
Strategia Uniunii Europene în domeniul sănătății

Conf. univ. dr. Mădălina-Gabriela ANGHEL (*madalinagabriela_anghel@yahoo.com*)
Universitatea „Artifex” din București

Prof. univ. dr. Constantin ANGHELACHE (*actincon@yahoo.com*)
Academia de Studii Economice din București / Universitatea „Artifex” din București

Drd. Doina AVRAM (*doina.avram@gmail.com*)
Academia de Studii Economice din București

Abstract

Sănătatea este una dintre preocupările principale în Uniunea Europeană și are în vedere să mărească pe cât posibil, prin condițiile de viață și de muncă, perioada de sănătate neafectată, aceasta fiind protejată împotriva îmbolnăvirilor, accidentelor și a altor posibilități de scurtare a longevității. Condițiile care pot asigura o sănătate durabilă pentru întreaga populație se manifestă prin multe modalități. În primul rând, consumul de alimente, condițiile de muncă, mediul și politica socială. Competența organismelor europene în domeniul asigurării serviciilor de sănătate și de tratament reprezintă unul din punctele pe care statele membre le au în vedere. Uniunea Europeană consideră că statele membre trebuie să depună eforturi în așa fel încât să asigure, pe cât posibil, o continuitate a unor măsuri standard dar, în același timp, să asigure și condițiile de recuperare a forței de muncă.

Cuvinte cheie: *afecțiune medicală, tratament, cadru medical, condiții de viață, sănătate durabilă*

Clasificarea JEL: I11, I18

Introducere

Uniunea Europeană pune un accent foarte mare pe asigurarea unor condiții de tratament preventiv, aceasta privind prima țință a asigurării sănătății. Analiza se referă și la condițiile de tratament curativ, care să îndeplinească toate cerințele necesare aducerii persoanelor afectate la condiții normale de sănătate.

Studiul se referă și la prevederile strategiei europene în ceea ce privește asigurarea unor condiții de viață din ce în ce mai bune. Este de așteptat ca fiecare țară membră să implementeze un sistem național de securitate asupra sănătății, să pună la dispoziția întregii populații medicamentele și tratamentele care au sens preventiv decât acele care au sens curativ, adică după ce focarul se detașează. Informațiile privind Uniunea Europeană evidențiază

că există un set comun de indicatori privind sănătatea, din care Europa și toate țările membre printr-un acord general să includă în sistemul de sănătate națională metode și tratamente cât mai bune. Calculul unor indicatori la nivel național se referă la durata medie a vieții, speranța de viață, mortalitatea, natalitatea, mortalitatea infantilă și alți câțiva indicatori. Problema se pune ca cele prevăzute în strategia Uniunii europene privind sănătatea să fie corect implementate de fiecare stat membru.

Literature review

Bjarnason-Wehrens et al (2010) au afirmat că, în majoritatea țărilor europene, mai puțin de jumătate dintre pacienții cu risc cardiovascular beneficiază de programele de reabilitare cardiac - Cardiac rehabilitation (CR). De Vos (2012) au demonstrat importanța creșterii gradului de conștientizare a pacienților cu privire la beneficiile reabilitării cardiace. Kuitto a efectuat un studiu prin care a demonstrat că măsurile dezagregate privind cheltuielile sociale au o importanță considerabilă în înțelegerea realităților politicii sociale contemporane (2011). Wendt (2009) a prezentat o tipologie a sistemelor de asistență medicală, care ia în considerare, simultan, datele privind cheltuielile, finanțarea, furnizarea și accesul la asistență medicală în 15 țări europene. Helmert, Cacace, Grimmeisen, Wendt and Rothgang (2005) au efectuat o cercetare care a avut ca ipoteză tendința de convergență în ceea ce privește rolul statului pentru cele trei dimensiuni principale ale sistemelor de sănătate, și anume furnizarea de servicii, finanțarea și reglementarea. Sjostrom, Oja, Hagstromer, Smith and Bauman (2006) au realizat un studiu prin care au constatat că două treimi din populațiile adulte din țările europene sunt insuficient active pentru beneficii optime pentru sănătate. Dodd, Al-Nakeeb, Nevill and Forshaw (2010) au investigat prevalența și gruparea a cinci factori de risc al stilului de viață în cadrul unei instituții de învățământ superior din Marea Britanie și anume: stresul psihologic, activitatea fizică, aportul de fructe și legume, consumul de alcool, fumatul și factorii demografici, femeile prezentând un stres psihologic mai mare decât bărbații. Arbyn, Raifu, Weiderpass, Bray and Anttila (2009) au demonstrat că există contraste remarcabile privind mortalitatea de cancer de col uterin, în special între vechile și noile state membre ale UE, ceea ce ar putea fi probabil explicat prin diferențe în strategiile preventive, astfel, în timp ce la vechile state membre, rata de mortalitate pentru cancerul de col uterin a scăzut, la unele statele membre din Europa de Est aceasta a rămas constantă sau chiar a crescut, cum este cazul României sau Bulgariei. Stuckler, Basu, Suhrcke et al. (2009) au investigat modul în care schimbările economice au afectat ratele de mortalitate în ultimele trei decenii și au identificat modul în care guvernele ar putea reduce efectele adverse. Nichols, Townsend, Scarborough and

Rayner (2013) au arătat că, deși cotele recente de boala coronariană (CHD - coronary heart disease) în multe țări sunt acum la mai puțin de jumătate față de începutul anilor 1980, tendințele în ratele de mortalitate variază semnificativ între țările UE. Jagger, Gillies, Moscone et al (2009), pornind de la faptul că între statele membre ale UE există inegalități substanțiale la 50 de ani, au demonstrat că, fără îmbunătățiri majore ale sănătății populației, obiectivul de creștere a participării persoanelor în vârstă la forța de muncă va fi dificil de îndeplinit în toate țările UE.

Metodologia cercetării, date, rezultate și discuții

Speranța medie de viață la naștere se măsoară prin indicatorul speranța de viață sănătoasă la naștere și are în vedere numărul de nou-născuți cu sănătate perfectă sau născuți cu unele probleme medicale congenitale. Anii de viață sănătoasă reprezintă un indicator care măsoară sănătatea relativă a populației care lucrează și acesta este determinat de condițiile de viață ale fiecăruia. În 2014, numărul de ani cu sănătate, anticiparea numărului de ani cu sănătate la naștere a fost estimată la 61,4 ani pentru persoanele de gen feminin și 61 de ani pentru persoanele de gen masculin. Sunt state din Uniunea Europeană, cum sunt Suedia și Danemarca, în care speranța de viață este cu mult mai mare la femei decât la bărbați.

În tabelul nr. 1 sunt prezentate aspecte legate de speranța de viață la vârsta de 65 de ani împliniți, pe cele două sexe. Rezultă că atât la bărbați cât și la femei există o tendință pozitivă de creștere a speranței medii de viață.

Anii vieții sănătoase în Uniunea Europeană, în anul 2014

Tabelul nr. 1

GEO/INDIC_HE	Anii de viață sănătoși în valoare absolută la naștere		Anii de viață sănătoși și speranța de viață la vârsta de 65 de ani pe sexe	
	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați
Belgia	63.7	64.5	11.0	11.0
Bulgaria	66.1	62.0	9.6	8.7
Republica Cehă	65.0	63.4	9.3	8.5
Danemarca	61.4	60.3	12.8	11.0
Germania	56.5	56.4	6.7	6.8
Estonia	57.1	53.2	6.0	4.9
Irlanda	67.5	66.3	12.3	11.4
Grecia	64.8	64.1	7.1	7.7
Spania	65.0	65.0	9.4	10.1
Franța	64.2	63.4	10.7	10.4
Croația	60.0	58.6	5.8	6.0
Italia	62.3	62.5	7.3	7.8
Cyprus	66.3	66.1	8.8	10.4
Letonia	55.3	51.5	4.6	4.0
Lituania	61.7	57.6	6.1	6.1
Luxemburg	63.5	64.0	10.8	11.3
Ungaria	60.8	58.9	6.1	6.0
Malta	74.3	72.3	13.7	13.3
Olanda	59.0	63.3	10.2	10.7
Austria	57.8	57.6	7.7	8.4
Polonia	62.7	59.8	8.1	7.5
Portugalia	55.4	58.3	5.6	6.9
România	59.0	59.0	5.7	5.9
Slovenia	59.6	57.8	8.6	7.8
Slovacia	54.6	55.5	3.6	4.3
Finlanda	57.5	58.7	9.3	8.8
Suedia	73.6	73.6	16.7	15.2
Regatul Unit	64.2	63.4	10.6	9.7
Islanda	66.9	70.8	15.1	15.4
Norvegia	69.8	72.2	15.9	15.3
Elveția	57.7	61.4	9.6	10.6

Sursa: Eurostat

În acest tabel sunt prezentate o serie de date care arată prin adiționare (cumulare), care este de fapt speranța medie de viață în fiecare țară. Se constată că pe primul loc se află Suedia cu 16,7 ani la femei și 15,2 ani la bărbați, urmată de Malta cu 13,7 ani la femei și 13,3 ani la bărbați, apoi Irlanda cu 12,3 ani la femei și 11,4 ani la bărbați. Din punctul de vedere al acestor date, România se află cam printre ultimele țări din Uniunea Europeană. În urma României se află Letonia, cu 4,6 ani la femei și 4,0 ani la bărbați, în rest celelalte țări fiind deasupra României.

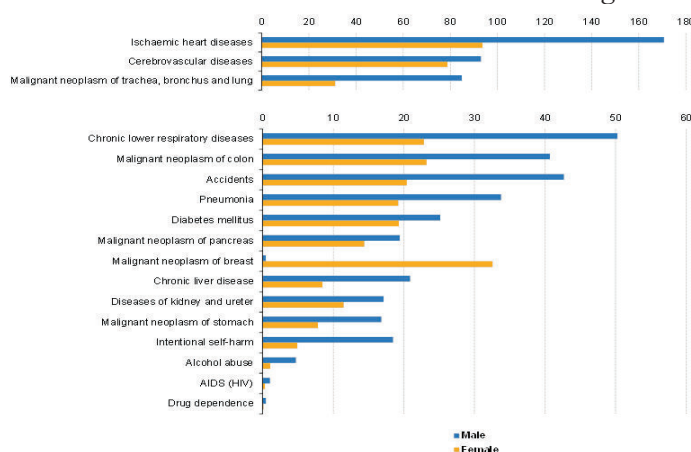
În analiza stării de sănătate a populației din țările Uniunii Europene putem analiza starea de sănătate prin cauzele de deces.

Analizând toate decesele populației rezultă că există anumite afecțiuni care sunt generale și se întâlnesc în majoritatea statelor Uniunii Europene, dar există și altele care sunt specifice fiecărei țări, în funcție de specificul de climă al acestora, condițiile de viață și multe alte aspecte care au influență și efect asupra stării de sănătate și, implicit, asupra speranței medii de viață.

În figura nr. 1 este prezentată evoluția cauzelor de deces standard la 100.000 de locuitori în perioada 2004 – 2014. Se constată că, în anul 2009, majoritatea cauzelor de deces au fost situate la nivelul de 100 de decese la nivelul de 100.000 de locuitori în medie pe întreaga Uniune Europeană.

Cauzele morții - rata mortalității standardizată la 100 000 de locuitori, bărbați, UE-28, 2004-2014 (2009 = 100)

Figura nr. 1



Note: the figure is ranked on the average of male and female. Note the difference in the scales employed between the two parts of the figure. For the age standardisation, among older people, the age group aged 85 and over was used rather than separate age groups for 85-89, 90-94 and 95 and over.
Source: Eurostat (online data code: htm_cd_asdr2)

Sursa: Eurostat

Între cauzele de deces în sistemul de analiză al Uniunii Europene se au în vedere afecțiuni ale sistemului nervos, cancerul malign-neoplasm, cancerul general, boli ale sistemului cardio-vascular și accidente de transport. Dintre acestea doar cauzele de deces datorate sistemului nervos au crescut aproape în tot cursul anilor 2004 – 2014.

Îmbucurător este faptul că s-au utilizat metode pozitive pentru unele țări europene și acestea trebuie să le transfere și celorlalte țări membre așa încât cauzele de deces, mai ales cancerul, atacuri ischemice ale sistemului cardiac să fie prevenite și tratate.

Pozitiv este faptul că de la 135 de decese la 100.000 de locuitori înregistrate în 2004 din cauza accidentelor, în anul 2013 numărul acestor accidente a fost de 73 de persoane decedate la 100.000 de locuitori.

Analiza poate fi adâncită, dar important este de subliniat că Uniunea Europeană depune eforturi susținute pentru a găsi modalitățile de a preveni în mod substanțial cauzele de deces și de a evita apariția de alte cauze care, de regulă, nu prea sunt cunoscute.

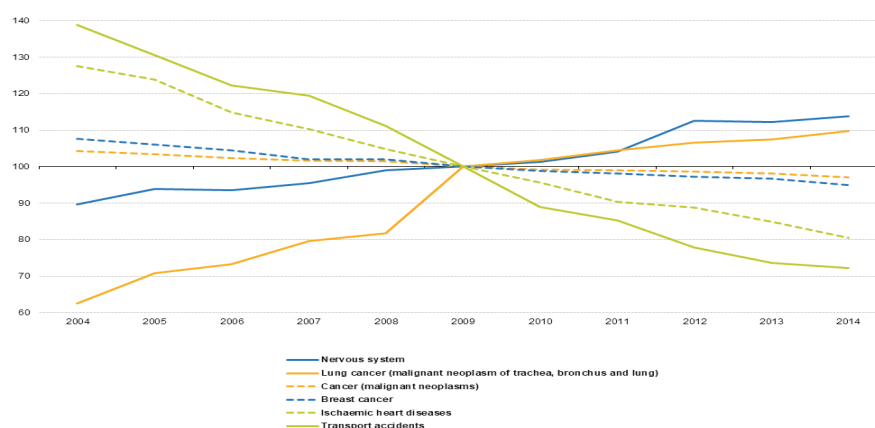
În ceea ce privește evoluția stării de sănătate, constatăm că în anul 2013 s-a produs o reducere cu 10% a deceselor din cauza condițiilor de viață și muncă, cel mai mult la bărbați, cu 33,6%.

O politică a Uniunii Europene poate fi doar una în care să se aibă în vedere recomandări, posibilități de sprijin reciproc și, mai ales, modele standard care trebuie să fie respectate.

În figura nr. 2 sunt prezentate cauzele de deces, rata decesului standard pe 100.000 de locuitori în care includem aceleași cauze medicale, la care se adaugă cancerul mamar, precum și alte cauze de deces în afara celor menționate.

Cauzele morții - rata standardizată a mortalității la 100 000 de locuitori, femele, UE-28, 2004-2014 (2009 = 100)

Figura nr. 2



Note: 2004, 2005 and 2010, provisional. 2011-2014: for the age standardisation, among older people, the age group aged 85 and over was used rather than separate age groups for 85-89, 90-94 and 95 and over.
Source: Eurostat (online data codes: hlth_cd_asdr and hlth_cd_asdr2)

Sursa: Eurostat

Se constată că din 2004 până în 2009 majoritatea cauzelor de deces, mai puțin cele cardio-vasculare, cancerul cu lungă perioadă de afectare, precum și cauzele de medie de afectarea sistemului nervos au crescut constant în 2013. Celelalte cauze de deces, cancerul malign-neoplasm, cancerul mamar, atacul ischemic sau accidentele de transport au scăzut în număr constant, ajungându-se la unele performanțe care sunt demne de subliniat în această perspectivă a analizei.

Pe fondul atenției pe care Uniunea Europeană o acordă evoluției stării sănătății populației, o atenție la fel de importantă este acordată prevenirii bolilor cauzatoare de decese și a celor care afectează sănătatea. Statistici nemonetare, fără a ține seama de cheltuielile efectuate, arată faptul că în majoritatea țărilor, prin măsuri de protecție s-a reușit reducerea numărului de accidente, iar o analiză efectuată pe cele două sexe, bărbați și femei, arată că protecția acordată a avut efecte pozitive. Unele țări au condiții mai bune de viață și au sistemul general sanitar este mai bine conturat, au luat o sumedenie de măsuri care nu se întâlnesc în celelalte state membre.

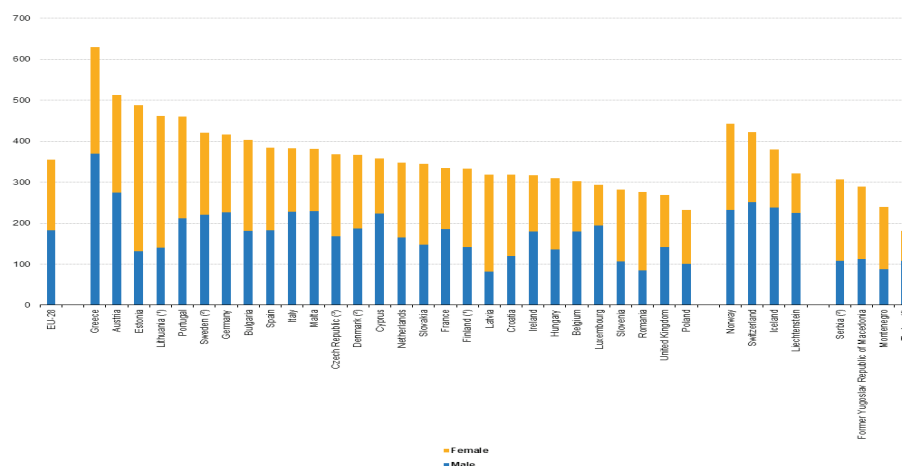
Un alt indicator care măsoară starea de sănătate este dat de numărul de medici care există în fiecare țară. Acest indicator, calculat și el la 100.000 de locuitori, evidențiază situații diferite. Astfel, numărul medicilor și asistenților în cele 28 de state membre, este corespunzător. Aceasta reprezintă o creștere

an de an, ajungându-se ca în 2014 Grecia să dețină recordul la rate cele mai înalte, cu 612 medici generaliști la 100.000 de locuitori, Austria cu 505; urmează Portugalia cu 443, Lituania 431, Suedia 412, Germania 411. Există și situația în care numărul fizioterapiștilor și al medicilor este mai mic. Din acest punct de vedere putem da ca exemplu Portugalia, unde numărul este de doar 231 de fizioterapeuți și medici la 100.000 de locuitori. România se situează puțin mai jos decât aceste țări, având un număr de aproape 360 de fizioterapeuți și medici la 100.000 de locuitori.

Un alt indicator pe care l-am avut în vedere în această analiză a condițiilor stării de sănătate a populației este numărul de dentiști, medici stomatologi și farmaciști. Pe baza unor studii comparative, constatăm că în unele state membre, acest indicator a crescut. Astfel, Grecia și Bulgaria au 98 cadre de profil, Slovacia 49, Malta 37, Polonia 34, iar în România sunt 31 dentiști la 100.000 de locuitori. În Figura nr. 3 este prezentat numărul de fizioterapeuți.

Numărul de medici, la 100 000 de locuitori, pe sexe, UE, 2015

Figura nr. 3



(*) Estimates.
 (†) 2014.
 (‡) 2013.
 Source: Eurostat (online data codes: hlth_rs_phys and demo_pjan)

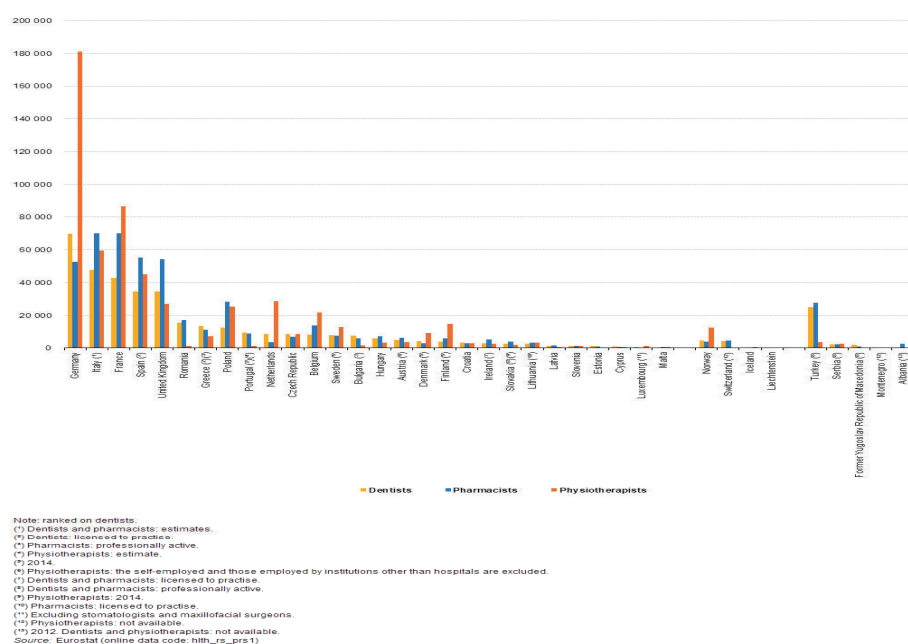
Sursa: Eurostat

În Figura 4 putem constata situația în fiecare dintre țările membre ale Uniunii Europene în ceea ce privește numărul de dentiști, farmaciști și fizioterapeuți care acționează în fiecare țară. România se situează undeva, cam

la mijlocul acestei reprezentări grafice, având un nivel redus la numărului de fizioterapeuți, dar un număr rezonabil de stomatologi și farmaciști.

Numărul dentiștilor, farmaciștilor și fizioterapeuților în UE în anul 2015

Figura nr. 4



Sursa: Eurostat

Alte țări, cum este Finlanda, au performanțe foarte ridicate din punctul de vedere al celor trei categorii. Categoria care ridică unele probleme este cea a stomatologilor și o analiză calitativă a valorii pregătirii acestora scoate în evidență și alte neajunsuri existente în sistemul de sănătate al europenilor.

Din cele prezentate rezultă că Uniunea Europeană trebuie să implementeze un program mai riguros privind standardele de sănătate pe care trebuie să le implementeze țările membre.

Concluzii

În acest articol, autorii au căutat să sublinieze care este starea sănătății în Uniunea Europeană, precum și politica pe care Uniunea Europeană intenționează să o implementeze în acest domeniu. Din acest punct de vedere rezultă câteva concluzii. O primă concluzie este aceea că, încă, în sistemul

general de sănătate din Uniunea Europeană trebuie întreprinse în continuare măsuri energice, atât de armonizare, cât și de dezvoltare a relațiilor, schimburi științifice de specialitate, cercetări în domeniul producerii medicamentelor, cercetări în ceea ce privește cauzele de deces și tratamentele aplicabile. A doua concluzie ar fi aceea că țările membre, pentru a atinge un standard superior în domeniul sănătății, trebuie să facă eforturi financiare și să aloce sume suplimentare, care să poată fi utilizate în acest domeniu. O ultimă concluzie, dacă putem să spunem astfel, se referă la faptul că o serie din Uniunea Europeană, mai ales cele care au aderat mai târziu, au unele rămăneri în urmă în ceea ce privește alinierea la standarde.

Bibliografie

1. Arbyn, M., Raifu, A., Weiderpass, E., Bray, F. and Anttila, A. (2009). Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union. *European Journal of Cancer*, 45 (15), 2640-2648
2. Bjarnason-Wehrens, B. et al. (2010). Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey. *European Journal of Preventive Cardiology*, 17 (4), 410-418
3. De Vos, C., Li, X., Van Vlaenderen, I., Saka, O., Dendale, P., Eyssen, M. and Paulus, D. (2012). Participating or not in a cardiac rehabilitation programme: factors influencing a patient's decision. *European Journal of Preventive Cardiology*, 20 (2), 341-348
4. Dodd, L., Al-Nakeeb, Y., Nevill, A. and Forshaw, M. (2010). *Preventive Medicine*, 51 (1), 73-77
5. Helmert, U., Cacace, M., Grimmeisen, S., Wendt, C. and Rothgang, H. (2005). The changing role of the state in health care systems in OECD countries--research questions, research design and first results. *Gesundheitswesen*, 67 (2), 89-95
6. Jagger, C., Gillies, C., Moscone, F. et al. (2009). Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *The Lancet*, 372 (9656), 2124-2131
7. Kuitto, K. (2011). More than just money: Patterns of disaggregated welfare expenditure in the enlarged Europe. *Journal of European Social Policy*, 21 (4), 348-364
8. Nichols, M., Townsend, N., Scarborough, P. and Rayner, M. (2013). Trends in age-specific coronary heart disease mortality in the European Union over three decades: 1980-2009. *European Heart Journal*, 34 (39), 3017-3027
9. Sjostrom, M., Oja, P., Hagstromer, M., Smith, B. J. and Bauman, A. (2006). Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. *Journal of Public Health*, 14 (5), 291-300
10. Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M. et al. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374 (9686), 315-323
11. Wendt, C. (2009). Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. *Journal of European Social Policy*, 19 (5), 432-445
12. *** <http://ec.europa.eu/eurostat>; European Statistics