

PERCEPȚII ASUPRA STĂRII DE SĂNĂTATE ȘI EVALUAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA ÎN CONTEXT EUROPEAN

COSMINA-ELENA POP

O stare bună de sănătate reprezintă un element esențial pentru a avea o viață bună. Ea constituie o resursă importantă pentru a putea învăța, pentru a avea o slujbă și, prin aceasta, pentru asigurarea unui venit, pentru dezvoltare și îndeplinirea propriilor obiective. Starea de sănătate este rezultatul a numeroși factori la nivel individual și social. La nivel individual, starea de sănătate este influențată de caracteristicile socioeconomice (vârsta, sexul, mediul rezidențial, educația, ocupația, venitul etc.), dar și de moștenirea genetică, precum și de valorile și de alegerile pe care le fac oamenii cu privire la propria stare de sănătate. La nivel social, calitatea serviciilor medicale, precum și accesul la acestea, calitatea mediului înconjurător constituie factori cu influență asupra stării de sănătate.

Această secțiune prezintă starea de sănătate a românilor în context european, așa cum este evaluată de către subiecți în cercetarea *European Quality of Life Survey (2003–2016)*. Pentru descrierea stării de sănătate au fost utilizați cei trei indicatori din cadrul cercetării: evaluarea propriei stări de sănătate, autoraportarea unei afecțiuni cronice (fizice sau psihice) sau handicap și percepția limitărilor în viața de zi cu zi cauzate de existența unei afecțiuni de lungă durată. În ceea ce privește serviciile de sănătate, au fost utilizați indicatori privind percepția calității serviciilor publice de sănătate în general, dar și pe segmente ale serviciilor, percepția dificultăților de acces la servicii de sănătate, utilizarea diferitelor tipuri de servicii de sănătate, percepția tratamentului egal și a corupției în cadrul acestor servicii publice, precum și indicatori referitori la percepția dificultăților de a suporta costurile unor servicii medicale în caz de nevoie.

Starea de sănătate a populației României este precară în contextul celorlalte state membre ale UE, prin prisma indicatorilor obiectivi. Speranța de viață la naștere în România era în anul 2016 de 75,3 ani, situând țara noastră printre țările cu cea mai scăzută speranță de viață la naștere (Bulgaria, Letonia și Lituania cu o speranță de viață la naștere de 74,9 ani), media UE fiind de 81 de ani (Eurostat 2018). De asemenea, România avea, în 2015, a doua cea mai ridicată rată a

Adresa de contact a autorului: Cosmina-Elena Pop, Institutul de Cercetare a Calității Vieții, Academia Română, Calea 13 Septembrie, nr. 13, sector 5, 050711, București, România, e-mail: cosminapop@gmail.com.

mortalității generale din UE, de peste 1 500 de decese la 100 de mii de locuitori, media UE fiind în jur a 1 000 de decese (Eurostat 2018). Țara noastră se situează între statele cu o mortalitate ridicată cauzată de bolile circulatorii și cerebrovasculare. Mortalitatea cauzată de accidente de trafic este cea mai ridicată din UE, dar valori ridicate de mortalitate în context european sunt și cele cauzate de bolile digestive, de infarctul miocardic, de tuberculoză, de cancerul de col uterin, de boli cronice de ficat, de cauze situate în perioada perinatală. În ceea ce privește mortalitatea cauzată de neoplasme/neoplasme maligne, România se află aproape de media europeană (Eurostat, 2018). Rata mortalității infantile a situat țara noastră pe primul loc între statele europene pentru mulți ani, deși față de 1990 s-au înregistrat progrese importante. În 2016, rata mortalității infantile în România a fost de 7‰, aproape dublu față de media europeană, dar mai scăzută decât în Malta (7,4‰).

Sistemul public de sănătate se confruntă cu numeroase probleme: subfinanțare, personal medical insuficient, un nivel de corupție încă ridicat, un număr mic de contribuabili la sistemul de asigurări sociale în condițiile diminuării populației active și mai ales a celei ocupate. Inegalitățile de acces rămân destul de ridicate între diferite regiuni ale țării, dar și între diferite categorii sociale. Finanțarea sănătății ca procent din PIB, în anul 2015 (4,95% din PIB), plasa România pe ultimul loc între statele europene, fiind la jumătate față procentul alocat de țări dezvoltate, precum Franța, Germania, Olanda, Danemarca, Belgia etc. (Eurostat 2018).

O provocare importantă asupra sistemului de sănătate din România este exercitată de îmbătrânirea demografică, aflată într-o continuă accentuare.

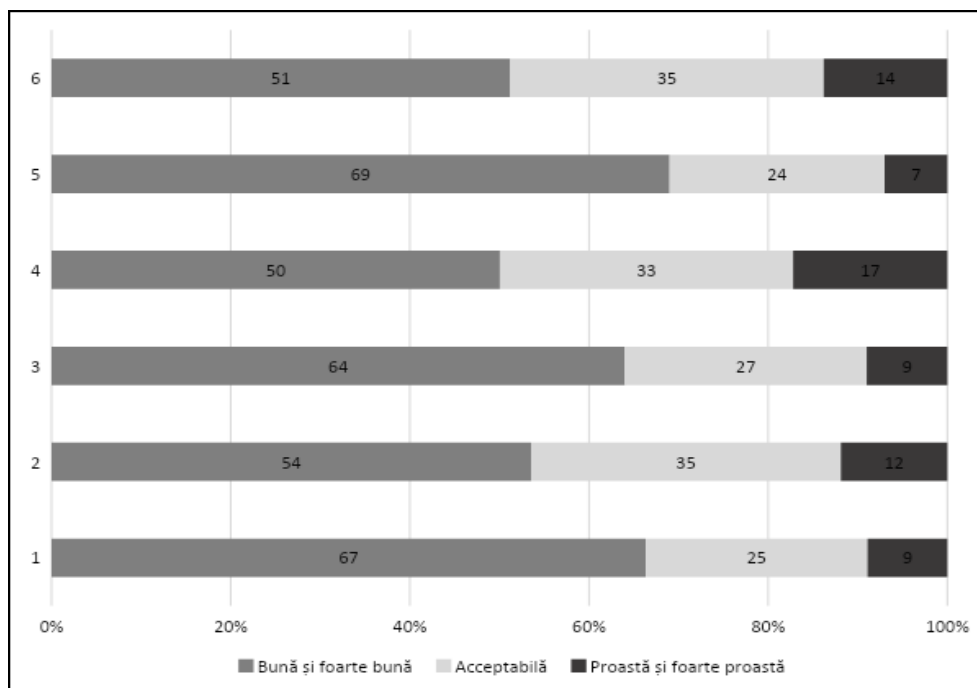
EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE

Din perspectiva calității vieții, accentul cade pe modul în care oamenii își apreciază starea de sănătate. În anul 2016, cei mai mulți subiecți din România (51%) își apreciază starea de sănătate ca fiind „bună și foarte bună”, 35% dintre ei o evaluează ca fiind „acceptabilă” și doar o mică parte o consideră „proastă și foarte proastă”. În timp, evaluările rămân relativ constante pentru România. Aceste evaluări, percepții ale oamenilor cu privire la starea lor de sănătate sunt filtrate de valorile personale, de așteptările și dorințele lor referitoare la sănătate.

Comparativ cu ceilalți cetățeni europeni, românii își evaluează mai slab starea de sănătate, în anul 2016, doar cetățenii din Croația și din Lituania considerau într-o mai mare măsură ca starea lor de sănătate este proastă. Și în cercetările anterioare EQLS (2007, 2011), românii se aflau între europenii care își apreciau cel mai slab starea de sănătate.

Grafic 1

Evaluarea propriei stări de sănătate în perioada 2007–2016 (%)



Q48. În general, cum ați spune că este sănătatea dvs.? 1. Foarte bună; 2. Bună; 3. Acceptabilă; 4. Proastă; 5. Foarte proastă. *Notă:* în grafic au fost unite variantele de răspuns „foarte bună” și „bună”; „proastă” și „foarte proastă”.

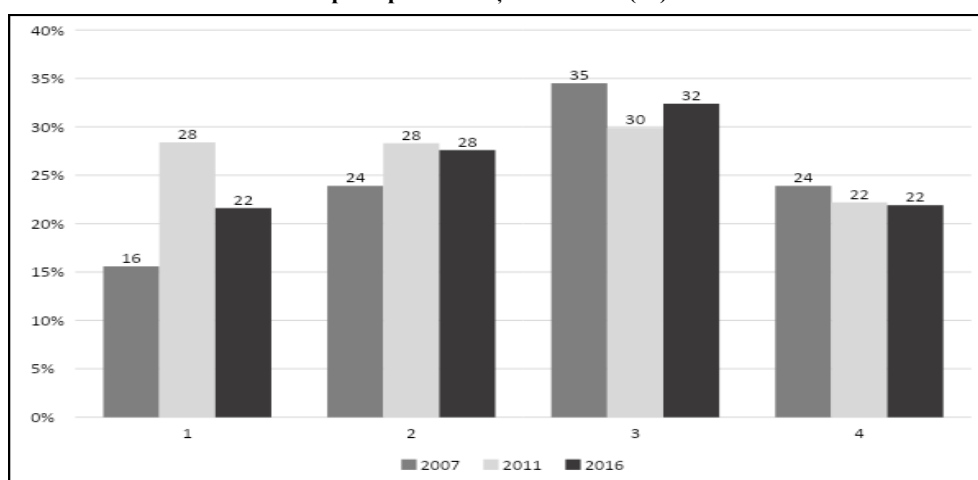
Deși respondenții români își apreciază starea de sănătate destul de slabă, aceștia raportează într-o mai mică măsură față de ceilalți cetățeni europeni, existența unei afecțiuni cronice, fizice sau psihice, boală sau handicap. În 2016, 22% dintre subiecții din România spuneau că suferă de o astfel de afecțiune față de 28% media UE. În schimb, aproape o treime (32%) din populația care suferă de o afecțiune cronică sau un handicap percepe limitări în viața de zi cu zi, într-o mai mare măsură față de media UE de 22% (Grafic 2). Este posibil ca bolile cronice să fie subdiagnosticate în România comparativ cu celelalte țări, iar în cazul diagnosticării bolilor cronice, aceasta să se facă la momente în care boala se află într-o formă avansată, când limitarea funcționării zilnice este deja importantă.

Starea de sănătate se află în strânsă legătură cu poziția ocupată de o persoană în structura socială, iar evaluarea propriei stări de sănătate variază în funcție de caracteristicile poziției sociale ale subiectului: mediul de rezidență, sex, vârstă, educație, ocupare, venit etc. Subiecții care locuiesc în mediul rural își apreciază starea de sănătate în mod negativ într-o mai mare măsură față de cei din mediul

urban atât în România, cât și în majoritatea statelor europene. În țara noastră, în toate valurile cercetării (2003–2007), persoanele din mediul rural își evaluează mai slab starea de sănătate față de cei din mediul urban. În anul 2016, proporția celor care își apreciau starea de sănătate ca fiind „proastă și foarte proastă” era dublă în rural (18%) față de urban (9%), iar diferențele între cele două medii de rezidență par mai accentuate în România față de media UE (*Tabelul nr. 1*).

Grafic 2

Autoraportarea unei afecțiuni cronice, fizică sau psihică, boală sau handicap și a limitărilor percepute în viața de zi cu zi (%)



Q49. Aveți vreo afecțiune cronică (v-a cauzat neplăceri o anumită perioadă de timp) fizică sau psihică, boală sau handicap? Prin afecțiune cronică (de durată) mă refer la acea boală sau problemă de sănătate care a durat sau este de așteptat să dureze 6 luni sau mai mult. 1. Da. 2. Nu. Q50 (doar dacă Q49=1) Sunteți limitat în activitățile dvs. zilnice de această afecțiune fizică, psihică, boală sau handicap? 1. Da, foarte mult; 2. Da, într-o oarecare măsură; 3. Nu.

În general, femeile își evaluează starea de sănătate într-un registru negativ în comparație cu bărbații. Această tendință este explicată de Alber și Kohler (2004) prin faptul că femeile petrec mai mult timp în stare de boală de-a lungul vieții: speranța de viață mai mare, o prevalență mai ridicată a bolilor cronice, inclusiv cele psihice, mai multe zile petrecute în incapacitate de muncă în cazul sarcinilor și perioadelor de creștere a copiilor etc. Relația este prezentă în majoritatea țărilor europene. Mărginean et al. (2006) evidențiau o evaluare a stării de sănătate mai slabă în cazul femeilor și pentru cercetarea din 2003, subliniind că diferențele femei–bărbați sunt mai accentuate în România față de media UE. În anul 2016, 17% dintre femeile din România își evaluau starea de sănătate ca fiind în general proastă, față de 10% în cazul bărbaților. De asemenea, femeile raportează existența unei afecțiuni cronice sau dizabilități într-o mai mare măsură față de bărbați: 26% dintre femei și 17% dintre bărbați.

Evaluările stării de sănătate devin accentuat negative odată cu înaintarea în vârstă. În anul 2016, doar câteva procente pentru primele categorii de vârstă considerau că au o stare de sănătate în general proastă. La categoria de vârstă de 50–64 de ani, 17% dintre subiecți evaluau negativ starea de sănătate, dar pentru cei de peste 65 de ani, evaluările se deteriorează foarte mult, peste 39% din subiecții acestei categorii se află în această situație. De asemenea, conform așteptărilor, cei mai mulți dintre cei care suferă de afecțiuni cronice sau dizabilitate sunt din aceste categorii de vârstă: 30% dintre respondenții români cu vârste între 50–64 ani și 56% dintre subiecții de peste 65 de ani. Și limitările percepute se accentuează o dată cu vârsta. Relația este similară și pentru UE, dar în România subliniem în special situația dificilă pentru cei de peste 65 de ani.

Tabelul nr. 1

Proporția celor care evaluează negativ starea de sănătate după mediul de rezidență, sex și vârstă (%)

			2007	2011	2016
Mediu de rezidență	România	Rural	14	22	18
		Urban	10	11	9
	UE	Rural	9	10	8
		Urban	8	9	7
Sex	România	Masculin	11	12	10
		Feminin	13	22	17
	UE	Masculin	8	8	6
		Feminin	9	10	8
Vârsta	România	18–24	3	2	1
		25–34	4	2	1
		35–49	6	7	5
		50–64	19	25	17
		65+	27	48	39
	UE	18–24	1	2	2
		25–34	2	3	2
		35–49	6	6	4
		50–64	11	12	9
		65+	19	19	15

Q48. În general, cum ați spune că este sănătatea dvs.? 1. Foarte bună; 2. Bună; 3. Acceptabilă; 4. Proastă; 5. Foarte proastă. *Notă:* Proporția celor care menționează o stare de sănătate „proastă și foarte proastă”. Diferențele sunt semnificative pentru categoriile menționate (Testul Chi-pătrat este semnificativ cu o probabilitate de $p < 0,05$, excepție face categoria rural–urban 2007 pentru România).

Diferențe în ceea ce privește evaluarea stării de sănătate sunt date și de nivelul de educație. Evaluările negative ale stării de sănătate și auto-raportarea unei afecțiuni cronice sau dizabilități le identificăm la persoanele cu un nivel redus de educație (cei care au cel mult 8 clase: 30% dintre subiecții care au „cel mult

8 clase” și 35% dintre persoanele cu educație scăzută. Relația dintre nivelul de educație și evaluarea stării de sănătate este similară și la nivelul UE.

Relația dintre nivelul venitului și evaluarea stării de sănătate a fost pusă în evidență în cercetări anterioare. Persoanele din cea mai mică cuartilă de venit își apreciază mai degrabă negativ starea de sănătate comparativ cu cei din quartilele superioare. Persoanele din cuartila superioară de venit au cele mai bune evaluări ale stării de sănătate. Relația este valabilă în România pentru toate valorile cercetării. Aceeași relație între quartilele de venit și evaluarea stării de sănătate este regăsită și la nivelul UE, mai puternică în statele mai sărace, după cum s-a evidențiat în cercetările precedente (Alber și Kohler 2004).

Respondenții din România cu o stare de sănătate proastă au un nivel ridicat de deprivare materială. Cei care au evaluat negativ starea de sănătate, duceau lipsă de aproximativ 4 itemi din 6 incluși în indicele de deprivare¹, care ia valorile de 3,9 (2007), 4,02 (2011) și 4,13 (2016).

Tabelul nr. 2

Proporția celor care își evaluează negativ starea de sănătate în funcție de educație și quartile de venit (%)

			2007	2011	2016
Educație	România	Maxim 8 clase	21	36	30
		Liceu/școală profesională	11	13	8
		Facultate/post-universitar	0	3	2
	UE	Maxim 8 clase	13	15	12
		Liceu/școală profesională	7	8	6
		Facultate/post-universitar	4	5	4
Venitul – quartile	România	1	22	27	30
		2	18	23	20
		3	9	15	11
		4	2	8	4
	UE	1	14	17	13
		2	11	12	8
		3	8	6	5
		4	5	5	4

Q48. În general, cum ați spune că este sănătatea dvs.? 1. Foarte bună; 2. Bună; 3. Acceptabilă; 4. Proastă; 5. Foarte proastă. *Notă:* Proporția celor care menționează o stare de sănătate „proastă și foarte proastă”. Diferențele sunt semnificative pentru categoriile menționate (Testul Chi-pătrat este semnificativ cu o probabilitate de $p < 0,05$).

¹ Indicele de deprivare materială este calculat ca sumă a itemilor pe care o gospodărie nu și-i poate permite (Q89). 1. Menținerea unei temperaturi adecvate în locuință; 2. O săptămână de vacanță pe an plătită, departe de casă (nu la rude); 3. Înlocuirea oricărei piese de mobilier uzate; 4. O masă cu carne, pui sau pește o dată la două zile, dacă doriți acest lucru; 5. Cumpărarea de haine noi, și nu la mâna a doua; 6. Invitarea unor prieteni sau rude la masă sau la un pahar cel puțin o dată pe lună).

SERVICIILE DE SĂNĂTATE

În primele cercetări EQLS (2003–2011), indicatorii dedicați serviciilor de sănătate se refereau la evaluarea calității sistemului public de sănătate în general și percepției privind dificultatea de a accesa serviciile medicale în caz de nevoie. În cercetarea din 2016, au fost incluși noi indicatori care permit o evaluare mai detaliată a serviciilor medicale din perspectiva cetățenilor europeni. Noile seturi de indicatori diferențiază între segmente ale serviciilor medicale, între utilizatori și non-utilizatori ai serviciilor de sănătate, precum și percepției privind dificultatea de a acoperi costurile pentru serviciile medicale. De asemenea, noii indicatori vizează percepții privind tratamentul egal în cadrul serviciilor de sănătate, dar și a existenței corupției.

PERCEPȚIA ASUPRA ACCESULUI LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE

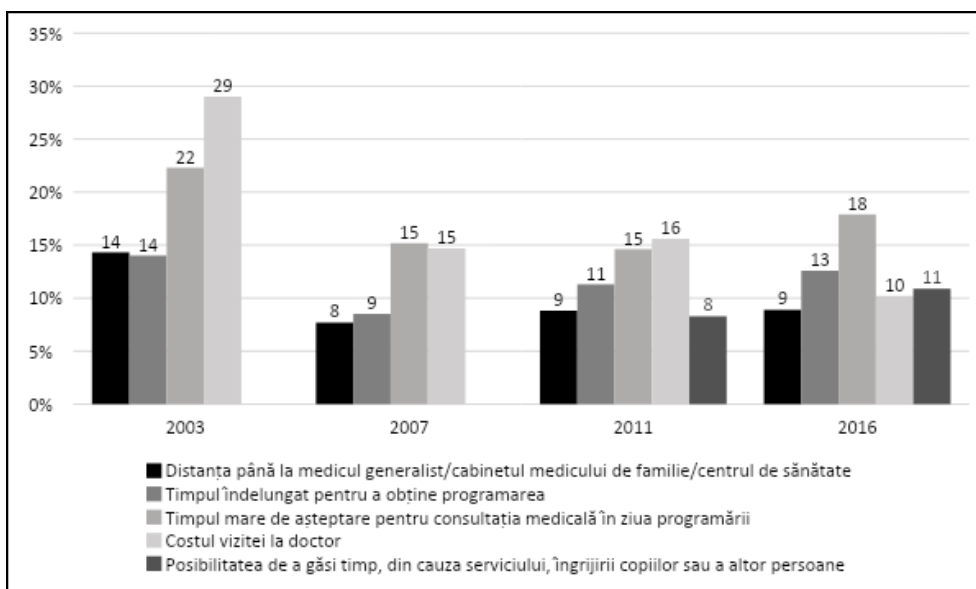
Accesul la servicii de sănătate este un element important în asigurarea unei stări de sănătate bune la nivelul populației. Indicatorii din cercetarea EQLS urmăresc evaluarea accesibilității serviciilor de sănătate din perspectiva oamenilor și a posibilelor obstacole pe care le pot întâmpina. În 2003 și 2007, întrebările referitoare la acces au vizat percepția accesului: din perspectiva distanței față de medic/cabinet, timpului necesar pentru a obține o programare, timpului mare de așteptare în ziua consultației și a costului. Din 2011, a fost introdus un alt item referitor la posibilitatea de a găsi timp între slujbă și sarcinile de îngrijire. În anul 2016, textul întrebării privind accesul la serviciile de sănătate s-a modificat astfel încât se referă doar la serviciile medicale primare (medic generalist, medic de familie sau centru de sănătate), excluzând serviciile spitalicești.

Dificultățile percepute de către respondenții români s-au redus între 2003 și 2016 în toate aspectele menționate. În 2003, cel mai mare obstacol de acces, perceput de către români, era cel legat de costul vizitei la doctor. Astfel, 30% dintre respondenți spuneau că este „foarte dificil” din cauza costului implicat de vizita la doctor. Sub efectul îmbunătățirii nivelului de trai și a creșterii veniturilor populației în anii următori, s-a diminuat procentul românilor care considerau costurile implicate de vizita la doctor ca un obstacol. În 2007 și 2011, aproximativ 15% din respondenții din România menționau acest aspect ca fiind „foarte dificil”, iar în 2016 doar 10%.

Timpul pare a fi un obstacol din mai multe puncte de vedere (timp pentru a obține programarea, timpul de așteptare în ziua consultației, timpul necesar între îndatoririle de slujbă și cele de îngrijire a copiilor sau a altor persoane dependente).

Grafic 3

Percepția dificultăților de acces la serviciile de sănătate în România, 2003–2016.
Proporția celor care au menționat accesul ca fiind „foarte dificil” (%)



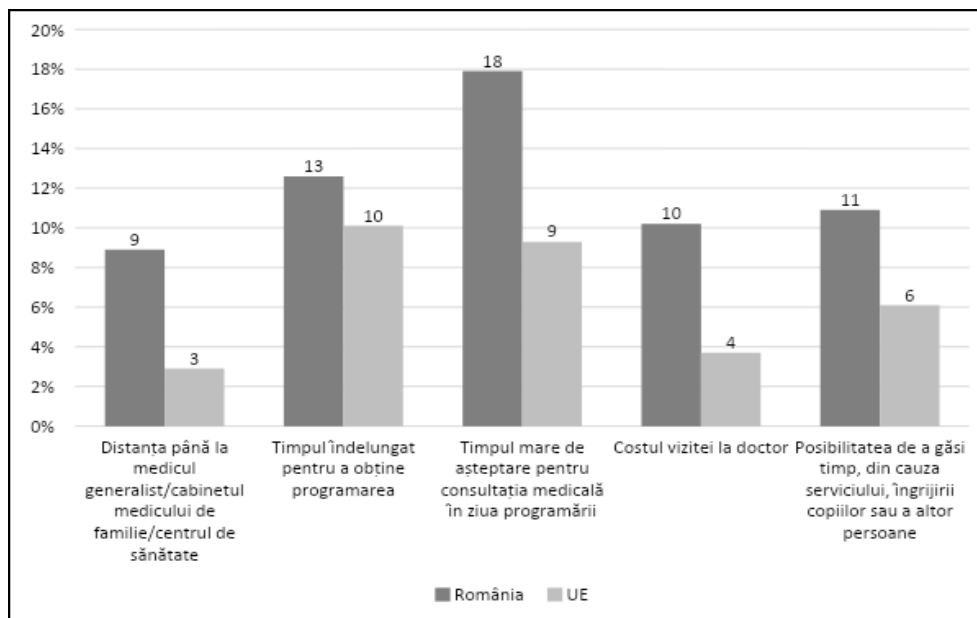
Q61. Gândindu-vă la ultima dată când a fost nevoie să vă consultați sau să vă tratați un medic generalist, un medic de familie sau să mergeți la un centru de sănătate, în ce măsură fiecare din următoarele au făcut ca acest lucru să vă fie dificil sau nu? 1. Distanța până la medicul generalist/cabinetul medicului de familie/centrul de sănătate; 2. Timpul îndelungat pentru a obține programarea; 3. Timpul mare de așteptare pentru consultație medicală în ziua programării; 4. Costul vizitei la doctor; 5. Posibilitatea de a găsi timp, din cauza serviciului, îngrijirii copiilor sau a altor persoane. Variantele de răspuns: 1. Foarte dificil; 2. Puțin dificil; 3. Deloc dificil.

În context european, românii sunt dezavantajați în privința accesului la serviciile medicale, sub toate aspectele investigate. Distanța reprezintă un obstacol important, fiind menționat ca aspect pentru care accesul este „foarte dificil” de către 9% dintre respondenții din România, triplu față de media UE. Percepția, indicator subiectiv, se suprapune peste inegalitățile majore de acces la servicii medicale primare între diferite regiuni, județe, localități din România. Numeroase localități din mediul rural au servicii medicale primare insuficiente sau acestea lipsesc.

Timpul de așteptare în ziua programării este menționat ca fiind un aspect „foarte dificil” de către 18% dintre români, ilustrând situația supraîncărcării medicilor în contextul unui număr insuficient de personal medical în România prin migrația acestora în afara țării. Costurile implicate de vizita la medic este un aspect menționat de 10% dintre subiecții români ca fiind foarte dificil, față de 4% din cetățenii din UE. Românii percep dificultăți mai mari și despre celelalte aspecte legate de timp (timpul de așteptare pentru a obține o programare sau posibilitatea de a găsi timp pentru a merge la medic între sarcinile de slujbă și cele de îngrijire).

Grafic 4

**Dificultăți percepute de acces la serviciile de sănătate, în 2016, în România și UE.
Proporția celor care consideră accesul ca fiind „foarte dificil” (%)**



Q61. Gândindu-vă la ultima dată când a fost nevoie să vă consultați sau să vă tratați un medic generalist, un medic de familie sau să mergeți la un centru de sănătate, în ce măsură fiecare din următoarele au făcut ca acest lucru să vă fie dificil sau nu? 1. Distanța până la medicul generalist/cabinetul medicului de familie/centrul de sănătate; 2. Timpul îndelungat pentru a obține programarea; 3. Timpul mare de așteptare pentru consultație medicală în ziua programării; 4. Costul vizitei la doctor; 5. Posibilitatea de a găsi timp, din cauza serviciului, îngrijirii copiilor sau a altor persoane. Variantele de răspuns: 1. Foarte dificil; 2. Puțin dificil; 3. Deloc dificil.

Accesul la servicii medicale este unul dintre factorii care contribuie la evaluarea stării de sănătate de către respondenți, în special în România, o țară cu numeroase probleme în zona serviciilor de sănătate (Precupețu și Pop 2016.)

UTILIZAREA SERVICIILOR MEDICALE

Indicatorii cu privire la utilizarea serviciilor de sănătate de către subiect sau un membru al gospodăriei în ultimele 12 luni vizează: serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate, asistența medicală de urgență, serviciile spitalicești sau cele medicale specializate, prescrierea rețetelor online sau telefonic și consultațiile medicale online sau telefonic.

Pentru România, acest set de indicatori evidențiază o utilizare redusă a serviciilor medicale în context european pentru toate categoriile de asistență medicală.

Tabelul nr. 3

**Utilizarea serviciilor medicale în funcție de tipul de asistență medicală și de beneficiar
în ultimele 12 luni în 2016 (%)**

		România	UE
Serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate	Respondentul a beneficiat	24	34
	Altcineva din gospodărie a beneficiat	23	16
	Nimeni	33	17
	Atât respondentul, cât și altcineva din gospodărie	20	34
Asistență medicală de urgență	Respondentul a beneficiat	6	9
	Altcineva din gospodărie a beneficiat	14	11
	Nimeni	79	78
	Atât respondentul, cât și altcineva din gospodărie	1	2
Serviciile spitalicești sau cele medicale specializate	Respondentul a beneficiat	12	21
	Altcineva din gospodărie a beneficiat	14	19
	Nimeni	71	51
	Atât respondentul, cât și altcineva din gospodărie	3	10
Prescrierea rețetelor online sau telefonic	Respondentul a beneficiat	3	12
	Altcineva din gospodărie a beneficiat	5	7
	Nimeni	91	75
	Atât respondentul, cât și altcineva din gospodărie	1	5
Consultații medicale online sau telefonic	Respondentul a beneficiat	2	9
	Altcineva din gospodărie a beneficiat	2	6
	Nimeni	96	83
	Atât respondentul, cât și altcineva din gospodărie	1	3

Q60. Dvs. sau altcineva din gospodăria dvs. a beneficiat de vreunul din următoarele servicii în ultimele 12 luni? 1. Serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate; 2. Asistență medicală de urgență; 3. Serviciile spitalicești sau cele medicale specializate; 4. Prescrierea rețetelor online sau telefonic; 5. Consultații medicale online sau telefonic. Variante de răspuns: 1. Eu; 2. Altcineva din gospodăria dvs.; 3. Nimeni.

Serviciile de medicină primară (serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate) sunt cele mai utilizate în toate țările europene. În Suedia, Austria, Germania și Danemarca peste 40% dintre respondenți au menționat că au utilizat în ultimele 12 luni serviciile de medicină primară. Subiecții din România au fost între europenii care au utilizat în cea mai mică măsură aceste servicii (24%), alături de bulgari (22%). Și în privința asistenței medicale de urgență, europenii care apelează mai des la aceste servicii sunt cei din Luxemburg, Suedia și Slovenia (peste 15%), media europeană fiind de 9%, în timp românii utilizează într-o mai mică măsură aceste servicii (6%).

Serviciile spitalicești și cele medicale specializate sunt cele mai costisitoare pentru bugetul sistemelor de sănătate. Și în cazul acestor servicii, românii sunt

europenii care le accesează cel mai puțin (12%), în timp ce media UE este de 21%, iar țările cu cea mai ridicată accesare a acestor servicii în ultimele 12 luni sunt Germania (27%), Austria (28%), Suedia (30%), Olanda (31%) și Danemarca (32%).

Serviciile medicale prin telefon și internet sunt cele cu cea mai redusă utilizare în România. Între țările europene, există diferențe majore în utilizarea serviciilor de prescriere a rețetelor online sau telefonic și de consultații online sau telefonic. În unele țări (Suedia, Danemarca, Olanda, Finlanda) aceste servicii medicale sunt raportate de peste 30% dintre respondenți, media europeană fiind de 12% utilizatori pentru prescrierea rețetelor online sau telefonic și de 9% utilizatori ai consultațiilor online sau telefonice.

EVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

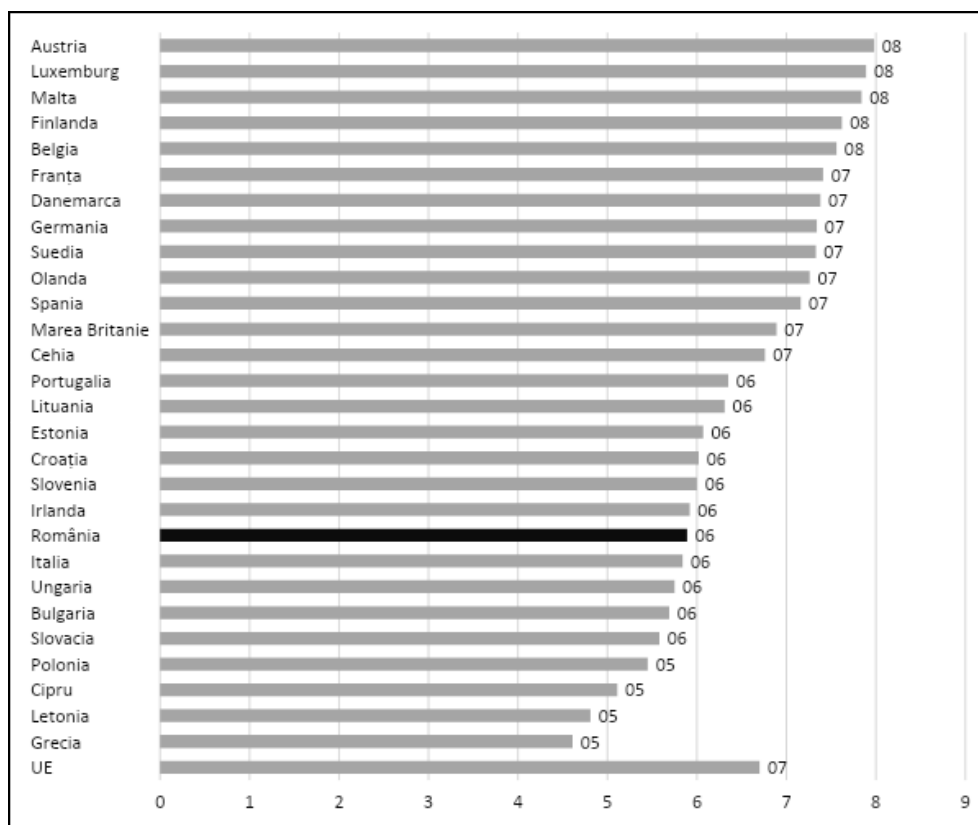
Atât accesul la servicii de sănătate, cât și calitatea acestora contribuie la menținerea și îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Calitatea serviciilor de sănătate este detaliată prin mai multe seturi de indicatori în cercetarea EQLS din 2016. Un indicator general vizează calitatea serviciilor publice de sănătate și acesta este prezent în toate valurile cercetării 2003–2016.

Un set de indicatori propune evaluarea calității serviciilor de sănătate primare și a serviciilor spitalicești sau cele medicale specializate. De asemenea, au fost introduse două seturi de indicatori care își propun măsurarea satisfacției utilizatorilor de servicii primare/spitalicești sau de specializare cu mai multe aspecte implicate în actul medical: calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele), competența și profesionalismul personalului, atenția personală acordată, inclusiv atitudinea personalului și timpul alocat, faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea.

În context european, calitatea serviciilor de sănătate din România este slab evaluată (5,9), situându-se sub media europeană (6,7) și mult sub rezultatele înregistrate pentru țări precum Austria (8), Luxemburg (7,9) și Malta (7,8).

În perioada 2003–2016, calitatea serviciilor publice de sănătate s-a situat la un nivel slab de evaluare, mereu sub media europeană. În anul 2011 se înregistrează pentru România o scădere a mediei evaluării calității serviciilor de sănătate, probabil sub influența efectelor crizei economice, care au condus la restrângeri bugetare severe, inclusiv închiderea a numeroase spitale. În anul 2016, s-a cunoscut o îmbunătățire a acestei medii pentru România, efectul revenirii după criza economică și sporirea resurselor și în acest domeniu.

Grafic 5

Evaluarea calității serviciilor publice de sănătate în statele europene în anul 2016 (medii)

Q58. În general, cum evaluați calitatea următoarelor servicii publice în România? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă calitate foarte proastă și 10 înseamnă calitate foarte bună.
1. Serviciile de sănătate.

În toate țările europene, calitatea serviciilor medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate și calitatea serviciilor spitalicești sau celele medicale specializate sunt superior evaluate față de calitatea serviciilor publice de sănătate în general. Explicația acestei diferențe de evaluare o putem relaționa de contactul direct și relativ frecvent al subiecților cu aceste servicii, ajungând în timp la o relație bazată pe familiaritate cu personalul din serviciile primare. Relația este valabilă și în cazul României (*Tabelul nr. 4*).

Tabelul nr. 4

Evaluarea calității serviciilor publice de sănătate în statele UE, medii

	Calitatea serviciilor de sănătate				Calitatea serviciilor medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate	Calitatea serviciilor spitalicești sau cele medicale specializate
	2003	2007	2011	2016	2016	2016
Austria	8,1	7,8	8,0	8,0	8,4	7,9
Belgia	7,6	7,7	7,7	7,6	7,7	7,4
Bulgaria	3,5	4,7	4,5	5,7	6,9	6,1
Cipru	6,0	5,9	5,4	5,1	6,9	6,0
Cehia	5,8	6,4	6,5	6,8	7,2	7,0
Germania	6,5	6,0	6,6	7,3	8,0	7,7
Danemarca	7,0	7,0	7,4	7,4	7,9	7,8
Estonia	5,8	6,0	5,8	6,1	7,0	6,5
Grecia	5,1	4,9	4,8	4,6	6,0	5,1
Spania	6,3	6,8	7,0	7,2	7,5	7,1
Finlanda	7,4	7,6	7,1	7,6	7,5	8,1
Franța	7,1	7,1	6,9	7,4	7,8	7,2
Croația	-	5,0	5,4	6,0	7,0	6,4
Ungaria	5,3	5,1	5,1	5,8	7,1	5,8
Irlanda	5,3	4,9	4,9	5,9	7,9	6,6
Italia	5,8	5,3	5,5	5,8	7,0	6,2
Lituania	5,1	5,2	5,2	6,3	7,5	7,1
Luxemburg	7,1	7,4	7,5	7,9	8,4	7,7
Letonia	5,1	5,1	5,2	4,8	6,6	6,2
Malta	6,6	7,0	7,2	7,8	8,1	8,0
Olanda	6,7	7,2	7,2	7,3	7,7	7,6
Polonia	4,7	5,0	4,7	5,5	6,5	5,8
Portugalia	4,9	4,9	5,5	6,4	6,8	6,4
România	5,6	5,5	4,7	5,9	7,1	6,2
Suedia	6,8	7,6	7,3	7,3	6,9	7,8
Slovenia	5,8	5,8	6,4	6,0	7,4	6,9
Slovacia	3,7	5,8	4,9	5,6	6,8	6,4
Marea Britanie	6,5	6,5	7,0	6,9	7,1	7,1
UE	6,2	6,1	6,3	6,7	7,4	6,9

Q58. În general, cum evaluați calitatea următoarelor servicii publice în România? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă calitate foarte proastă și 10 înseamnă calitate foarte bună. 1. Serviciile de sănătate. Q59. În general, cum evaluați calitatea următoarelor servicii publice în România? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă calitate foarte proastă și 10 înseamnă calitate foarte bună. 1. Serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate. 2. Serviciile spitalicești sau cele medicale specializate. *Notă:* Pentru anul 2003, este vorba de media pentru UE25.

În 2016, subiecții care au utilizat serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate sau serviciile spitalicești sau cele medicale specializate au fost rugați să își exprime satisfacția față de anumite aspecte

implicate de actul medical. Gradul de satisfacție cu privire la calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele), competența și profesionalismul personalului, atenția personală acordată, inclusiv atitudinea personalului și timpul alocat, faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea este destul de ridicat în majoritatea statelor europene, inclusiv în România. Mediile obținute pentru cele două tipuri de servicii de sănătate pentru cele patru aspecte vizate sunt ușor mai mici în România față de media europeană. Gradul de satisfacție față de aspectele implicate în accesarea serviciilor este similar când utilizatorul serviciilor este respondentul sau alt membru al familiei.

Tabelul nr. 5

Satisfacția față de diferite aspecte în utilizarea serviciilor medicale în 2016 (medii)

	Calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele)	Competența și profesionalismul personalului	Atenția personală care v-a fost acordată, inclusiv atitudinea personalului și timpul alocat	Faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea dvs.
Serviciile unui medic de medicină generală, ale unui medic de familie sau ale unui centru de sănătate				
România	7,6	7,8	7,8	7,8
UE	7,9	8	7,9	7,8
Serviciile spitalicești sau la servicii medicale specializate				
România	7,1	7,3	7	7,4
UE	7,8	7,9	7,6	7,6

Q62. Ați menționat că ați apelat la serviciile unui medic de medicină generală, ale unui medic de familie sau ale unui centru de sănătate. Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „foarte nemulțumit(ă)” și 10 înseamnă „foarte mulțumit(ă)”, vă rog să îmi spuneți cât de mulțumit(ă) sau nemulțumit(ă) ați fost de fiecare din următoarele aspecte ultima dată când ați apelat la serviciu: 1. Calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele); 2. Competența și profesionalismul personalului; 3. Atenția personală care v-a fost acordată, inclusiv atitudinea personalului și timpul alocat; 4. Faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea dvs.

Q64. Ați menționat că ați apelat la serviciile spitalicești sau la servicii medicale specializate. Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „foarte nemulțumit(ă)” și 10 înseamnă „foarte mulțumit(ă)”, vă rog să îmi spuneți cât de mulțumit(ă) sau nemulțumit(ă) ați fost de fiecare din următoarele aspecte ultima dată când ați apelat la serviciu: 1. Calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele); 2. Competența și profesionalismul personalului; 3. Atenția personală care v-a fost acordată, inclusiv atitudinea personalului și timpul alocat; 4. Faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea dvs.

EVALUAREA TRATAMENTULUI EGAL ÎN CADRUL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE ȘI PERCEPȚII ASUPRA CORUPȚIEI ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

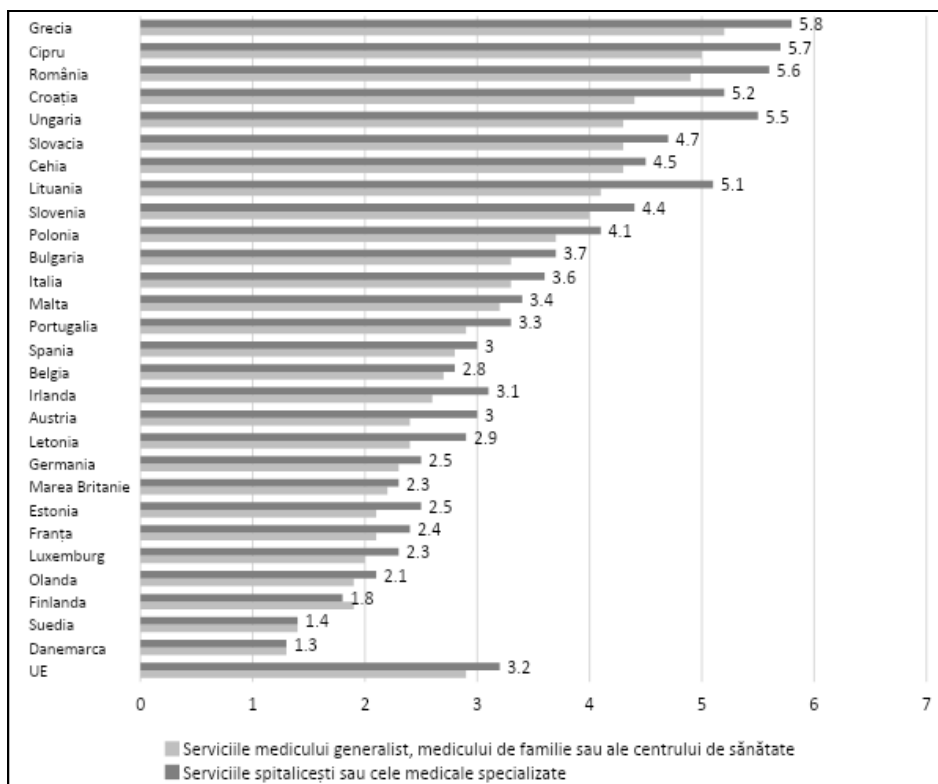
În anul 2016, au fost introduși indicatori cu privire la tratamentul egal al persoanelor în cadrul serviciilor de sănătate (fie primare, fie spitalicești și de specialitate) și indicatori privind percepția corupției. Întrebările au fost adresate tuturor

respondenților (indiferent dacă au utilizat sau nu serviciile de sănătate) și se referă la serviciile disponibile în zona în care locuiesc. Cei mai mulți europeni au considerat că „Toate persoanele sunt tratate la fel în cadrul acestor servicii în zona mea”. Pe o scală de la 1 la 10, media europeană a fost 7,6 (pentru serviciile medicului generalist, medicului de familie sau ale centrului de sănătate) și 7,3 (pentru serviciile spitalicești sau cele medicale specializate). Tratatul egal este perceput accentuat pozitiv în țări precum Malta, Austria, Danemarca, cu medii peste 8,3, iar cel mai scăzut în Cipru, Grecia, Croația. România se plasează aproape de media europeană, evaluând în mai mare măsură pozitiv egalitatea tratamentului în cazul serviciilor medicului generalist, medicului de familie sau ale centrului de sănătate (7,4) față de egalitatea tratamentului în cadrul serviciilor spitalicești sau cele medicale specializate (6,7).

În schimb, în ceea ce privește percepția existenței corupției în cadrul serviciilor de sănătate, România este a treia țară după Grecia și Cipru în care corupția este percepută la un nivel înalt în ambele tipuri de servicii. Cel mai redus nivel de corupție este perceput în Finlanda, Suedia, Danemarca.

Grafic 7

Percepția corupției în serviciile de sănătate, 2016 (medii)



Q63. În ce măsură sunteți de acord sau în dezacord cu următoarele afirmații despre serviciile medicului generalist, medicului de familie sau ale centrului de sănătate din zona dvs.? Vă rog să

folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „în dezacord complet” și 10 înseamnă „complet de acord”: 2. Corupția este un lucru comun în aceste servicii în zona mea.

Q66. În ce măsură sunteți de acord sau în dezacord cu următoarele afirmații referitoare la serviciile spitalicești sau cele medicale specializate din zona dvs.? Vă rog să îmi spuneți, folosind o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „în dezacord complet” și 10 înseamnă „complet de acord”: 2. Corupția este un lucru comun în aceste servicii în zona mea.

PERCEPȚII ASUPRA DIFICULTĂȚILOR DE A ACOPERI COSTURILE PENTRU SERVICIILE DE SĂNĂTATE

Indicatorii privind percepția dificultăților de a acoperi costurile pentru anumite servicii medicale au fost incluși în cercetarea din 2016. Subiecții sunt rugați să evalueze cât de dificil le-ar fi în cazul în care ar trebui să acopere costurile pentru servicii de sănătate, precum: serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate, asistență medicală stomatologică, serviciile unui psiholog, psihiatru sau alte servicii de sănătate mintală, asistență medicală de urgență și alte servicii spitalicești sau medicale specializate. În context european, românii fac față mai greu în acoperirea cheltuielilor asociate serviciilor de sănătate amintite. Proporția românilor care au menționat că le-ar fi „mai degrabă dificil și foarte dificil” este aproape dublă față de proporția cetățenilor UE pentru fiecare tip de serviciu de sănătate. Tabloul dificultăților percepute în acoperirea costurilor serviciilor medicale este foarte divers în UE, dar România se situează într-o poziție dezavantajată în condițiile unui nivel de trai redus.

Tabelul nr. 6

Dificultăți percepute în acoperirea costurilor pentru serviciile de sănătate în 2016 (%)

		Serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate	Asistență medicală stomatologică	Serviciile unui psiholog, psihiatru sau alte servicii de sănătate mintală	Asistență medicală de urgență	Alte servicii spitalicești sau medicale specializate
România	Mai degrabă ușor și foarte ușor	37	17	19	35	21
	Nici ușor, nici dificil	29	23	25	24	26
	Mai degrabă dificil și foarte dificil	34	60	57	41	53
UE	Mai degrabă ușor și foarte ușor	67	44	42	58	51
	Nici ușor, nici dificil	16	20	23	19	21
	Mai degrabă dificil și foarte dificil	18	36	35	23	29

Q67. Cât de ușor sau dificil v-ar fi să acoperiți cheltuielile pentru fiecare dintre următoarele, dacă ar fi să apelați la acestea mâine? 1. Serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate; 2. Asistență medicală stomatologică; 3. Serviciile unui psiholog, psihiatru sau alte servicii de sănătate mintală; 4. Asistență medicală de urgență; 5. Alte servicii spitalicești sau medicale specializate. 1. Foarte ușor; 2. Mai degrabă ușor; 3. Nici ușor, nici dificil; 4. Mai degrabă dificil; 5. Foarte dificil.

În România, femeile percep dificultăți mai mari în comparație cu bărbații în ceea ce privește acoperirea costurilor serviciilor medicale menționate în cadrul cercetării. La fel, subiecții din mediul rural sunt cei care percep dificultăți mai ridicate pentru toate tipurile de servicii de sănătate. Dificultățile percepute sunt mai mari pentru categoriile de vârstă de 50–64 de ani și peste 65 de ani. Persoanele cu un nivel scăzut de educație sunt cele care au dificultăți mai ridicate pentru acoperirea costurilor, la fel și persoanele aflate în quartilele cele mai scăzute de venit.

CONCLUZII

- În general, oamenii își evaluează propria stare de sănătate pozitiv. Peste jumătate dintre respondenții români apreciază că sănătatea lor este „bună și foarte bună”. Evaluarea stării de sănătate în România rămâne relativ constantă între anii în care a fost realizată cercetarea EQLS.

- În context european, românii sunt printre cetățenii europeni care își evaluează mai slab starea de sănătate. În 2016, doar croații și lituanienii își apreciau starea de sănătate în măsură mai mare ca „proastă și foarte proastă”. Românii raportează mai puțin existența unei afecțiuni cronice sau dizabilități în comparație cu alți europeni, dar dintre cei care o fac, percep și limitări mai mari în viața de zi cu zi.

- Evaluarea stării de sănătate, ca măsură subiectivă, variază în funcție de variabilele asociate poziției sociale a persoanei (mediu de rezidență, sex, vârstă, educație, venituri). Ies în evidență dezavantaje importante pentru subiecții din mediul rural, pentru persoanele de peste 65 de ani, pentru cei cu un nivel redus de educație, precum și pentru cei din cea mai scăzută quartilă de venit.

- Românii percep dificultăți de acces la serviciile de sănătate într-o mai mare măsură față de ceilalți europeni sub toate aspectele investigate.

- Cetățenii din România au utilizat serviciile medicale în ultimele 12 luni (serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate, asistență medicală de urgență, serviciile spitalicești sau cele medicale specializate, prescrierea rețetelor online sau telefonic și consultații medicale online sau telefonic) într-o mai mică măsură în comparație cu ceilalți cetățeni europeni.

- Calitatea serviciilor publice de sănătate în general este evaluată mai slab în context european, sub media europeană, deși în 2016 s-a înregistrat o îmbunătățire a acestei evaluări față de anul 2011. Calitatea serviciilor de sănătate este mai bine evaluată atunci când evaluarea se face pe componente (serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate și serviciile spitalicești sau cele medicale specializate).

- Români percep într-o mare măsură existența unui tratament egal al persoanelor în cadrul serviciilor de sănătate. Percepția corupției în serviciile de sănătate este printre cele mai mari din UE, după Grecia și Cipru.

- În comparație cu ceilalți cetățeni europeni, românii raportează dificultăți mai mari în cazul nevoii de a acoperi costul serviciilor de sănătate (serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate, asistență medicală stomatologică, serviciile unui psiholog, psihiatru sau alte servicii de sănătate mintală, asistență medicală de urgență și alte servicii spitalicești sau medicale specializate).

- Indicatorul referitor la evaluarea stării de sănătate rămâne relativ constant în perioada 2007–2016, evidențiind mai degrabă o stare de sănătate precară în context european. Totuși, efectul crizei economice poate fi observat în 2011 prin cele mai slabe evaluări ale stării de sănătate în cazul României. Efectul crizei este mai evident în cazul indicatorului privind calitatea serviciilor publice de sănătate care înregistrează cea mai mică valoare în 2011, ca apoi să cunoască o îmbunătățire semnificativă în 2016.

BIBLIOGRAFIE

- Alber, Jens, and Ulrich Köhler. 2004. *Health and care in an enlarged Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef03107en_0.pdf.
- Eurofound. 2017. *European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1733en.pdf.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2018. *European Quality of Life Survey Integrated Data File, 2003–2016*. [data collection]. 3rd Edition. UK Data Service. SN: 7348, <http://doi.org/10.5255/UKDA-SN-7348-3>.
- Eurostat, 2018. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
- Mărginean, Ioan și Iuliana, Precupețu (coordonatori), Mihai Dumitru, Flavius Mihalache, Adina Mihăilescu, Gabriela Neagu, Raluca Popescu, Ana Maria Preoteasa, Laura Tufă, Marian Vasile. *Calitatea vieții în România 2010*. București: Editura Expert și CIDE. http://www.arsociologie.ro/images/stories/docs/calitatea_vietii_2010.pdf.
- Mărginean, Ioan, Iuliana Precupețu, Vassil Tzanov, Ana Maria Preoteasa and Bogdan Voicu. 2006. *First European Quality of Life Survey: Quality of life in Bulgaria and Romania*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef0667en.pdf.
- Precupețu, Iuliana și Cosmina-Elena Pop. 2016. „The Role of Access to Healthcare Services in Self-rated Health in Romania, from a European Comparative Perspective”. În *Sociologie românească*, XIV (1): 45–60. [http://www.arsociologie.ro/images/stories/sr/articles/sr_2016_1/SR\(2016\)_14\(1\)_Precupetu&Pop_45-60.pdf](http://www.arsociologie.ro/images/stories/sr/articles/sr_2016_1/SR(2016)_14(1)_Precupetu&Pop_45-60.pdf).
- Precupețu, Iuliana. 2008. „Evaluări ale protecției sociale și îngrijirii sănătății”. În *Calitatea vieții și dezvoltarea durabilă. Politici de întărire a coeziunii sociale*, coordonată de Mărginean, Ioan și Iuliana Precupețu, 137–146. București: Editura Expert.
- Precupețu, Iuliana și Cosmina-Elena Pop. 2018. „Starea de sănătate a populației în România. Pentru o abordare socială în domeniul sănătății”. În *Calitatea vieții: un proiect pentru România* coordonată de Elena Zamfir, și Iuliana Precupețu, 86–123. București: Editura Academiei Române.