

SĂNĂTATEA PERCEPUTĂ, CALITATEA SERVICIILOR PUBLICE DE SĂNĂTATE ȘI SATISFAȚIA FAȚĂ DE VIAȚĂ*

MARIAN VASILE

În această lucrare doresc să testez, într-un cadru multinivel, dacă efectul evaluării sănătății proprii asupra satisfacției față de viață se menține după ce controlez pentru calitatea serviciilor publice de sănătate. Indicatorul global de evaluarea sănătății surprinde atât starea de sănătate efectivă, cât și rezultatul comparării situației proprii cu un standard de sănătate sau cu cea a unui grup de referință. De aceea, mă aștept să observ și un efect de interacțiune între evaluarea sănătății și calitatea serviciilor publice de sănătate. Datele utilizate provin din ultimul val al cercetării European Quality of Life Survey 2011–2012 și sunt analizate folosind regresia multinivel. Rezultatele analizelor statistice susțin ipotezele studiului și deschid drumuri interesante către alte investigații empirice.

***Cuvinte-cheie:** Satisfacția cu viața, evaluarea sănătății proprii, calitatea serviciilor publice de sănătate, regresie multinivel.*

INTRODUCERE

În lucrarea de față, variabila dependentă este satisfacția față de viață, ce reprezintă o evaluare globală a vieții proprii (Andrews și McKennell, 1980). În anul 1991, folosind un eșantion din populația de peste 55 de ani a unui stat american, Joseph Sirgy și colegii săi (Sirgy și alții, 1991) identifică efecte directe ale sănătății percepute și satisfacției față de serviciile medicale primite asupra satisfacției față de viață și un efect slab al interacțiunii dintre acestea. În urma acestui rezultat, autorii propun managerilor din sistemul medical diferite căi de acțiune: îmbunătățirea generală a serviciilor medicale (măsurate aici în mai multe forme: 13 indicatori grupați în patru factori, cum ar fi factorul informare–educare, factorul calitatea serviciului de asigurări medicale sau factorul costurile serviciilor medicale; un indicator general de evaluare a serviciilor din zonă etc.); crearea unor programe de

Adresa de contact a autorului: Marian Vasile, Institutul de Cercetare a Calității Vieții al Academiei Române, Calea 13 Septembrie, nr. 13, sector 5, 050711, București, România, e-mail: vasile.marian@gmail.com.

* Elaborarea acestui material a fost susținută prin granturile oferite de Consiliul Național al Cercetării Științifice, CNCS-UEFISCDI, proiect numărul PN-II-RU-PD-2011-3-0117 și proiect numărul PN-II-ID-PCE-2011-3-0210.

transformare a percepțiilor cu privire la starea de sănătate; concentrarea acțiunilor de îmbunătățire a serviciilor medicale pentru segmentul celor care au o sănătate percepută scăzută. În articol pornesc de la lucrarea acestor autori și doresc să testez, într-un cadru multinivel, folosind date la nivel de țară, dacă există efecte individuale și, de asemenea, dacă calitatea serviciilor publice de sănătate influențează modul în care evaluarea stării proprii de sănătate explică variația satisfacției cu viața.

Lucrarea începe cu prezentarea rezultatelor studiilor care pun în relație evaluarea subiectivă a sănătății, calitatea serviciilor publice și satisfacția cu viața. Pe parcurs introduc ipotezele propriului studiu. Apoi descriu datele, variabilele utilizate și metoda statistică angajată pentru testarea acestora. Prezint rezultatele și închei cu o scurtă discuție.

SATISFAȚIA CU VIAȚA ÎNTRE INDIVID ȘI CONTEXT

Sănătate, servicii și satisfacția față de viață

Cu cât cineva este mai sănătos sau se vede ca fiind mai sănătos, cu atât evaluarea generală a vieții va fi mai pozitivă (Băltătescu, 2009; Turney și alții, 2012; Veenhoven, 1991). Diener și alții (2009) oferă chiar exemple de integrare a măsurilor bunăstării subiective în procesul de elaborare a politicilor publice în domeniul sănătății. Sănătatea subiectivă – fie că este o evaluare a stării, fie satisfacția cu aceasta – descrește odată cu înaintarea în vârstă chiar și atunci când sunt controlate alte variabile (Anderson și alții, 2012). Aceiași autori arată dependența sănătății subiective de situația materială a persoanei: în interiorul aceleiași țări, între cei mai săraci și cei mai bogați există diferențe din acest punct de vedere, cei din urmă declarându-se mai satisfăcuți față de sănătate.

Deși unii autori văd relația în sens invers (Anderson și alții, 2012), cred că evaluarea propriei sănătăți poate fi influențată de calitatea subiectivă a serviciilor publice de sănătate și că ambele pot acționa independent una de alta, dar și una prin cealaltă asupra satisfacției față de viață.

Evaluarea propriei sănătăți, în principiu, este un act individual, fiind rezultanta stării efective de sănătate. Toate celelalte fiind egale, o persoană care suferă de o boală este de așteptat să aibă o calitate a vieții în general mai scăzută decât altcineva care este sănătos. Cine are o boală cronică poate avea o calitate a vieții mai scăzută decât cineva care suferă de o problemă de sănătate pasageră. În același timp, există posibilitatea ca această evaluare să aibă o componentă socială comparativă: o persoană își poate raporta starea la un model ideal de sănătate sau la starea cuiva din grupul de referință. Dacă o persoană percepe că se află la o distanță mare față de modelul ideal, atunci s-ar putea considera mai nesănătoasă decât este în realitate. Dacă o persoană percepe că persoanele de referință au mai multe probleme de sănătate decât are ea, atunci s-ar putea simți mai sănătoasă decât este. Este valabil și în sens invers. Așadar, dincolo de aspectele biologice care creează disconfort – cum ar fi durerile provocate de boală – mai poate acționa mecanismul

comparației sociale pentru a explica relația dintre aceste variabile: viața de calitate este definită social prin raportarea la norme generale valabile în societatea respectivă (Cummins, 2003), dar și la modurile de a trăi ale celor care fac parte din grupul de referință al persoanei bolnave (Festinger, 1954; Michalos, 1985; Suls și Wheeler, 2011). La asemenea mecanisme, putem adăuga adaptarea la noile condiții (Diener și alții, 2006) sau rolul tipului de obiective setate în viață (Headey, 2008). Aceste mecanisme complică interpretarea indicatorului de evaluare a sănătății proprii, fidelitatea sa fiind pusă sub semnul întrebării (Krause și Jay, 1994). Acesta oferă, însă, rezultate consistente cu indicatori obiectivi ai sănătății și este util în analiza inegalității de acces la sănătate (Popescu și alții, 2007).

Starea de sănătate ține atât de grija pe care individul o poartă propriului corp, de predispoziția genetică la boală, dar și de accesibilitatea serviciilor medicale și de calitatea acestora. Deci, ne putem aștepta la o relație între evaluarea subiectivă a sănătății și calitatea subiectivă a serviciilor publice de sănătate. Dacă persoana percepe că sistemul medical nu îi poate satisface nevoile de prevenție și vindecare, atribuindu-i o imagine negativă, atunci se poate renunța la a mai solicita serviciile sistemului. Posibilitatea de a face o programare la consultație, măsura în care programările sunt respectate, amabilitatea personalului medical, accesul la tratament sunt doar câțiva factori care ne fac să considerăm sistemul de servicii medicale ca fiind bun sau rău, eficient sau având lucruri de îmbunătățit. Pe de altă parte, ne reprezentăm eficacitatea sistemului și prin interacțiuni indirecte. Modul în care o persoană apropiată a interacționat cu sistemul, știrile care anunță erori medicale sau dificultăți majore de acces la acesta sunt câțiva dintre factorii care contribuie la aprecierea acestuia într-un mod pozitiv sau negativ. Cercul devine vicios: nu am încredere în sistemul medical, deci apelez mai rar la acesta, ajungând astfel să am o stare proastă de sănătate care se reflectă în evaluarea negativă a acesteia. Cummins și alții (2005) sau Precupețu, Vasile și Vlase (2013) arată cum evaluarea subiectivă a sănătății este asociată semnificativ cu factori precum calitatea fizică a zonei în care cineva locuiește, climatul politic, răspândirea șomajului etc. Este interesant că sănătatea subiectivă nu este asociată, în studiul lui Cummins și colegii săi, cu indicatorii de acces la serviciile de sănătate. Lucrul poate fi explicat prin reducerea efectului acestui indicator odată ce sunt controlați alți indicatori contextuali sau individuali, dar și prin gradul ridicat de omogenitate al vecinătăților studiate (Hooghe și Vanhoutte, 2011). În general, însă, calitatea serviciilor pe care o persoană le poate accesa influențează pozitiv sănătatea subiectivă și evaluarea calității vieții sale (Muhajarine și alții, 2008). Relațiile dintre indicatorii de stare și de evaluare sunt discutate pe larg și în literatura românească de specialitate, de Zamfir și alții (1984), Mărginean (2005a) sau Mărginean (2005b).

Mai multe despre context

Rolul contextului este afirmat în numeroase studii. Conform teoriei nevoilor, sau teoria livabilității, atunci când cetățenii trăiesc într-o societate care le oferă oportunitățile pentru satisfacerea fără probleme a nevoilor primare, dar și a celor

superioare, atunci aceștia vor avea o calitate subiectivă a vieții mai mare. Adică, vor declara că sunt satisfăcuți față de viața lor (Veenhoven, 1993). Deși tipul de stat al bunăstării pare să nu influențeze satisfacția față de viață (Veenhoven și Ouweneel, 1995), dezvoltarea economică (Hagerty și Veenhoven, 2003), instituționalizarea oportunității de a participa la actul politic și de a-l sancționa (Frey și Stutzer, 2000), longevitatea democrației (Jagodzinski, 2010) sau cultura toleranței (Inglehart și Welzel, 2005) sunt doar câteva dintre caracteristicile-cheie ale unui sistem social care crește calitatea vieții individuale și/sau naționale. Îmbunătățirea condițiilor de viață prin dezvoltarea economică, democratizare și creșterea toleranței duce la răspândirea sentimentului de libertate de alegere, aceasta fiind, de fapt, variabila-cheie pentru îmbunătățirea calității subiective a vieții individuale și naționale (Inglehart și alții, 2008). Deși unii autori susțin posibilitatea acestei situații (Veenhoven, 2005), este greu de crezut că oamenii sunt fericiți cu adevărat în condiții de viață grele; contribuția instituțiilor democratice la fericire este maximală ulterior trecerii majorității populației deasupra pragului de sărăcie absolută, adică după ce s-au format instituții economice și juridice care protejează viața și drepturile fundamentale, asigurând oportunități economice (Bjørnskov și alții, 2010). Tranziția în sine de la comunism la capitalism generează costuri sociale ridicate, diminuând impactul pozitiv al libertăților câștigate; incertitudinea dă naștere temerii de a pierde beneficiile deja experimentate, cum ar fi securitatea locului de muncă (Easterlin, 2009) sau atitudinilor anomice (Glatzer și Bos, 1998). La rândul său (Ott, 2011) atribuie o importanță mare pentru satisfacția față de viață a națiunilor, calității tehnice a guvernării. Calitatea serviciilor publice, calitatea politicilor și a procesului de implementare a acestora, credibilitatea guvernării, promovarea mediului de afaceri privat, calitatea activității poliției și a justiției, precum și respectarea legii în general ș.a. sunt, pentru acest autor, trăsături esențiale pentru o viață de calitate. Inglehart și Klingemann (2000) arată efectul negativ al longevității regimului comunist asupra bunăstării subiective a națiunilor respective; aceștia susțin că o mare parte din variația bunăstării subiective poate fi explicată prin trăsăturile societății, numind printre acestea și spiritul antreprenorial promovat de protestantism.

Unul dintre factorii cei mai importanți pentru o satisfacție față de viață ridicată este starea de sănătate. Iar starea de sănătate este mai ridicată în țările care alocă mai multe resurse serviciilor aferente și care au o abordare mai degrabă preventivă decât reactivă (Popescu, 2009). La fel se întâmplă și în educație: când inegalitățile sunt accentuate prin însăși slaba organizare a sistemului oficial de învățământ (Voicu și Lupu, 2009), atunci este de așteptat ca sustenabilitatea societății să fie afectată, iar cetățenii să fie mai nemulțumiți față de viața lor. De asemenea, ponderea mare a „sărăcilor care muncesc”, absența flexibilității pe piața muncii, persistența șomajului pe termen lung, dezvoltarea unui sector important al economiei informale (Stănculescu, 2009) sunt tot atâția factori structurali care diminuează calitatea vieții individuale.

Așadar, schimbarea socială care crește calitatea subiectivă a vieții poate fi făcută atât prin transformarea structurilor tari – instituții, grupuri sociale și infrastructură, cât și pun registrul valoric (Sandu, 1999). Mentalitatea unui popor este invocată, adesea, ca explicație pentru modul cetățenilor de a înțelege viața și a se raporta la aceasta. Aceasta

este o explicație parțială și de rangul II, deoarece ignoră condițiile care încadrează procesul de socializare care conturează mentalitățile. Acestea din urmă sunt „puternic dependente de context” și, la rândul lor, „condiționează alegerile și evaluările la nivel de grup social pe durate mari de timp” (Sandu, 2006: 21).

Contextul nu trebuie înțeles exclusiv în termenii avuției naționale. Cultura sau sistemele valorice naționale pot influența, la rândul lor, evaluările pe care indivizii le realizează propriei vieți. Mikucka (2012) arată cum costurile șomajului sunt mai mari în țările care au o cultură individualistă. Autoarea susține că nu putem discuta despre efecte ale sentimentului de vină pe care șomerul l-ar putea eventual trăi, ci, mai degrabă, despre un efect puternic al (absenței) suportului oferit de familie asupra evaluării vieții. În analizele cantitative, pe date de sondaj, este dificil de disociat efectul gradului de dezvoltare al țării de efectul culturii acesteia. Dacă definim cultura prin sistemul de valori, atunci observăm cum socializarea în perioade stabile din punct de vedere politic (fără conflicte armate), economic (fără crize) și social (societate incluzivă) determină emergența valorilor expresive în defavoarea celor materialiste (Inglehart și Welzel, 2005). Easterlin (1974) și Easterlin și alții (2010) consideră că efectul contextului macroeconomic asupra bunăstării subiective este parțial. De la un anumit nivel al bunăstării materiale naționale, evaluarea vieții individuale nu mai câștigă în unități pozitive, putând apărea chiar efecte perverse ale acestuia. Deși datele se contrazic uneori (Bulmahn 2000, Diener și Seligman 2004), se poate observa o ușoară creștere a incidenței depresiei sau scădere a bunăstării mentale, în țările dezvoltate. Pot fi înaintate mai multe explicații: creșterea aspirațiilor (Frey și Stutzer, 2005), alegerea ca standard de referință a unor „idealuri” greu de atins (Graham și Pettinato 2006), teama de a pierde ceea ce a fost obținut sau diminuarea efectului pozitiv al unei schimbări prin costurile schimbării (Tversky și Kahneman, 1991). Sintetic, acestea sunt subsumate în două teorii clasice: teoria utilității marginale (Jeremy Bentham) sau teoria comparației sociale (Festinger, 1954). Conform teoriei comparației sociale, orice individ are tendința naturală de a își evalua opiniile și abilitățile, făcând acest lucru prin comparare cu alții, de regulă similari din punct de vedere psihologic și social. Astfel, individul se poate poziționa în spațiul social, având în vedere că nu există etaloane fizice la care se pot raporta. Arătând că indivizii își compară situația prezentă cu una proprie anterioară sau cu cea a altor persoane, Michalos (1985) consideră că, prin educație, aceștia pot fi ajutați să își elaboreze un sistem mai corect de apreciere a echității sociale. Dacă învață să își raporteze mai rar situația proprie la diferite standarde, interne sau externe, sau învață să își aleagă puncte de referință care pot fi atinse cu resursele deținute, atunci vor reuși să aprecieze mai corect aspectele pozitive ale vieții proprii.

Ipoteze

Așadar, ipotezele studiului de față sunt:

(H1) cu cât evaluarea propriei sănătăți este mai pozitivă, cu atât satisfacția față de viață va fi mai ridicată;

(H2) cu cât calitatea sistemului de servicii publice de sănătate este mai ridicată, cu atât satisfacția față de viață va fi mai ridicată,

(H3) cei care își evaluează pozitiv starea de sănătate vor fi mai satisfăcuți față de viață, dar acest efect se diminuează atunci când calitatea serviciilor publice de sănătate este ridicată.

DESPRE DATE, METODĂ ȘI VARIABLE

Date și metodă

În lucrare folosesc datele culese în cadrul cercetării comparative *European Quality of Life Survey 2011–2012* (EQLS, 2012). În acest val au fost incluse în cercetare 34 de țări europene, cele care sunt membre al Uniunii Europene, dar și altele. Populația de referință pentru fiecare eșantion reprezentativ este formată din adulții cu vârsta egală sau mai mare de 18 ani. Eșantioanele variază între 1 000 și 3 000 de respondenți. Mai multe detalii pot fi găsite pe pagina proiectului de cercetare¹. Datele pot fi consultate de la *UK Data Service*².

Ipotezele mele solicită informații la două niveluri: individ (H1) și țară (H2). Există, de asemenea, o interacțiune între aceste două niveluri (H3). Din acest motiv voi rula o analiză de regresie multinivel folosind programul HLM 7. Celelalte analize sunt realizate folosind programul Stata 13.

Variabila dependentă

Variabila dependentă a analizei este satisfacția față de viață măsurată printr-o singură întrebare: „Luând totul în considerație, cât de mulțumit sunteți de viața dumneavoastră în prezent?”³. Respondenții au fost rugați să aleagă o singură variantă de răspuns pe o scală de la 1, foarte nemulțumit, la 10, foarte mulțumit⁴. Variabila este folosită ca atare în analize.

Variabile independente

Variabilele independente sunt atât la nivelul 1 (individ), cât și la nivelul 2 (de țară).

Evaluarea propriei sănătăți este măsurată printr-un indicator global: „În general, ați spune că sănătatea dumneavoastră este...”, respondenții fiind rugați să aleagă un singur răspuns pe o scală de la 1, foarte bună, la 5, foarte proastă. Celelalte variante de răspuns sunt: 2, bună, 3, acceptabilă și 4, proastă⁵. Variabila a fost recodificată astfel încât valorile mari să indice o sănătate bună și este utilizată ca atare în analize.

¹ <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/eqls/2011/index.htm>.

² <http://ukdataservice.ac.uk/>.

³ Varianta în chestionarul master: „All things considered, how satisfied would you say you are with your life these days?”.

⁴ Variantele de răspuns în chestionarul master: 1, very dissatisfied ... 10, very satisfied.

⁵ Variantele de răspuns în chestionarul master: 1, very good, 2, good, 3, fair, 4, bad, 5 very bad.

În chestionar sunt disponibili o serie de indicatori care măsoară dificultăți de acces la servicii medicale. Întrebarea generală cărora le sunt subsumați este: „Ultima dată când a trebuit să mergeți la doctor sau la medicul specialist, în ce măsură următorii factori au îngreunat acest lucru?”, iar factorii sunt: distanța până la cabinet/ spital/ centrul medical; întârzierea cu care se obține o programare; timpul de așteptare pentru a intra la doctor, în ziua programată; costul vizitei medicale. Variantele de răspuns sunt: 1, foarte dificil, 2, destul de dificil, 3, deloc dificil. Toți indicatorii au fost recodificați în variabile *dummy* cu codul 1, foarte dificil sau destul de dificil și codul 0, deloc dificil⁶. Analiza este rulată, astfel, doar pentru persoanele care au apelat cel puțin o dată la servicii medicale.

Calitatea serviciilor medicale este măsurată ca medie pentru fiecare țară a indicatorului „În general, cum evaluați calitatea următoarelor servicii publice în [țară]: serviciile de sănătate?”. Respondenții au fost rugați să aleagă o singură variantă de răspuns pe o scală de la 1, calitate foarte proastă, la 10, calitate foarte bună⁷. O medie ridicată sugerează că în țara X sistemul public de servicii medicale are o calitate mai bună decât în țara Y, unde media este mai scăzută.

În programul HLM 7 va fi inclusă în analiză și interacțiunea dintre calitatea serviciilor medicale (medie de țară) și evaluarea sănătății (scor individual).

Variabile de control

În modelele explicative ale satisfacției față de viață sunt folosite constant o serie de variabile, indiferent de scopul analizei, dată fiind importanța atestată a acestora. Aici controlez pentru vârstă (valori între 18 și 95 de ani, cei mai în vârstă de 95 de ani fiind cuprinși în valoarea 95), gen (*dummy*, codul 1 fiind desemnat bărbaților), stare civilă (*dummy*, codul 1 fiind desemnat celor care sunt căsătoriți legal sau locuiesc cu partenerul), educație (două variabile *dummy*, codul 1 fiind desemnat educației primare, respectiv educației secundare), venit subiectiv. Venitul subiectiv este măsurat prin întrebarea: „O gospodărie poate avea diverse surse de venit și mai mult de un membru al gospodăriei poate contribui la venit. Dacă vă gândiți la venitul total lunar al gospodăriei dvs., ați spune că faceți față necesităților: 1, foarte ușor, 2, ușor, 3, destul de ușor, 4, cu oarecare greutate, 5, cu greu, 6, cu mare greutate”⁸. Variabila este folosită ca atare în analize. Dată fiind

⁶ Întrebarea, variabilele și variantele de răspuns în chestionarul master: „On the last occasion you needed to see a doctor or medical specialist, to what extent did each of the following factors make it difficult or not for you to do so?”: distance to doctor’s office/hospital/medical centre; delay in getting appointment; waiting time to see doctor on day of appointment; cost of seeing the doctor. 1, very difficult, 2, a little difficult, 3, not difficult at all.

⁷ Întrebarea, variabila și variantele de răspuns în chestionarul master: „In general, how would you rate the quality of each of the following public services in [country]: health services”. 1, very poor quality, 10, very high quality.

⁸ Întrebarea în chestionarul master: „A household may have different sources of income and more than one household member may contribute to it. Thinking of your household’s total monthly income: is your household able to make ends meet: 1, very easily, 2, easily, 3, fairly easily, 4, with some difficulty, 5, with difficulty, 6, with great difficulty.

relația nonliniară dintre vârstă și satisfacția față de viață, am introdus în model și variabila vârstă ridicată la pătrat. Acest lucru ține seama de faptul că satisfacția față de viață tinde să scadă până la o anumită vârstă, iar apoi tinde să crească, chiar dacă nu revine la valorile inițiale.

Mediul de rezidență, urban versus rural, este derivat din întrebarea „Zona în care locuiți o considerați a fi: 1, situată în mediul rural, 2, un sat/un orașel mic, 3, un oraș de mărime medie, 4, un oraș mare sau zona mărginașă a unui oraș mare”⁹.

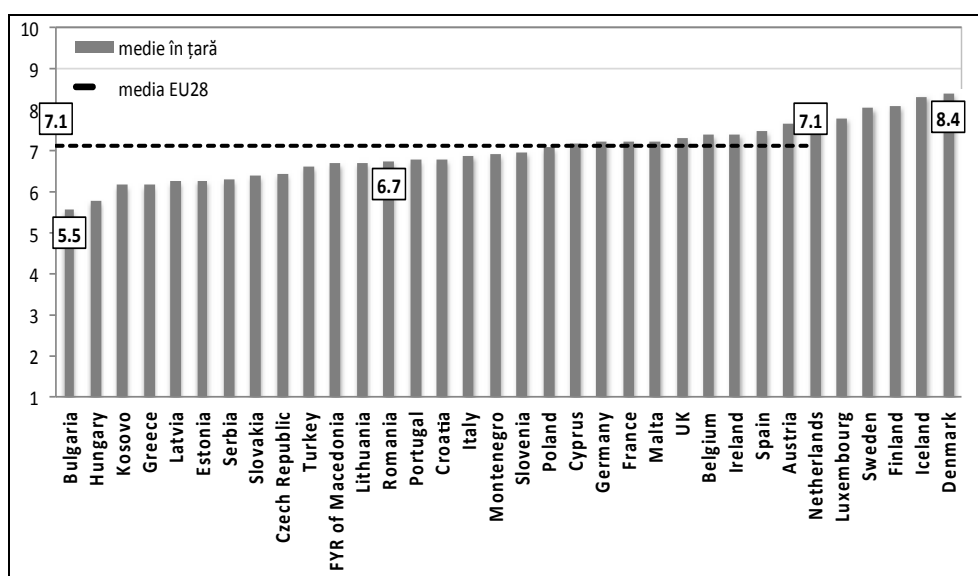
Datele sunt ponderate atât la nivelul 1 cât și la nivelul 2.

REZULTATE

Satisfacția față de viață variază de la o țară la alta, mediile situându-se între 5,5 (Bulgaria) și 8,4 (Danemarca). Românii se poziționează sub media de satisfacție față de viață a țărilor membre ale Uniunii Europene, cei mai satisfăcuți raportat la această valoare fiind locuitorii țărilor nordice (*Fig. 1*).

Figura 1

Satisfacția față de viață în Europa 2011–2012



Sursa datelor: EQLS 2011–2012. Calcule proprii.

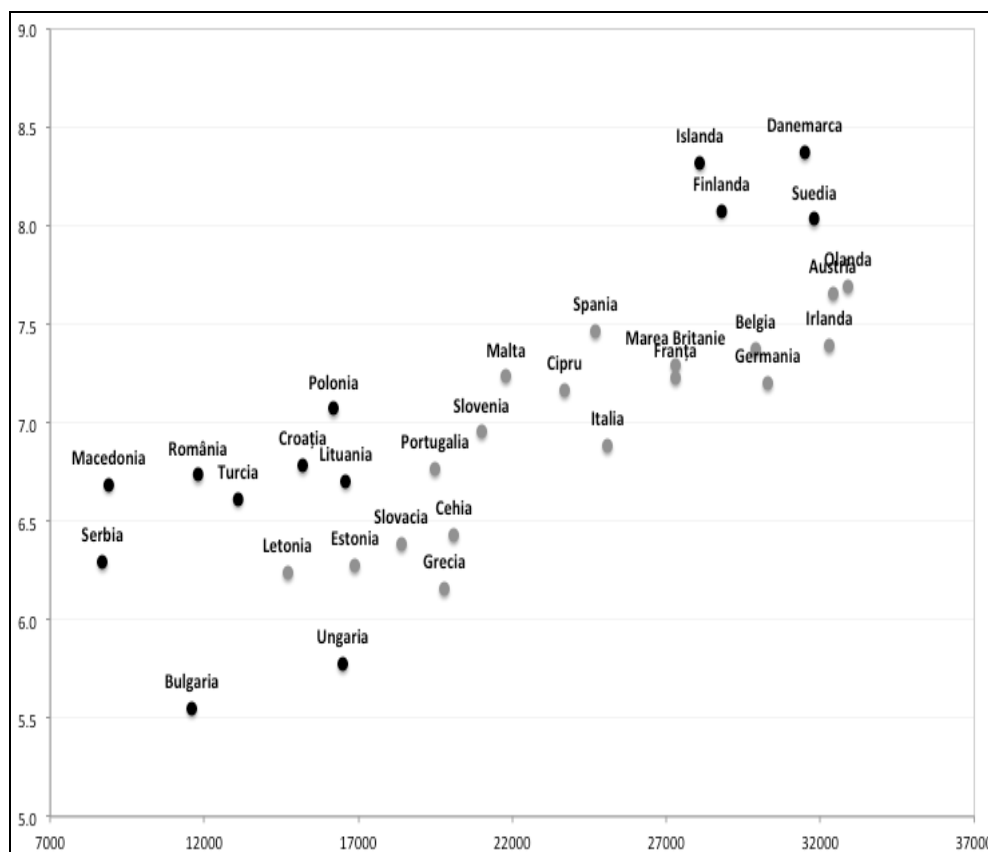
Relația cu gradul de dezvoltare al țării pare liniară, deși sunt anumite incongruențe (*Fig. 2*). Ungaria are, de exemplu, un nivel de satisfacție mai mic decât cel așteptat,

⁹ Întrebarea în chestionarul master: „Would you consider the area in which you live to be: 1, the open country side, 2, a village/small town, 3, a medium to large town, 4, a city or city suburb”.

spre deosebire de România sau Macedonia, care par să aibă un nivel mai ridicat decât cel așteptat. Putem distinge trei grupuri de țări: unul al țărilor balcanice împreună cu Polonia și Lituania, unul al țărilor nordice și cel dat de punctele gri. Distribuția punctelor negre oferă suport pentru construcția culturală a satisfacției (Cummins, 2003; Inglehart și Klingemann, 2000). Istorii similare determină culturi ale satisfacției similare. Distribuția punctelor gri oferă suport pentru teoria lui Easterlin (1974), care susține că de la un nivel al dezvoltării în sus, satisfacția față de viață nu mai crește la fel de accentuat, sau chiar stagnează. Pe de altă parte, această relație trebuie interpretată cu precauție, date fiind limitele PIB-ului ca indicator al dezvoltării (Stiglitz și alții, 2009).

Figura 2

Relația dintre PIB per capita PPS, 2011 și satisfacția față de viață, 2011–2012



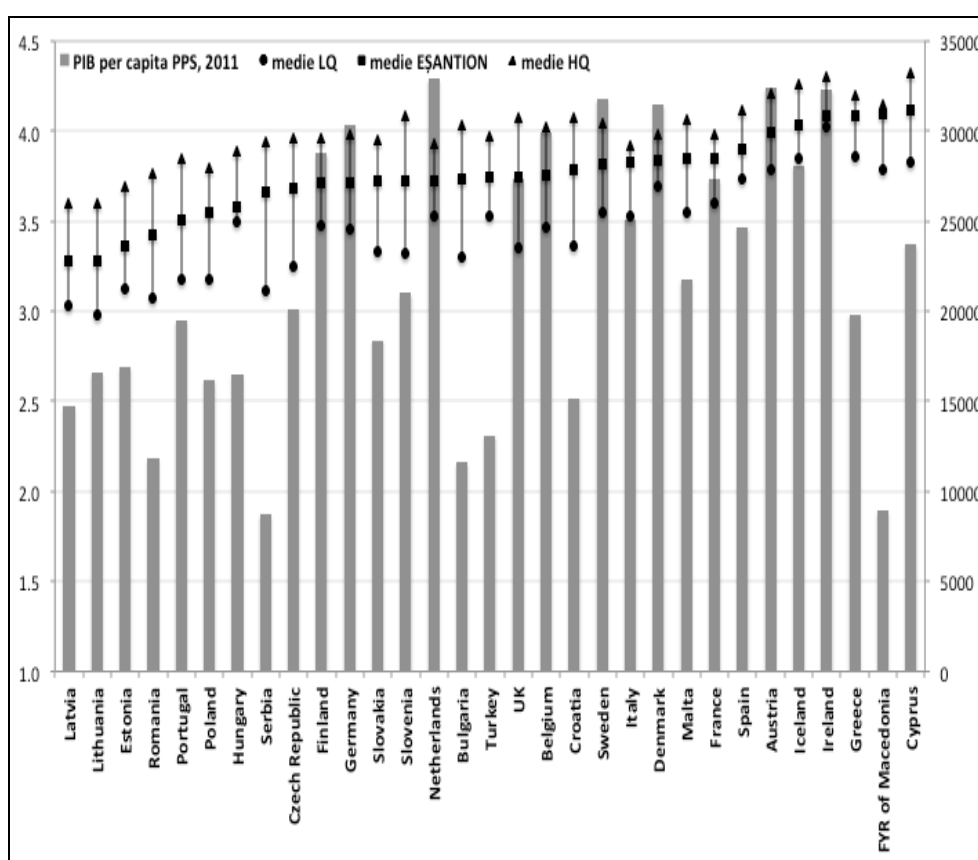
Sursa datelor: EQLS 2011–2012. Calcule proprii.

Evaluarea sănătății proprii depinde de situația materială a persoanei sau gospodăriei din care face parte, dar nu pare să reflecte gradul de dezvoltare al țării.

Cei cu veniturile cele mai mari se percep mai sănătoși decât cei cu veniturile cele mai mici. Această inegalitate pare a se reduce pe măsură ce țara are un PIB pe cap de locuitor mai ridicat (Fig. 3). Când sănătatea proprie este evaluată ca fiind bună sau foarte bună, satisfacția față de viață este mai ridicată decât atunci când este considerată cel mult acceptabilă.

Figura 3

Evaluarea sănătății proprii: medie calculată pentru întreg eșantionul, pentru prima (LQ) și ultima cuartilă (HQ) de venit



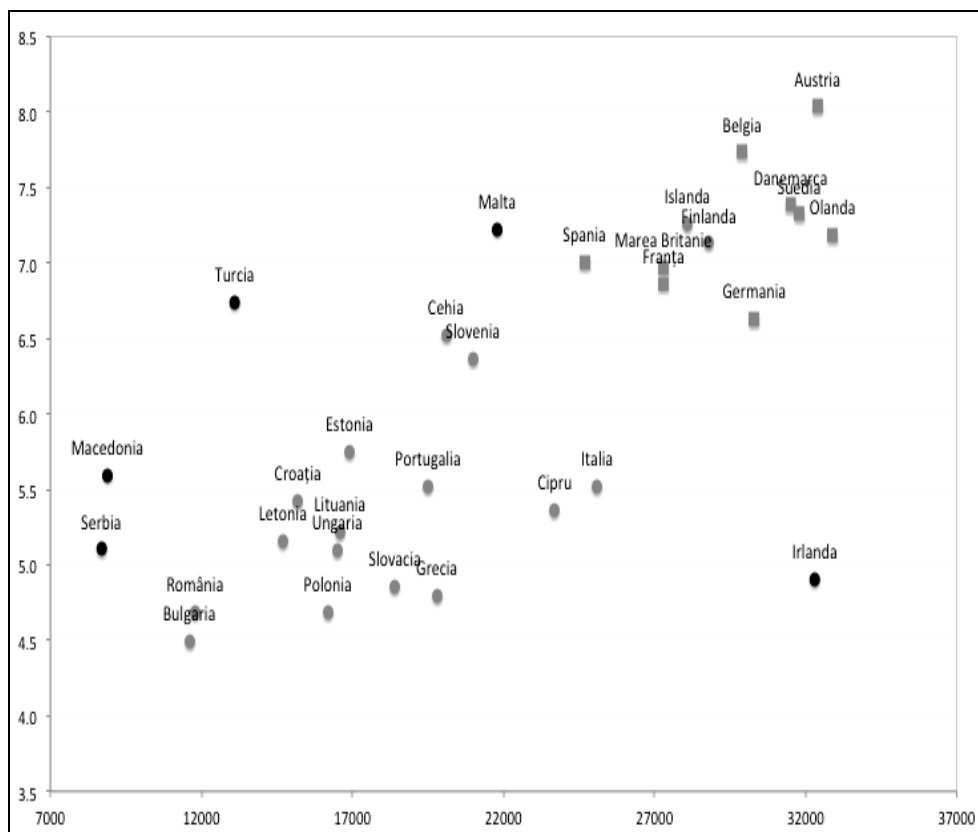
Sursa datelor: EQLS 2011–2012. Calcule proprii.

Calitatea sistemului public de sănătate pare să aibă o relație direct proporțională cu gradul de dezvoltare al țării măsurat prin PIB per capita în PPS, valori din anul 2011 (Figura 4). Excepție de la acest trend par să facă Serbia, Macedonia, Turcia sau Irlanda. Remarcăm, de asemenea, cu câteva excepții, două grupuri în grafic: țările din Europa de Est și Europa Centrală versus țările din Europa de Vest. Această

împărțire sugerează discrepanța ridicată dintre dezvoltarea țărilor, în general, și a serviciilor, în particular.

Figura 4

Relația dintre PIB per capita PPS, 2011 și calitatea serviciilor de sănătate (medie de țară)



Sursa datelor: EQLS 2011–2012. Calcule proprii.

Pentru testarea ipotezelor am rulat un model multinivel pentru cele două medii de rezidență, urban și rural. Am ales să rulez același model pe cele două grupuri deoarece presupun că efectele variabilelor care măsoară dificultatea de acces la serviciile medicale asupra satisfacției față de viață sunt diferite de la un mediu de rezidență la altul. Pentru urban, 10% din varianța satisfacției față de viață se află la nivel de grup, iar pentru rural, 14%.

Rezultatele detaliate sunt prezentate în *Tabelul nr. 1*: mai întâi, am rulat modelul doar la nivelul 1 (individ), evaluarea propriei sănătăți și evaluarea serviciilor publice de sănătate (M1). Apoi am adăugat variabila la nivelul 2 (țară) (M2), continuând în M3 cu interacțiunea dintre cele două niveluri. În fine, modelul M4, include toate variabilele explicative.

Tabelul nr. 1

Factori individuali și contextuali care influențează satisfacția față de viață în urban și rural

Nivel	Indicatori	Urban				Rural			
		M1	M2	M3	M4	M1	M2	M3	M4
	constantă	6.98**	6.98**	6.98**	7.07**	6.96**	6.96**	6.97**	7.00**
1	Evaluarea propriei sănătăți (EpS)	0.56**	0.56**	0.56**	0.44**	0.55**	0.55**	0.54**	0.46**
1	Evaluarea serviciilor publice de sănătate	0.18**	0.18**	0.18**	0.13**	0.18**	0.18**	0.18**	0.14**
2	Calitatea serviciilor publice de sănătate (CSPdS)		0.28**	0.28**	0.14*		0.38**	0.38**	0.20*
Cross level	EpS*CSPdS			-0.06**	-0.05**			-0.07**	-0.07**
1	Bărbat				-0.17**				-0.17**
1	Vârsta				-0.04**				-0.03**
1	Vârsta ²				0.00**				0.00**
1	Venitul gospodăriei: apreciere în raport cu necesitățile				-0.44**				-0.46**
1	Căsătorit(ă), locuiește în prezent cu partenera(ul)				0.36**				0.40**
1	Educație: nivel primar				-0.02				-0.20**
1	Educație: nivel secundar				-0.11**				-0.08
1	Dificultate de acces: distanța până la cabinet/ spital/ centru medical. Foarte dificil sau destul de dificil.				-0.06				-0.11*
1	Dificultate de acces: întârzierea cu care se obține o programare. Foarte dificil sau destul de dificil.				-0.05				-0.05
1	Dificultate de acces: timpul de așteptare pentru a intra la doctor, în ziua programată. Foarte dificil sau destul de dificil.				-0.06				0.02
1	Dificultate de acces: costul vizitei medicale. Foarte dificil sau destul de dificil.				-0.20**				-0.09*
	R ² _{nivel 1}	15%	17%	17%	26%	14%	17%	17%	27%
	R ² _{nivel 2}	38%	53%	53%	66%	31%	51%	51%	64%
	N nivel 1 (indivizi)	17322				15394			
	N nivel 2 (țări)	34							

Sursa datelor: EQLS 2011–2012. Calcule proprii. Valorile din căsuțe reprezintă coeficienții nestandardizați. ** p < 0.01, * p < 0.05. Căsuțele fără ** sau * indică o relație nesemnificativă statistic între acea variabilă independentă și variabila dependentă.

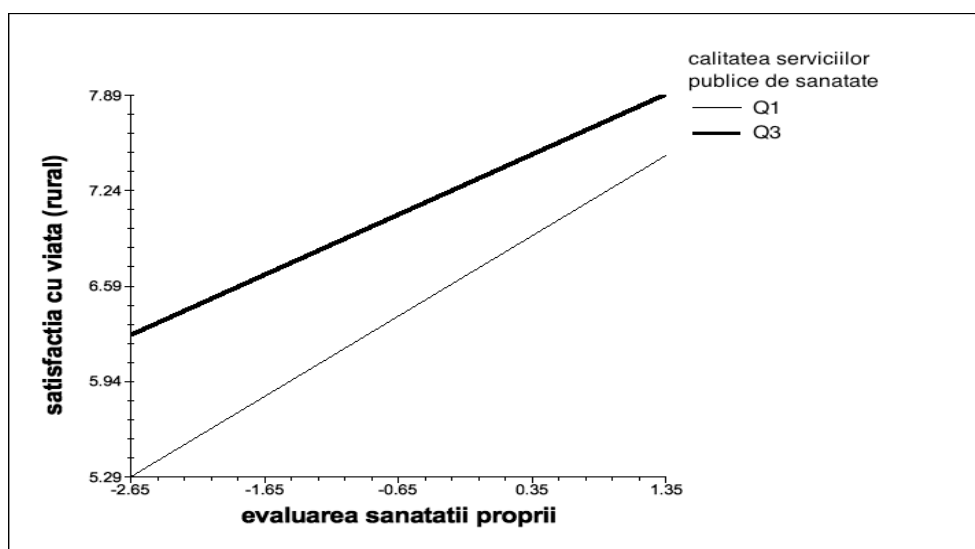
Analizele oferă suport pentru toate cele trei ipoteze. În primul rând, observăm cele două efecte directe așteptate ale evaluării sănătății proprii și calității serviciilor publice de sănătate atât în mediul urban, cât și în cel rural. Cu cât starea de sănătate este evaluată mai pozitiv, cu atât satisfacția față de viață este mai ridicată. Indicatorul de evaluare a sănătății proprii poate măsura, simultan, mai multe lucruri cum ar fi starea efectivă de sănătate sau evoluția stării de sănătate (DeSalvo și alții, 2005). Evaluarea sănătății este mai mult decât o raportare exclusivă la starea de sănătate, având un pronunțat caracter social (Kaplan și Baron-Epel, 2002). Așadar, putem interpreta efectul pozitiv al stării de sănătate asupra satisfacției față de viață în mai multe moduri. Sănătatea este o resursă esențială, indivizii trebuind să aibă grijă ca aceasta să fie menținută la un nivel acceptabil. Sănătatea este contagioasă, virusul vieții bune transmițându-se într-un mediu propice: dacă suntem înconjurați de mai mulți oameni sănătoși decât de oameni cu probleme de sănătate atunci vom fi mai satisfăcuți față de viață. Oamenii sunt conștienți de evoluția sănătății proprii, iar acest lucru se reflectă în calitatea globală a vieții; deci trebuie ajutați să își recapete cel puțin nivelul bun anterior de sănătate pentru a își menține starea de spirit pozitivă. Efectul direct al calității serviciilor publice de sănătate arată că sănătatea nu este o afacere exclusiv individuală sau doar rezultatul comparațiilor cu grupurile de referință. Fiecare dintre noi, cu eforturi individuale de natură materială sau spirituală – voință, putem să ne îngrijim de sănătatea proprie astfel încât să fim funcționali în viața de zi cu zi. Dar nu trebuie ignorat efectul pozitiv al sistemului care supraveghează asupra sănătății noastre. Calitatea serviciilor publice de sănătate este măsurată prin media de țară a evaluării calității acestor servicii. Acest indicator poate încorpora calitatea tehnică a serviciilor, dar și pe cea socială sau preventivă. Pregătirea corectă a medicilor și personalului din sistem în general se reflectă asupra calității sănătății pacienților. Interacțiunea umană lasă, de asemenea, urme, Sirgy și alții (1991) arătând că un mijloc de îmbunătățire a satisfacției constă în programe *soft*, de modificare a perspectivei asupra unui lucru, a reprezentărilor despre ceva. Privind într-un context mai larg, Headey (2008) argumentează că obiectivele necompetitive, relațiile pozitive ș.a. sunt mai productive pentru fericirea oamenilor decât cele competitive. Dacă sistemul are și o abordare preventivă nu numai reactivă, de ajutor și îngrijire, atunci oamenii ar putea deveni mai conștienți despre importanța sănătății, ar înțelege ce este bine pentru a o întreține, ar avea încredere în sistem, încrederea în sine devenind o resursă a sănătății.

Deși slab, există și un efect de interacțiune între acești doi predictorii. Relația este reprezentată grafic în *Fig. 5*. Persoanele care își evaluează sănătatea negativ și locuiesc într-o țară cu servicii publice de sănătate cu calitate scăzută sunt mai nesatisfăcuți cu viața decât persoanele care își evaluează sănătatea pozitiv și beneficiază de aceleași sisteme. Vedem, încă o dată, cum sănătatea este o resursă esențială pentru calitatea globală a vieții. Aceasta te ajută, printre altele, să faci față dificultăților contextuale (Veenhoven, 2005). Persoanele care își evaluează sănătatea negativ și care beneficiază de servicii publice de sănătate de calitate scăzută vor avea un nivel al satisfacției față de viață mai redus decât persoanele

care își evaluează sănătatea negativ, dar beneficiază de servicii publice de sănătate de calitate ridicată. Remarcăm, de asemenea, că efectul pozitiv al evaluării pozitive a sănătății asupra satisfacției față de viață se reduce în țările cu servicii publice de sănătate de calitate ridicată. Binele aduce bine. Așa cum am văzut deja, cu cât țara este mai dezvoltată cu atât serviciile sunt mai de calitate, iar satisfacția față de viață mai ridicată. Dacă ne gândim la evaluarea sănătății ca la un act social mai degrabă decât ca la un act care ține strict de starea de sănătate, atunci putem crede că nivelul de sănătate subiectiv are alt sens în funcție de context. Maximul de sănătate este altul, iar diferența de sănătate dintre indivizi este mai mică în contextul pozitiv decât în celelalte. O analiză culturală a obiceiurilor alimentare și sportive ar putea să ajute la interpretarea acestei relații, de exemplu. Eforturile individuale pentru menținerea sănătății sau zestrea genetică sunt importante dar nu suficiente, efectele pozitive ale acestora putând fi potențate de un sistem de servicii medicale eficient.

Figura 5

Interacțiune între calitatea serviciilor publice de sănătate și evaluarea sănătății proprii



Sursa datelor: EQLS 2011–2012. Calcule proprii. Linia îngroșată (Q3) reprezintă calitatea ridicată a sistemului public de servicii de sănătate (cuartila 3). Linia subțire (Q1) reprezintă calitatea slabă a sistemului public de servicii de sănătate (cuartila 1).

Ceilalți predictori acționează conform așteptărilor. Vârsta nu are o relație liniară cu satisfacția față de viață: intrarea în câmpul muncii, întemeierea unei familii, accentuarea independenței financiare față de părinți și familie, plecarea copiilor de acasă, apropierea de vârsta de pensionare, experiența de viață acumulată de-a lungul anilor ș.a. sunt toți atâția factori care pot contribui la această relație nonliniară. Pragul de revenire pe o pantă ascendentă este undeva între 50–55 de ani.

Suportul familiei are un efect general pozitiv. Acest suport poate fi atât material, cât și social. Educația are, de asemenea, un rol pozitiv, cei care au trecut în etapa terțiară fiind mai satisfăcuți față de viață decât ceilalți. Există însă o diferență între urban și rural: cei din urban care au absolvit studii secundare sunt mai nesatisfăcuți cu viața decât cei cu studii terțiare, pe când în rural, cei mai nesatisfăcuți, comparativ cu această categorie sunt cei care au absolvit studii primare. Deși această diferență ar trebui analizată într-un studiu separat, așa înainta o explicație care se referă la accesul la educație și aspirațiile dobândite prin educație. Sunt cunoscute inegalitățile de acces între urban și rural la învățământul terțiar (Voicu și Vasile, 2010). În urban, cei care au studii terțiare își pot satisface mai ușor o gamă mai largă de nevoi spre deosebire de rural. Distanța între cei cu studii medii și studii terțiare în ceea ce privește capacitatea de a își satisface nevoile, coroborată cu folosirea de către cei cu studii medii ca grup de referință a celor cu studii terțiare poate conduce la frustrare din partea celor dintâi, deci la o satisfacție față de viață mai scăzută.

Așa cum spuneam, m-am așteptat ca indicatorii de acces la servicii medicale să aibă efecte diferite în funcție de mediul de rezidență. În urban contribuie, negativ, la explicarea satisfacției față de viață doar costul serviciilor medicale. În rural, se adaugă și distanța până la medic sau centru medical. Acest rezultat sugerează inegalitatea de acces care există între aceste două medii rezidențiale. În interiorul sistemului, fiecare medic sau centru medical poate implementa politici de gestionare a fluxului de clienți. Se pot face programări, se reduce timpul de așteptare etc. Problemele principale par să fie la nivelul cel mai înalt care țin de infrastructură în sine, cei din rural având mai puțin acces, chiar fizic, la servicii medicale. Pe lângă costurile efective ale serviciului și tratamentului se adaugă și costurile legate de transport și, eventual, cazare (depinde cât de departe este medicul sau centrul medical).

CONCLUZII

În această lucrare am testat dacă satisfacția față de viață este influențată de evaluarea sănătății proprii, calitatea serviciilor publice de sănătate, dar și dacă efectul evaluării sănătății este moderat de contextul specific. Rezultatele confirmă așteptările, arătând cum sănătatea poate acționa prin căi multiple asupra calității globale a vieții. Individul poate face eforturi individuale, dar efectele pozitive ale acestora pot fi potențate printr-un sistem public de sănătate eficient. Din perspectiva politicilor, se observă că nivelul cel mai scăzut al calității vieții îl au cei care își evaluează cel mai negativ sănătatea și beneficiază de servicii medicale de slabă calitate. Intervențiile pot fi gândite pe mai multe paliere. Aici am luat în considerare doar câteva aspecte legate de dificultatea de acces, în termen de costuri și timp. Analiza ar trebui detaliată, incluzând și evaluări ale pregătirii profesionale a personalului medical, ale calității interacțiunilor dintre cei care apelează la aceste

servicii și cei care le oferă, ale accesului la tratament și calității acestuia. Observăm, de asemenea, diferențe între urban și rural, acestea reflectând mai degrabă moduri de viață diferite care sunt generate de solicitările specifice acestor două medii de rezidență. Costurile sunt o problemă comună. O analiză comparativă a efectelor diferitelor filosofii din spatele sistemelor publice de sănătate din Europa ar putea releva punctele forte și cele care trebuie îmbunătățite și cuprinse într-un sistem eficient.

BIBLIOGRAFIE

1. Anderson, R., Dubois, H., Leoncikis, T., Sandor, E., *Third European quality of life survey – quality of life in Europe: impacts of the crisis*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2012.
2. Andrews, F. M., McKennell A. Y., *Measures of self-reported well-being: their affective, cognitive, and other components*, în „Social Indicators Research”, nr. 8, 1980, pp. 127–155.
3. Bălățescu, S., *Fericirea în contextul social al tranziției postcomuniste din România*, Oradea, Editura Universității din Oradea, 2009.
4. Bjørnskov, C., Dreher, D. și Fischer, J. A. V. *Formal institutions and subjective well-being: revisiting the cross-country evidence*, în „European Journal of Political Economy”, nr. 26, 2010, pp. 419–430.
5. Bulmahn, T., *Modernity and happiness. the case of Germany* în „Abteilung Sozialstruktur und Sozialberichterstattung im Forschungsschwerpunkt”, III, WZB, Berlin, 2000.
6. Cummins, R. A., *Normative life satisfaction: measurement issues and a homeostatic model*, în „Social Indicators Research”, vol. 64, nr. 2, 2003, pp. 225–256.
7. Cummins, S., Stafford, M., Macintyre, S., Marmot, M., Ellaway, A., *Neighbourhood environment and its association with self rated health: evidence from Scotland and England*, în „Journal of Epidemiological & Community Health”, nr. 59, 2005, pp. 207–213.
8. DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., Muntner, P. *Mortality prediction with a single general self-rated health question. a meta-analysis*, în „Clinical Review”, vol. 21, nr. 3, 2005, pp. 267–275.
9. Diener, E., Seligman, M. E. P., *Beyond money. toward an economy of well-being*, în „Psychological Science in the Public Interest”, vol. 5, nr. 1, 2004.
10. Diener, E., Lucas, R. E., Scollon, C. N., *Beyond the hedonic treadmill. revising the adaptation theory of well-being*, în „American Psychologist”, vol. 61, nr. 4, 2006, pp. 305–314.
11. Diener, E., Lucas, R. E., Schimmack, U., Helliwell, J. F., *Well-being for public policy*, Oxford, Oxford University Press, 2009.
12. Easterlin, R. A., *Does economic growth improve the human lot? some empirical evidence, in nations and households in economic growth: essays in honor of Moses Abramovitz*, David, P. A., Reder, M. W., (eds.), New York, Academic Press, Inc., 1974, pp. 89–125.
13. Easterlin, R. A., *Lost in transition: life satisfaction on the road to capitalism*, în „Journal of Economic Behavior & Organization”, nr. 71, 2009, pp. 130–45.
14. Easterlin, R. A., Angelescu McVey, L., Switek, M., Sawangfa, O., Smith Zweig, J., *The happiness–income paradox revisited*, în „Proceedings for the National Academy of Science of the United States of America”, vol. 107, nr. 52, 2010, pp. 22463–22468.
15. Festinger, L., *A theory of social comparison processes*, în „Human Relations”, vol. 7, nr. 2, 1954, pp. 117–140.
16. Frey, B. S., Stutzer, A., *Happiness, economy and institutions*, în „The Economic Journal”, nr. 110, 2000, pp. 918–938.

17. Frey, B. S., Stutzer, A., *Testing theories of happiness*, în *Economics & happiness. framing the analysis*, Bruni, L., Porta, P. L., (eds.), New York, Oxford University Press, 2005, pp. 116–146.
18. Glatzer, W., Bos, M., *Subjective attendants of unification and transformation in Germany*, în „Social Indicators Research”, nr. 43, 1998, pp. 171–196.
19. Graham, C., Pettinato, S., *Freustrated achievers: winners, losers, and subjective well-being in Peru's emerging economy*, în „The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science”, nr. 606, 2006, pp. 128–153.
20. Hagerty, M. R., Veenhoven, R., *Wealth and happiness revisited. Growing wealth of nations does go with greater happiness*, în „Social Indicators Research”, nr. 64, 2003, pp. 1–27.
21. Headey, B., *Life goals matter to happiness: a revision of set-point theory*, în „Social Indicators Research”, nr. 86, 2008, pp. 213–31.
22. Hooghe, M., Vanhouthe, B., *Subjective well-being and social capital in Belgian communities. The impact of community characteristics on subjective well-being indicators in Belgium*, în „Social Indicators Research”, vol. 100, nr. 1, 2011, pp. 17–36.
23. Inglehart, R., Klingemann, H.-D., *Genes, culture, democracy, and happiness*, în *Subjective Well-Being across Cultures*, Diener, E., Suh, E. M., (eds.), Cambridge, MA, MIT Press, 2000, pp. 165–83.
24. Inglehart, R., Welzel, C., *Cultural change and democracy: the human development sequence*, New York și Cambridge, Cambridge University Press, 2005.
25. Inglehart, R., Foa, R., Peterson, C., Welzel, C., *Development, freedom, rising happiness. A global perspective, 1981–2007*, în „Perspectives on Psychological Science”, nr. 3, 2008, pp. 264–285.
26. Jagodzinski, W. 2010. *Economic, social, and cultural determinants of life satisfaction: are there differences between Asia and Europe?*, în „Social Indicators Research”, nr. 97, 2010, pp. 85–104.
27. Kaplan, G., Baron-Epel, O., *What lies behind the subjective evaluation of health status?*, în „Social Science & Medicine”, nr. 56, 2002, pp. 1669–1676.
28. Krause, N. M., Jay, G. Ms. 1994. *What do global self-rated health items measure?*, în „Medical Care”, vol. 32, nr. 9, 1994, pp. 930–942.
29. Mărginean, I., *Calitatea vieții percepute în România*, în Mărginean, I., Bălașa, A., (coord.), *Calitatea vieții în România*, București, Expert, 2005a, pp. 61–108.
30. Mărginean, I., *Semnificația cercetărilor de calitate a vieții*, în Mărginean, I., Bălașa, A., (coord.), *Calitatea vieții în România*, București, Expert, 2005b.
31. Michalos, A. C., *Multiple discrepancies theory*, în *Citation classics from social indicators research. the most cited articles edited and introduced by Alex C. Michalos*, vol. 26, Social Indicators Research Series, editată de A. C. Michalos, Dordrecht, The Netherlands, Springer, 1985, pp. 305–72.
32. Mikucka, M., *Individualist culture lowers well-being of the unemployed due to weaker family support norm. Evidence for Europe*, CEPS/Instead, Luxembourg, 2012.
33. Muhajarine, N., Labonte, R., Williams, I., Randall, J., *Person, perception, and place: what matters to health and quality of life*, în „Social Indicators Research”, nr. 85, 2008, pp. 53–80.
34. Ott, J. C., *Government and happiness in 130 nations: good governance fosters higher level and more equality of happiness*, în „Social Indicators Research”, nr. 102, 2011, pp. 3–22.
35. Popescu, L., Raț, C., Rebeleanu, A., *Self-assessed health status and satisfaction with health care services in the new member states of the European Union*, în „Studia Universitatis Babeș-Bolyai – Sociologia”, nr. 2, 2007, pp. 125–150.
36. Popescu, L., *Serviciile de îngrijire a sănătății*, în Preda, M., (coord.), *Riscuri și inechități sociale în România. Raportul comisiei prezidențiale pentru analiza riscurilor sociale și demografice*, Iași, Polirom, 2009, pp. 152–167.
37. Precupețu, I., Vasile, V., Vlase, I. 2013. *Individual and contextual factors in self-rated health inequalities: a comparison between Romania, 10 Nms and EU 15*, în „Revista de Cercetare și Intervenție Socială”, nr. 41, 2013, pp. 28–39.
38. Sandu, D., *Spațiul social al tranziției*, Iași, Editura Polirom, 1999.
39. Sandu, D., „Străinătatea” în mentalitățile urbane, în Sandu, D., (coord.), *Viața socială în România urbană*, Iași, Editura Polirom, 2006, pp. 19–54.

40. Sirgy, J. M., Mentzer, J. T., Rahtz, D. R., Meadow, H. L., *Satisfaction with health care services consumption and life satisfaction among the elderly*, în „Journal of Macromarketing”, primăvară, 1991.

41. Stănculescu, M. S., Riscuri, vulnerabilități și soluții pe piața muncii, în Preda, M., (coord.), *Riscuri și inechități sociale în România. Raportul comisiei prezidențiale pentru analiza riscurilor sociale și demografice*, Iași, Editura Polirom, 2009, pp. 43–78.

42. Stiglitz, J. E., Sen, A., Fitoussi, J-P., *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*, 2009, disponibil on-line la <http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr>.

43. Suls, J., Wheeler, L., *Social comparison theory*, în *Handbook of theories of social psychology*, vol. 1, editată de by P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski și E. T. Higgins, London, SAGE, 2011, pp. 460–482.

44. Turney, K., Kissane, R., Edin, K., *After moving to opportunity: how moving to a low-poverty neighborhood improves mental health among African American women*, în „Society and mental health”, vol. 3, nr. 1, 2012, pp. 1–21.

45. Tversky, A., Kahneman, D., *Loss aversion in riskless choice: a reference-dependent model*, în „The Quarterly Journal of Economics”, vol. 106, nr. 4, 1991, pp. 1039–1061.

46. Veenhoven, R., *Is happiness relative?*, în „Social Indicators Research”, nr. 24, 1991, pp. 1–34.

47. Veenhoven, R., *Happiness in nations': subjective appreciation of life in 56 nations 1946–1992*, vol. RISBO, „Studies in Sociale en Culturele Verandering”, nr. 2, Rotterdam, Erasmus University Rotterdam, 1993.

48. Veenhoven, R., Ouweneel, P., *Livability of the welfare-state. appreciations-of-life and length-of-life in nations varying in state-welfare-effort*, în „Social Indicators Research”, nr. 36, 1995, pp. 1–49.

49. Veenhoven, R. 2005. *Happiness in Hardship* în *Economics & happiness. framing the analysis*, editată de L. Bruni și P. L. Porta. New York, Oxford University Press, 2005, pp. 243–266.

50. Voicu, B., Lupu, S., *Serviciile de educație în Riscuri și inechități sociale în România. Raportul comisiei prezidențiale pentru analiza riscurilor sociale și demografice*, editată de M. Preda, Iași, Editura Polirom, 2009, pp. 168–190.

51. Voicu, B., Vasile, M. 2010. *Rural-urban inequalities and expansion of tertiary education in Romania*, în „Journal of Social Research & Policy”, nr. 1, 2010, pp. 5–24.

52. Zamfir, C. (coord.), Popescu, I.-A., Ștefănescu, Ș., Teodorescu, A., Vlăsceanu, L., Zamfir, E., *Indicatori și surse de variație a calității vieții*, București, Editura Academiei Republicii Socialiste România, 1984.

In this paper, using a multilevel approach, I want to test if self-rated health still has an influence for life satisfaction after controlling for the quality of public health services.

Self-rated health global indicator measures not only the state of own health but also is the result of comparison with some reference. A person can answer to this global indicator given own state of health at a specific moment or given the evolution of own health in a relevant time frame. Also, the subjective health can be the result of comparison with some representation about best health; individuals can use references from peer group or even media. One can consider oneself as healthy if he or she perceives as having a good state than someone relevant to him or her. The inverse situation is also possible.

Also, I expect to see a cross level interaction between self-rated health and quality of public health services. Health has also a strong social component. Besides the comparison process, there is an important role of the

health system for maintaining a good health and increase the number of people who adopt healthy lifestyles. I believe that an efficient health system diminishes health inequalities: someone who can access a better health system, even if one rates own health as being bad, has a higher life satisfaction than those that can't access qualitative services.

The data comes from European Quality of Life Survey 2011–2012 and it is analyzed using multilevel regression. The statistical analysis offers support for the hypothesis and opens interesting roads toward other research projects. Health can influence in different ways individual's quality of life. Each one of us can make an individual effort to maintain our own health but the positive effects of these efforts can be amplified by an efficient public health system. From policy perspective, we can see that those that evaluate their health as poor and the public health services that can be access have the lowest level of quality of life. There are several solutions. In this paper I controlled only for the difficulty of access in terms of cost and time. Future analysis should also include the quality of medical knowledge, the quality of interactions between clients and specialized personnel, the degree of access to medication etc. We also see that there are some differences between urban and rural areas that can reflect different ways of living given the specificities of these two social spaces. The costs are a common problem. A comparative analysis of different ways of conceptualizing and organizing health services from Europe can show the strengths and the weaknesses of these approaches, and then incorporate them in a functional system.

Keywords: *Life satisfaction, self-rated health, quality of public health services, multilevel regression.*

Primit: 05.08.2013

Acceptat: 18.09.2013

Redactor: Ioan Mărginean