
- Hantrais, Linda, *Social Policy in the European Union*, Second Edition, Macmillan Press LTD, 2000.
- Hurst, Jeremy, *Challenges for health systems in Member Countries of the Organization for Economic Co-operation and Development*, Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78(6).
- Murray, J.L.; Frenk, Julio, *A framework for assessing the performance of health system*, Bulletin of the World Health Organization, vol. 78 nr. 6, 2001.
- Panduru, Filofteia, Porojan Dumitru (coordonator) și.a., *Starea de sănătate a populației din România*, INS, București, 2001.
- Poenaru, Maria, *Evoluții recente și preocupări de modernizare a sistemelor de sănătate în unele țări membre ale UE*, în: Fundamente economice ale protecției sociale în România în contextul integrării europene, Probleme economice nr. 28-29-30, CIDE, București, 2002.
- Poenaru, Maria, *Integrarea europeană și sistemele de sănătate*, în: Orientări actuale privind reformele în domeniul social în vederea compatibilizării cu UE, Grupul ESEN-2, CIDE, București.
- CE, Eurostat, *La situation sociale dans l'Union Européenne 2001*.
- ISSA, *Developments and trends in social security throughout the world 1993-1995*, Geneva, 1995.
- OECD, *The reform of Health Care. A comparative Analysis of Seven OECD Countries*, 1992.
- UNDP, *Human Development Report*, 2001.
- UNICEF, INS, *Tendințe sociale*, București, 2001.
- WB, *World Development Indicators*, 2000; 2001.
- WHO, *World Health Report 1998; 2000*.