

STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI DIN ROMÂNIA ÎN CONTEXT EUROPEAN. O ABORDARE DIN PERSPECTIVA CALITĂȚII VIEȚII

COSMINA-ELENA POP

Articolul își propune descrierea stării de sănătate a populației din România din perspectiva calității vieții, utilizând atât indicatori obiectivi cât și subiectivi. Prima parte a articolului evidențiază sănătatea ca dimensiune a calității vieții și cercetarea acesteia din prisma acestei paradigme. Sunt prezentați factorii sociali cu importanță în determinarea stării de sănătate la nivel individual și societal.

*Va fi urmărită evoluția stării de sănătate a populației din România în perioada 1990–2008, utilizând atât date statistice cât și date provenite din diferite cercetări naționale și europene. Starea de sănătate a populației românești va fi analizată și dintr-o perspectivă comparativă europeană, evidențiindu-se poziția României în raport cu celelalte țări europene. Articolul se bazează pe utilizarea unor surse de date multiple: *Diagnoza Calității Vieții 1990–2006*, *EQLS 2007*, *INS*, *Eurostat* și *TransMonee*.*

***Cuvinte-cheie:** stare de sănătate, calitatea vieții, speranța de viață, evaluarea stării de sănătate, satisfacția față de sănătate.*

O stare bună de sănătate este un element esențial al bunăstării umane (Alber și Kohler, 2004), reprezentând o valoare în sine. La nivel individual, o stare bună de sănătate reprezintă o componentă importantă a capitalului uman, permițând oamenilor să își desfășoare activitățile, să își îndeplinească țelurile, să aibă o viață completă și să fie membri activi ai societății (Mărginean și alții, 2006). La nivel societal, o stare de sănătate ridicată este un element-cheie al capitalului uman al fiecărei țări, contribuind la competitivitatea ei față de alte țări (Alber și Kohler, 2004).

În cercetările de calitate a vieții putem considera ca sănătatea este abordată din două perspective distincte. O primă abordare constă în considerarea sănătății ca o dimensiune, ca un domeniu al calității vieții. Dimensiunea sănătății, ca și celelalte sfere ale vieții umane, sunt descrise prin indicatori subiectivi și obiectivi, accentul fiind pus pe modul în care oamenii își evaluează propria stare de sănătate, accesul la servicii de sănătate, precum și evaluarea acestora. Indicatorii utilizați pentru a descrie sfera sănătății pot fi atât subiectivi și cât obiectivi, situați la niveluri diferite de analiză. Evaluarea propriei stări de sănătate, constrângerile

Adresa de contact a autorului: Cosmina-Elena Pop, Institutul de Cercetare a Calității Vieții, Calea 13 Septembrie, nr. 13, sector 5, 050711, București, România, email: cosmina@iccv.ro, cosminapop@gmail.com.

percepute impuse de starea de sănătate, satisfacția față de propria sănătate, percepția accesului la servicii de îngrijire a sănătății, evaluarea sau satisfacția față de acestea, speranța de viață la naștere, mortalitatea infantilă, ratele de mortalitate sau morbiditate sau cheltuielile cu serviciile de îngrijire a sănătății ca procent din PIB reprezintă câțiva dintre indicatori folosiți în cercetarea calității vieții. Sursele de date pot fi multiple: cercetări focalizate pe calitatea vieții, cercetări cu teme diverse, care cuprind și indicatori de calitatea vieții, cercetări specializate pe domeniul sănătății, sisteme de indicatori de calitatea vieții și surse de date statistice la nivel național sau internațional. Caracteristic acestei abordări este faptul că evidențiază modul în care oamenii își evaluează și resimt condițiile de viață, resursele și oportunitățile pe care le au în sfera sănătății. Identificarea inegalităților în ceea ce privește starea de sănătate sau de acces la serviciile de îngrijire a sănătății constituie informații esențiale în procesul politicilor sociale.

Cea de-a doua abordare este aceea a calității vieții din perspectiva sănătății¹, reprezentând o bogată direcție de studiu în cercetările de calitatea vieții. Studiile de calitatea vieții în domeniul sănătății resimt pe modul în care pacienții cu diferite probleme de sănătate își experimentează calitatea vieții, pe percepțiile oamenilor care descriu diferite stări de sănătate sau pe timpul de supraviețuire al beneficiarilor de tratamente medicale. În această abordare au fost dezvoltati un număr impresionat de indicatori și indici de calitatea vieții.

Articolul de față tratează sănătatea din perspectiva primei abordări menționate, și anume, sănătatea ca dimensiune a calității vieții.

DOMENIUL SĂNĂTĂȚII ÎN CALITATEA VIEȚII

Abordarea sănătății în studiile de sociologie a avut ca punct de plecare recunoașterea faptului că sănătatea reprezintă rezultatul unor factori multipli, inclusiv factori de natură socială. Definiția dată de World Health Organization (WHO) sănătății cuprinde și componenta socială, sănătatea fiind nu doar absența bolii sau a unei dizabilități, ci o stare completă de bunăstare fizică, mentală și socială (WHO, 1946)². Sănătatea este o resursă pentru viața de zi cu zi, constituind un concept pozitiv care subliniază resursele sociale și personale, ca și capacitățile fizice (idem).

Sănătatea este una dintre componentele capitalului uman. Bogdan Voicu (2005) consideră capitalul uman ca fiind format din două componente: „capitalul educațional (abilități dobândite de indivizi în procesul de instruire școlară, dar și în afara acestuia) și capital biologic (abilități fizice ale indivizilor, sintetizate, cel mai adesea, în starea de sănătate)” (Voicu, 2005: 74). Am putea adăuga că, pe lângă abilitățile fizice, și cele mentale sunt esențiale în starea de sănătate.

¹ În literatura de specialitate este cunoscută sub denumirea de „health related quality of life”.

² Constituția WHO (1946): <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/index.html>.

Din perspectiva abordării capabilităților a lui Amartya Sen, a avea o stare bună de sănătate reprezintă una dintre „funcționările de bază” ale unei persoane, contribuind alături de alte tipuri de „funcționări” la bunăstarea unei persoane (Sen, 1993, Verkerk și alții, 2001). „Capabilitatea unei persoane este determinată de diferitele combinații ale „funcționărilor” pe care aceea persoană le poate realiza cu resursele de care dispune” (Verkerk și alții, 2001: 51). Capabilitățile unei persoane pot fi influențate atât de aranjamentele la nivel social, cât și de cele la nivel politic, de existența unor inegalități între diferite categorii sociale (idem).

FACTORII DETERMINANȚI AI STĂRII DE SĂNĂTATE

„Sănătatea este rezultatul unei combinații complexe de factori cu relevanță la nivel individual și la nivel macro” (Precupețu, 2008: 141).

La nivel individual, starea de sănătate depinde de numeroși factori interrelaționați, precum: moștenirea genetică, poziția socială, opțiunile în ceea ce privește stilul de viață (ibidem), comportamentele, atitudinile și valorile adoptate cu privire la starea de sănătate.

Deși moștenirea genetică are un rol important în predispoziția pentru anumite probleme de sănătate, factorii sociali sunt esențiali în păstrarea sănătății și îngrijirea sănătății. Poziția socială reprezintă un factor complex care contribuie la starea de sănătate prin componentele sale: vârstă, gen, statut socioeconomic (nivel educațional, ocupație, venit). Componentele poziției sociale constituie factori importanți în determinarea stării de sănătate, prin condițiile de viață și de muncă pentru care pot opta oamenii, fie prin oportunitatea alegerii unui stil de viață sănătos și a unor servicii medicale de calitate.

Există o relație strânsă între capitalul educațional și cel biologic: „(...) studiile relevând că indivizii cei mai educați optează pentru servicii medicale de calitate sporită, selectând alternativele cele mai adecvate pentru menținerea sănătății în parametrii optimi” (Voicu, 2005: 76). Nivelul educațional influențează strategiile de viață dezvoltate de oameni pentru a avea o viață bună, implicit pentru menținerea unei stări bune de sănătate (Anderson, 2004, Precupețu, 2008), printr-un nivel mai ridicat de informare și cunoștințe cu privire la sănătate și alegerea unui stil de viață în concordanță cu aspectele menționate anterior.

Bogdan Voicu (2005) evidențiază interrelaționarea dintre bunăstarea materială și starea de sănătate, subliniind rolul sănătății ca resursă importantă pentru dezvoltarea individuală, permițând participarea pe piața forței de muncă și asigurarea veniturilor necesare pentru satisfacerea necesităților. Avem de a face cu o relație circulară între ocupare și stare de sănătate. „O stare precară de sănătate are impact în ceea ce privește posibilitățile de angajare, dar în același timp și neocuparea/ șomajul contribuie la o stare de sănătate precară, existând mai multe circuite: social, emoțional, comportamental și material. În special, lipsa veniturilor are cel mai puternic efect” (European Commission, 2003 apud Anderson, 2004: 57).

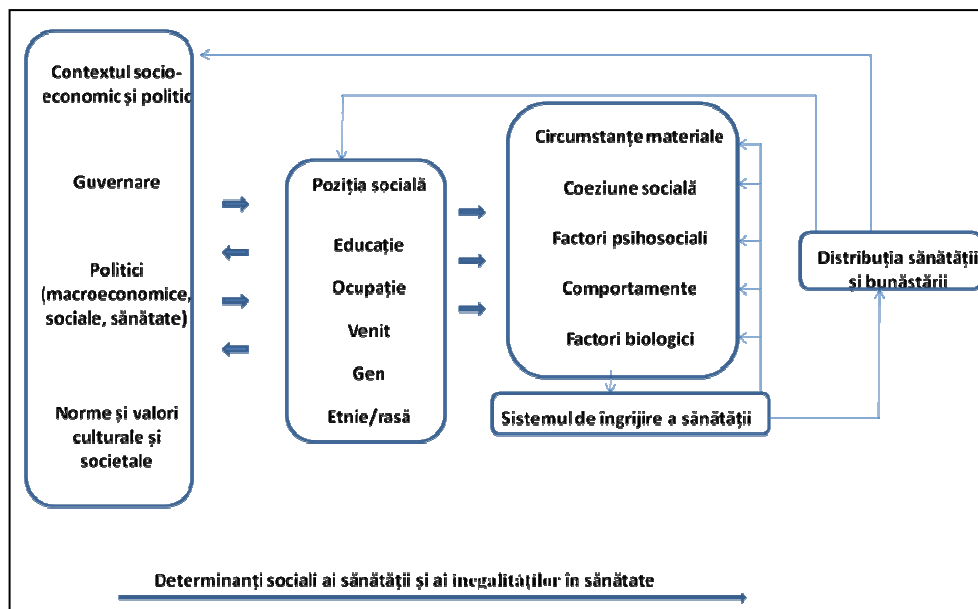
Venitul reprezintă un factor universal în determinarea inegalităților în sănătate, atât la nivel individual, cât și la nivel societal (CSDH, 2008, Anderson și alții, 2009). Și Bogdan Voicu (2005) evidențiază acest lucru arătând că există o strânsă legătură între capitalul educațional, starea de sănătate și resursele economice, relația putând fi susținută atât teoretic, cât și empiric. „Prezența unei resurse umane bine educate și cu o formă fizică (sănătate) mai bună determină o productivitate ridicată a muncii, o mai bună organizare a activității economice, o producție mai ridicată, venituri superioare. Acestea, la rândul lor permit noi investiții în educație și în sănătate, determinând producerea unei resurse umane mai bine educate și mai sănătoase. Pe de altă parte, indivizii mai sănătoși vor avea posibilități mai mari de a se educa, în timp ce indivizii mai educați vor fi mai capabili și mai dispuși să prevină bolile și să își îngrijească sănătatea” (Voicu, 2005: 94).

Alți factori care țin de poziția socială, precum vârsta, genul, mediul rezidențial, etnia/rasa contribuie și ei la determinarea stării de sănătate a unei persoane. Studiile arată că deprecierea stării de sănătate este relaționată cu înaintarea în vârstă, precum și diferențe în ceea ce privește sănătatea între femei și bărbați. Deși femeile au, în general, o speranță de viață mai ridicată decât bărbații, ele sunt mai predispuse la boli de scurtă durată și boli cronice, în timp ce bărbații sunt mai predispuși la boli fatale (boli cardiovasculare) (Zanden, 1988/1990). Inegalitățile de gen în ceea ce privește sănătatea provin atât de la diferențele fiziologice, cât și de la cele care țin de stilul de viață (idem). Și în ceea ce privește inegalitățile etnice sau rasiale în domeniul sănătății, acestea țin, pe de o parte, de predispozițiile genetice, dar și de obiceiurile și comportamentele adoptate (idem). Totuși, diferențele etnice sau rasiale legate de starea de sănătate pot fi determinate de inegalitățile existente la nivelul structurii sociale.

Statutul socioeconomic al unei persoane influențează, prin numeroase circuite, starea sa de sănătate. El determină circumstanțele imediate ale vieții unei persoane: condițiile de muncă, condițiile de locuit, accesul la servicii sociale (de îngrijire a sănătății sau educație etc.). Accesul la o sursă de apă potabilă, la o locuință având facilități sanitare, la o încălzire adecvată a locuinței etc. contribuie la starea de sănătate (Doboș, 2003). Desfășurarea muncii într-un mediu toxic sau predispus la accidente de muncă, o muncă solicitantă din punct de vedere fizic sau psihic constituie alți factori determinanți ai stării de sănătate.

Diferențele socioeconomice determină, pe de o parte, starea de sănătate, iar pe de altă parte, accesul și calitatea serviciilor de îngrijire a sănătății (Anderson și alții, 2009). „Un nivel suficient al veniturilor are o influență puternică asupra accesului la serviciile de sănătate. Controlând influența acestuia, nivelul educațional are un efect important, iar genul păstrează un efect semnificativ, dar slab” (Rose și Newton, 2010: 29). Vârsta nu determină inegalități semnificative asupra accesului la serviciile de îngrijirea a sănătății (idem).

Figura 1

Cadrul conceptual al Comisiei asupra Determinanților Sociali ai Sănătății³

Sursa: Solar și Irwin, 2007 apud CSDH, 2008.

Stilul de viață adoptat de către o persoană are un impact important asupra stării de sănătate a acesteia, prin comportamentele de risc (consumul de alcool, tutun, droguri etc.), caracteristicile alimentației, practicarea exercițiilor fizice, modul de petrecere a timpului liber și limitarea stresului, comportamente de prevenire a diferitelor boli. De asemenea, importante sunt valorile și atitudinile relaționate sănătății, acestea influențând comportamentele legate de starea de sănătate (Precupețu, 2008). Atitudinile, valorile și comportamentele relaționate sănătății au și o componentă socioculturală, o mare parte dintre acestea fiind determinate cultural (Zanden, 1988/1990).

Nivelul de informare al unei persoane cu privire la drepturile de îngrijire a sănătății sau asupra diferitelor boli poate contribui la prevenirea și menținerea unei stări bune de sănătate.

Starea de sănătate a oamenilor este determinată și de factori care acționează la nivel de macrosocial (comunitate, regiune, societate), precum calitatea serviciilor de îngrijire a sănătății, calitatea mediului înconjurător (Precupețu, 2008). Alți factori la nivel societal, care contribuie la starea de sănătate, evidențiați de Comisia asupra Determinanților Sociali ai Sănătății din cadrul WHO, sunt cei care țin de contextul socioeconomic al țării, tipul de guvernare, de

³ Commission on Social Determinants of Health.

politicile macroeconomice, sociale sau de sănătate, dar și de normele și valorile culturale și societale (CSDH, 2008).

Phillips (2006) consideră că o societate se poate departaja de o altă societate în ceea ce privește calitatea vieții, dacă oamenii din aceea societate trăiesc mai mult, mai sănătos și au vieții mai împlinite decât într-o altă societate. Autorul prezintă teza lui Richard Wilkinson în ceea ce privește diferențele privind starea de sănătate în diferite societăți, mai ales în societățile în curs de dezvoltare. Wilkinson (1996) subliniază în lucrarea sa „Unhealthy Societies” că starea de sănătate a unei populații dintr-o societate nu este determinată doar de bunăstarea economică, ci și de inegalitatea socială a veniturilor și de coeziunea socială (apud Phillips, 2006). Ipoteza de bază a lui Wilkinson este că un nivel mai ridicat al inegalității veniturilor determină o inegalitate mai ridicată în ceea ce privește sănătatea (idem).

SĂNĂTATEA CA DIMENSIUNE A CALITĂȚII VIEȚII

Calitatea vieții reprezintă un concept multidimensional, referindu-se la bunăstarea globală a oamenilor dintr-o societate (Fahey și alții, 2003), sănătatea fiind unul dintre domeniile calității vieții.

În raportul „Life satisfaction in an enlarged Europe”, J. Delhey își structurează analiza plecând de la modelul calității vieții propus de E. Allardt (1993): „a avea, a fi, a iubi”. Dacă în triada propusă de Allardt, sănătatea era inclusă în dimensiunea materială („a avea”) a calității vieții, Delhey (2004) evidențiază importanța faptului de a avea o stare bună de sănătate, adăugând-o ca o dimensiune independentă în modelul conceptual al calității vieții.

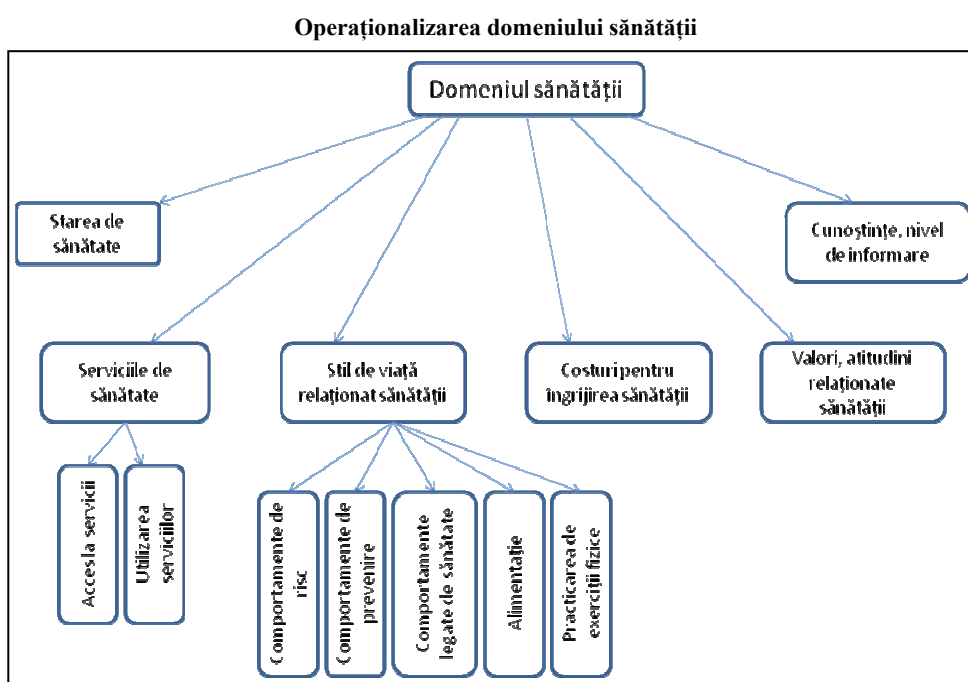
Sănătatea reprezintă unul dintre domeniile-cheie propuse pentru monitorizarea calității vieții în cadrul programului început de Fundația Europeană pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Viață și de Muncă, în anul 2000, prin intermediul raportului „Monitoring quality of life in Europe”, alături de ocupare, resurse economice, viață de familie, viață comunitară și educație (Fahey și alții, 2003). Autorii evidențiază faptul că includerea indicatorilor de sănătate într-un sistem de monitorizare a calității vieții se bazează și pe importanța relativă a sănătății, în comparație cu alte dimensiuni: viața familială, standardul de viață, în a determina bunăstarea umană (idem).

„A avea o stare bună de sănătate” reprezintă un element esențial pentru calitatea vieții, element indicat și de către oameni (Delhey, 2004). A avea o stare bună de sănătate constituie unul dintre factorii cei mai importanți pentru o calitate a vieții ridicată, după cum s-a evidențiat în studii anterioare. În cercetarea Eurobarometrului 2002 (CCEB și Standard Eurobarometer 52.1) respondenții au fost rugați să numească cei mai importanți trei factori care contribuie cel mai mult la calitatea vieții lor în prezent, având posibilitatea de a alege din 16 itemi. Majoritatea europenilor au menționat răspunsul „a avea o stare bună de sănătate” (Alber și Fahey, 2004). 75% dintre cetățenii UE15 și 65% dintre cetățenii din țările candidate și în curs de aderare în anul 2002 au optat pentru sănătate (Delhey, 2004).

Operaționalizarea domeniului sănătății, din perspectiva calității vieții

Domeniul sănătății din perspectiva calității vieții se referă atât la starea de sănătate cât și la serviciile de îngrijire a sănătății (acces, utilizare, caracteristici, etc.). De asemenea, putem include în acest domeniu și atitudinile și valorile referitoare la sănătate, care contribuie la starea de sănătate, precum și elemente care țin de stilul de viață adoptat (comportamente de risc, de prevenire, tipul alimentației, practicarea de exerciții fizice etc.).

Figura 2



Dacă în raportarea socială, dimensiunea sănătății este măsurată prin intermediul indicatorilor obiectivi la nivel macro (speranța de viață, rate de mortalitate, rate de morbiditate, cheltuieli destinate sănătății etc.), perspectiva calității vieții lărgeste aria indicatorilor prin utilizarea indicatorilor subiectivi (de percepție, de evaluare, de satisfacție), accentuând importanța acestora.

TIPURI DE INDICATORI PENTRU A DESCRIE DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

Sfera sănătății, din perspectiva calității vieții, poate fi descrisă prin intermediul unei structuri complexe de indicatori obiectivi și subiectivi. Indicatorii

pot fi utilizați la niveluri diferite de analiză, atât la nivel micro (doar cei obișnuiți din anchetele sociologice), cât și la nivel macro.

Indicatorii obiectivi pot fi utilizați la diferite niveluri de agregate (grupuri, comunități, regiuni, societăți etc.). Pentru domeniul sănătății, indicatorii obiectivi ilustrează, în general, două dimensiuni: starea de sănătate și serviciile de îngrijire a sănătății. Dintre indicatorii cei mai utilizați în comparațiile la nivel internațional pentru a descrie starea de sănătate, îi enumerăm pe cei care se referă la speranța de viață, rate de mortalitate infantilă, rate de mortalitatea generală, rate de mortalitate pe cauze de deces, incidența unor boli în populație, rate de morbiditate etc. Alți indicatori, precum numărul de cadre medicale, numărul de instituții sanitare, cheltuieli pentru sistemul medical ca procent din PIB etc. evidențiază caracteristici ale sistemelor medicale. Una dintre limitările utilizării indicatorilor obiectivi pentru descrierea stării de sănătate este aceea că datele se referă la cazurile de solicitare a sistemului medical, deși există numeroase cazuri în care persoanele nu au acces sau nu utilizează serviciile de îngrijire a sănătății, deși au nevoie de aceste servicii.

Tabelul nr. 1

Tipuri de indicatori pentru domeniul sănătății

	Pozitiv (P)	Negativ (N)
Input (I)		
Obiectiv (O)	IOP (timpul de exerciții zilnic)	ION (numărul țigărilor fumate într-o zi)
Subiectiv (S)	ISP (atitudine pozitivă față de exercițiile zilnice)	ISN (atitudine pozitivă în ceea ce privește fumatul)
Output (U)		
Obiectiv (O)	UOP (indicele de masă corporală normal)	UON (pete pe degete și dinți)
Subiectiv (S)	USP (satisfacția față de greutate)	USN (insatisfacția față de petele apărute pe degete și dinți)

Sursa: Sirgy și alții, 2006.

Indicatorii subiectivi sunt obținuți la nivel individual în cadrul anchetelor sociologice și se referă la percepțiile, evaluările oamenilor cu privire la starea lor de sănătate sau la serviciile de îngrijire a sănătății: evaluarea propriei stări de sănătate, autoraportarea unor boli cronice sau dizabilități, percepția limitărilor datorate bolii sau dizabilității, satisfacția față de starea de sănătate, percepția accesului la servicii de sănătate, evaluarea serviciilor de sănătate sau satisfacția față de acestea.

O serie de indicatori, obținuți tot în cadrul anchetelor, sunt indicatorii care se referă la comportamentele și atitudinile, valorile cu privire la starea de sănătate, precum: consumul de alcool, tutun, droguri, practicarea exercițiilor fizice, comportamente legate de prevenirea bolilor (controale medicale periodice, tratament etc.), importanța acordată sănătății, atitudinea față de schimbarea stilului de viață pentru reducerea efectelor unor boli etc.

Tabelul nr. 2

Exemple de indicatori pentru operaționalizarea stării de sănătate în cadrul cercetărilor bazate pe anchetă sociologică

Starea de sănătate	Indicatori
	Evaluarea propriei stări de sănătate. Satisfacția față de starea de sănătate. Auto-raportarea unei boli cronice sau a unei dizabilități. Percepția limitărilor în activitățile zilnice datorate stării de sănătate. Imposibilitatea de a munci în ultimul an, din motive de sănătate. Numărul de zile inapt de muncă/școală în ultimele trei luni/ an, din motive de sănătate. Numărul de zile de spitalizare în ultimele trei luni. Menționarea unor probleme de sănătate în trecut/prezent (diabet, alergii, astm, hipertensiune, probleme de lungă durată cu mușchii, oasele sau articulațiile, cancer, cataractă, migrene etc.). Existența unui tratament de lungă durată. Motivația medicală pentru tratamentul de lungă durată. Dureri ale mușchilor, articulațiilor, gât și spate în ultima săptămână care să îi afecteze activitățile zilnice. Dureri ale mușchilor, articulațiilor, gât și spate în ultimele trei luni care să îi afecteze activitățile zilnice. Gradul de suferință fizică resimțită pe parcursul ultimelor patru săptămâni. Gradul de dificultate în realizarea activităților de îngrijire personală. Gradul de dificultate în realizarea activităților casnice. Limitări legate de mobilitate și transport.

Un criteriu identificat de J. M. Sirgy și alții (2006), în lucrarea *The quality of life (QOL) research movement: past, present, and future*, se referă la ce anume exprimă indicatorii: condiții (*input*) sau rezultate (*output*). Tabelul nr. 1 evidențiază, prin exemple câteva tipuri de indicatori care pot fi utilizați pentru domeniul sănătății, după criteriile: obiectiv/subiectiv, *input* (condiții)/*output* (rezultate) sau pozitiv/negativ.

Alte dimensiuni care pot face parte din domeniul sănătății sunt cele care se referă la valorile și atitudinile față de sănătate/boală, cunoștințele sau nivelul de informare cu privire la sănătate, diferite boli, servicii de sănătate, precum și la costurile necesare pentru îngrijirea sau întreținerea sănătății.

STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI DIN ROMÂNIA ÎN PERIOADA 1990–2008 ȘI ÎN CONTEXT EUROPEAN

În perioada de tranziție, România a trecut prin numeroase procese economice, sociale și politice cu influență asupra stării de sănătate a populației. În perioada anilor '90, starea de sănătate a populației din România s-a degradat, abia după 1999–2000 începând să se înregistreze îmbunătățiri. Similar s-a întâmplat și în alte state fost comuniste din Centrul și Estul Europei, dar România a înregistrat progrese într-un ritm mai redus decât celelalte țări (Doboș, 2006). Degradarea stării de sănătate s-a datorat căderii economice și a urmărilor acesteia (scăderea nivelului de trai al

populației, scăderea ponderii populației ocupate, subfinanțarea sistemului medical și deteriorarea severă a calității acestuia), trecerii la sistemul de asigurări sociale etc.

Deși, din 1990 până în prezent au fost înregistrate și progrese în ceea ce privește indicatorii referitori la starea de sănătate populației, România se situează între ultimele țări membre ale Uniunii Europene.

Deteriorarea stării de sănătate în țările fost comuniste, alături de scăderea calității serviciilor medicale este menționată și de R. Anderson (2004). Autorul evidențiază factorii care au contribuit la degradarea stării de sănătate în fostele state comuniste, după 1990: calitatea foarte slabă a serviciilor medicale dinainte de 1990 (chiar dacă accesul era gratuit, iar serviciile erau finanțate de către stat), subfinanțarea serviciilor de îngrijire a sănătății după 1990 (chiar după trecerea la sistemul de asigurări sociale în 1995, numărul contribuitorilor fiind foarte redus) (Anderson, 2004). „Datele la nivel internațional indică faptul că procentul din PIB dedicat sănătății în România, deși este pe aceeași linie cu alte țări cu același nivel dezvoltare, este mult mai mic decât cele din majoritatea țărilor membre UE” (Doboș, 2008: 112).

După 1990, introducerea unor tratamente medicale noi, îmbunătățirea tehnologiei, modernizarea sistemului medical, accesul la noi informații medicale, schimburile de experiență, dezvoltarea serviciilor private de sănătate au constituit factori cu o influență pozitivă asupra stării de sănătate a populației din România (Alber și Kolher, 2004, Mărginean și alții, 2006).

Populația din România având un nivel redus de educație în ceea ce privește menținerea și îngrijirea sănătății, iar sistemul medical fiind foarte puțin orientat spre prevenire, aceasta a fost afectată de noile riscuri apărute o dată cu trecerea la economia de piață și modernizarea rapidă (publicitatea agresivă pentru consumul de tutun și pentru noi forme de alimentație, precum cea de tip „fast-food”, obiceiuri alcoolice noi, creșterea numărului accidentelor de autovehicule, expunerea la bolile cu transmitere sexuală etc.) (idem).

Din 1990 până în prezent s-au menținut sau chiar s-au accentuat inegalitățile în ceea ce privește starea de sănătate între cele două medii de rezidență (rural și urban), dar și inegalitățile între diferite regiuni ale țării. Diferențele mari în ceea ce privește starea de sănătate între mediile rezidențiale sau între regiunile de dezvoltare ale României se suprapun peste inegalități accentuate în ceea ce privește accesul la serviciile de îngrijire a sănătății, precum și în ceea ce privește calitatea acestora.

Pentru a descrie starea de sănătate a unei populații sunt utilizați numeroși indicatori sociodemografici, precum: speranța de viață la naștere, rate de mortalitate/ pe grupe de vârste și cauze de deces, rate de mortalitate infantilă, dar și indicatori privind morbiditatea, incidența unor boli în cadrul populației etc. Acești indicatori sunt utilizați atât în comparațiile internaționale, dar pot fi folosiți și în comparații naționale la diferite niveluri de agregare (localități, județe, regiuni de dezvoltare). În cadrul capitolului, am apelat în special la indicatorii demografici (speranța de viață la naștere, rate de mortalitate), deși aceștia oferă informații indirecte asupra stării de sănătate a unei populații. Motivația pentru acest demers este legată de disponibilitatea redusă a datelor comparative privind incidența unor boli în populație (date asupra morbidității).

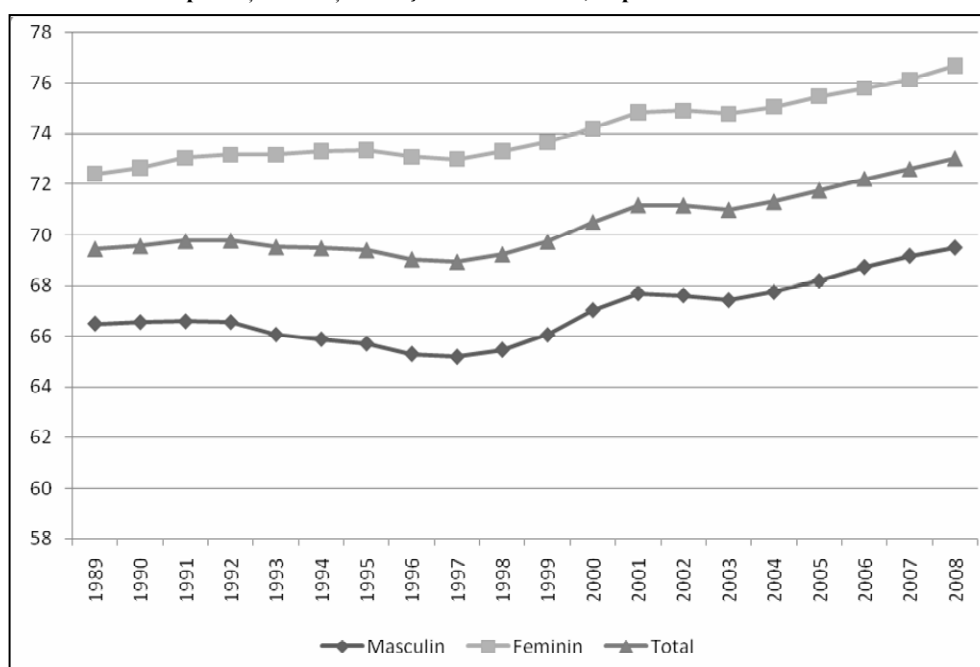
SPERANȚA DE VIAȚĂ LA NAȘTERE ÎN ROMÂNIA – 1989–2008

Speranța de viață la naștere rămâne unul dintre indicatorii cei mai utilizați pentru măsurarea stării de sănătate a unei populații și a nivelului de dezvoltare (Eurostat, 2008). Speranța de viață la naștere reprezintă un indicator complex, de sinteză, care se bazează pe tabelele de mortalitate, reflectând „destul de fidel efectul îngrijirilor medicale acumulate de-a lungul mai multor generații, depinzând de un complex de factori legați de dezvoltarea economică, nivel de trai, tradițiile culturale în ce privește tratamentul medical” (Voicu, 2005: 80).

În perioada 1989–2008, speranța de viață la naștere a cunoscut o creștere de la 69,5 ani, în 1989, pentru întreaga populație la 73 ani, în 2008. Totuși, creșterea acestui indicator nu a fost constantă, cunoscând numeroase fluctuații. După o foarte mică creștere la începutul anilor '90 se înregistrează și un regres, mai accentuat în perioada 1996–1998, iar apoi o îmbunătățire constantă începând cu 1999 (vezi Figura 3).

Figura 3

Speranța de viață la naștere în România, în perioada 1989–2008



Sursa: Tempo, INS, 2009.

Notă: Datele pentru 1989 provin din TransMONEE Database, 2009.

Pe parcursul întregii perioade s-a accentuat inegalitatea între femei și bărbați în ceea ce privește speranța de viață la naștere. Dacă în 1990, femeile trăiau în

medie, cu aproximativ șase ani mai mult decât bărbații, în 1998 diferența crește la 7,9 ani, iar în 2008 diferența era de 7,2 ani (Tempo, INS, 2009).

În România, speranța de viață la naștere este mai ridicată în mediul urban față de mediul rural. În anul 2008, speranța de viață la naștere în mediul urban era de 73,8 ani, în timp ce în rural aceasta era de 72,1 ani. În perioada 1996–2008, diferența între urban și rural în ceea ce privește acest indicator s-a diminuat, dar foarte puțin, de la 2 ani (1997–1998) la 1,7 ani (2008) (idem).

În funcție de regiunile de dezvoltare, există variații în ceea ce privește speranța de viață la naștere. Regiunea București-Ilfov înregistra cea mai ridicată speranță de viață la naștere în 2008 (74,5 ani), fiind urmată de regiunea Centrală (73,3 ani) și de Nord-Est (73,1 ani), apoi de regiunile din sud: Sud-Muntenia (73 ani), Sud-Est (72,9 ani), Sud-Vest Oltenia (73 ani). Vestul țării avea speranța de viață cea mai redusă: regiunea Vest (72,5 ani) și Nord-Vest (72,4 ani).

Municipiul București se bucura, în 2008, de cea mai ridicată speranță de viață la naștere (74,8 ani), fiind urmat de județele Vâlcea (74,5 ani), Prahova, Cluj (74 ani) și Vrancea (73,9 ani). Cea mai scăzută speranță de viață în 2008 a fost înregistrată în județul Satu Mare (69,9 ani), Călărași, Giurgiu (71,5 ani) și Bihor (71,9 ani) (idem).

SPERANȚA DE VIAȚĂ LA NAȘTERE, ÎN EUROPA

Alături de țările baltice și Bulgaria, România se situează printre țările cu cea mai scăzută speranță de viață la naștere, între țările din UE. Conform Eurostat (2009), în anul 2007⁴ speranța medie de viață în România era de 73,2 ani, mai scăzută fiind în Bulgaria (73 ani) și în Estonia (73,1 ani), Letonia (71,2 ani) și Lituania (70,1 ani). Cea mai ridicată valoare pentru speranța de viață la naștere pentru anul 2007 a fost înregistrată în Italia (81,6 ani), urmată de Suedia (81,1 ani), Spania (81,1 ani) și Olanda (80,4 ani). În anul 2007, speranța de viață în România era mai mică șase ani față de media speranței de viață la naștere a statelor UE27 (Eurostat – database, 2009).

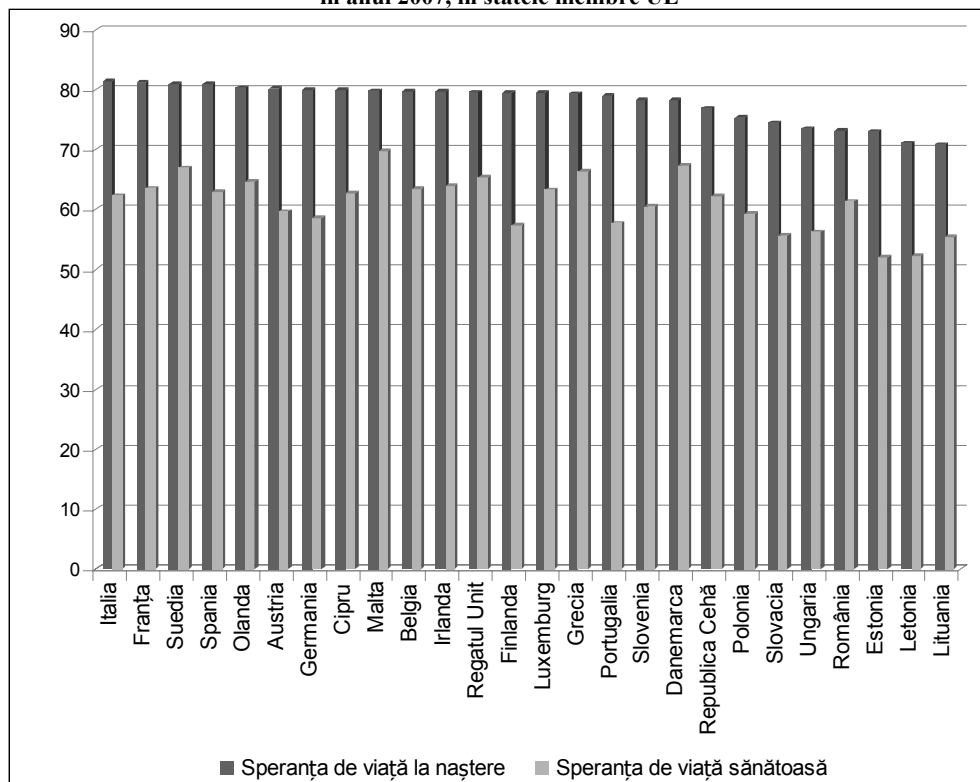
În toate statele Uniunii Europene, femeile au o speranță de viață mai ridicată decât bărbații, pentru perioada 2002–2004 diferența fiind, în medie, de 6,1 ani în favoarea femeilor (Eurostat, 2009b). Diferențele în ceea ce privește speranța de viață între femei și bărbați sunt date atât de factorii biologici, cât și de cei comportamentali. Bărbații adoptă într-o mai mare măsură comportamente de risc, acest fapt fiind reflectat de ratele de mortalitate mai ridicate în cazul bărbaților pentru cauze de deces datorate accidentelor, consumului de alcool sau tutun (idem).

Inegalitățile dintre femei și bărbați în ceea ce privește speranța de viață la naștere sunt foarte diferite în funcție de țări, mai accentuate fiind în țările baltice (peste 10 ani) pentru anul 2007 și în țările din sud-estul și centrul Europei (între 6–9 ani). În Cipru, Suedia, Olanda și Regatul Unit diferențele sunt mai mici, sub 4,5 ani (Eurostat – database, 2010).

⁴ Conform Eurostat, speranța de viață la naștere pentru România este, pentru anul 2007, cu șase zecimale mai ridicată decât cea indicată de Institutul Național de Statistică al României.

Figura 4

Speranța de viață la naștere și speranța de viață sănătoasă la naștere,
în anul 2007, în statele membre UE



Sursa: Eurostat-database, 2009.

Utilizarea largă a indicatorului speranței de viață la naștere pentru a descrie starea de sănătate a unei populații se datorează avantajului de a trece mai departe de dificultățile de definire a stării de sănătate între indivizi, populații, culturi diferite sau chiar între diferite perioade de timp (Eurostat, 2009a).

„Indicatorii asupra numărului de ani trăiți într-o stare bună de sănătate (Healthy Life Expectancy – HLY) introduce conceptul de calitate a vieții, prin focalizarea asupra acelor ani de care se pot bucura oamenii fără a avea limitări datorate unei boli sau dizabilități” (idem: 2006). Acest indicator este, de asemenea, denumit și *Disability Free Life Expectancy* (DFLE) și este determinat prin intermediul a două componente: 1. date statistice privind mortalitatea la nivelul UE și 2. date de percepție asupra propriei dizabilități obținute la nivel european prin intermediul cercetărilor pe bază de anchetă EU-SILC (idem). Indicatorul speranței de viață sănătoasă se calculează pentru două categorii de vârstă: speranța de viață sănătoasă la naștere (sub 1 an de zile) și speranța de viață sănătoasă la vârsta de 65 de ani, separat pentru ambele sexe.

Figura 4 prezintă valorile speranței de viață la naștere și ale speranței de viață sănătoasă la naștere pentru statele membre ale UE. Valorile pentru femei și bărbați pentru acești indicatori sunt ilustrate în Tabelul 1 din Anexă.

„În general, o creștere a speranței de viață este acompaniată de o creștere, redusă totuși, a speranței de viață sănătoasă. Totuși, nu a fost observată o reducere a diferenței dintre speranța de viață și speranța de viață sănătoasă, în unele țări, această diferență chiar a crescut” (European Commission, 2009: 137).

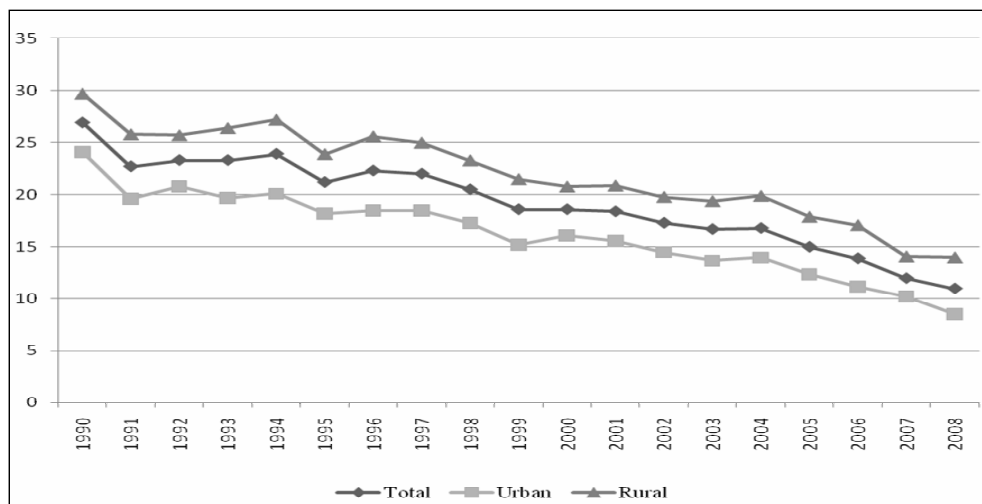
Inegalitatea între femei și bărbați se păstrează, în general, și în cazul speranței de viață sănătoasă, dar diferențele nu sunt atât de mari precum la speranța de viață, în unele țări fiind fie inexistentă, fie în curs de reducere (ibidem). „În timp ce, în cazul bărbaților, numărul anilor de viață sănătoasă a crescut, în medie, în toate țările, în cazul femeilor schimbările au fost foarte mici sau nu s-au cunoscut îmbunătățiri în ultimul deceniu. Astfel, chiar dacă femeile trăiesc mai mult, ele își petrec o mai mare parte din viață având o dizabilitate” (ibidem).

MORTALITATEA INFANTILĂ ÎN ROMÂNIA

Rata mortalității infantile⁵ reprezintă un indicator complex al stării de sănătate al unei populații, „reflectând în ce măsură îngrijirea medicală la care majoritatea populației are acces asigură o stare de sănătate bună” (Voicu, 2005: 80).

Figura 5

Rata mortalității infantile în România, în perioada 1990–2008, în funcție de mediile rezidențiale



Sursa: Tempo, INS, 2009.

⁵ Rata mortalității infantile – indicator care măsoară mortalitatea în rândul copiilor cu vârsta sub 1 an. Se calculează prin raportarea decedaților în vârstă de sub 1 an la 1 000 născuți-vii (definiție INS).

După 1990, rata mortalității infantile a scăzut în mod constant. Dacă în 1990, rata mortalității infantile în România era 26,9 nou-născuți decedați sub un an la 1 000 de născuți vii, valoarea ratei pentru 2008 era de 11‰. Pe parcursul întregii perioade 1990–2008, s-a menținut o inegalitate între mediul urban și rural în ceea ce privește rata mortalității infantile, în rural mortalitatea infantilă fiind mai ridicată. În 2008, rata mortalității infantile în mediul urban era de 8,5‰, în timp ce în mediul rural era de 14‰.

Mortalitatea infantilă se diferențiază și în funcție de regiunile de dezvoltare, regiunea București-Ilfov având cea mai scăzută rată (7‰), iar cea mai ridicată rată fiind înregistrată în de Sud-Est (13‰). În anul 2008, cea mai ridicată valoare a mortalității infantile a fost înregistrată în județul Caraș-Severin (18,9‰), iar cea mai scăzută în Municipiul București (6,4‰) (TEMPO, INS, 2009).

POZIȚIA ROMÂNIEI ÎNTRE ȚĂRILE EUROPENE ÎN CEEA CE PRIVEȘTE MORTALITATEA INFANTILĂ

Între statele membre ale Uniunii Europene, România este țara cu cea mai ridicată rată a mortalității infantile. Conform Eurostat (2009), în anul 2007, cea mai ridicată rată a mortalității infantile în statele membre ale Uniunii Europene a fost înregistrată în țara noastră (12‰), fiind urmată de Bulgaria (9,2‰) și Letonia (8,7‰). Cele mai mici valori pentru acest indicator au fost înregistrate în Luxemburg (1,8‰), Suedia (2,5‰), Finlanda (2,7‰) și Slovenia (2,8‰) (vezi Tabelul 1 din Anexă). Doar în Turcia, țară candidată la UE, rata mortalității infantile avea valoarea de 15,6‰ în 2007, depășind, astfel, România (Eurostat-database, 2009).

Din punctul de vedere al ratei mortalității infantile, țara noastră se situează mai aproape de Rusia și fostele state sovietice din estul Europei și Asia. Pentru anul 2008, Rusia avea o rată a mortalității infantile de 8,4‰, Ucraina 9,9‰, Armenia 10,7‰, Azerbaijan 10,2‰, Republica Moldova 12,1‰, iar Georgia 17‰ (idem).

În anul 2006, rata mortalității infantile din România (13,9‰) era de aproape trei ori mai mare decât media indicatorului pentru UE27 (4,7‰).

RATE DE MORTALITATE ÎN ROMÂNIA

După 1990, România nu a înregistrat progrese în ceea ce privește mortalitatea generală, ratele de mortalitate⁶ rămânând la un nivel ridicat, chiar mai mari decât valorile din 1990. În perioada 1990–2008, ratele de mortalitate au crescut, având numeroase fluctuații și cunoscând două vârfuri (1995–1997 și 2002–2003). În 2008, valoarea ratei mortalității era de 11,8‰ la nivelul întregii populații, 12,9‰ pentru bărbați și 10,7‰ pentru femei, față de 1990, când pentru întreaga populație,

⁶ Numărul de persoane decedate la 1 000 de locuitori.

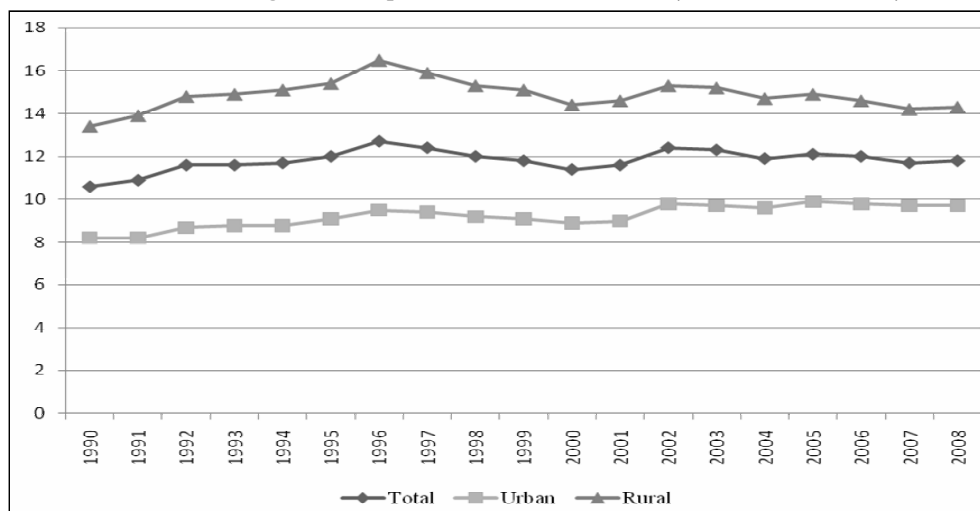
rata mortalității era de 10,6‰, iar pentru bărbați 11,5‰ și pentru femei 9,8‰ (Tempo, INS, 2009).

În România se păstrează inegalități ridicate între ratele de mortalitate în funcție de gen, mediul de rezidență, regiuni de dezvoltare, județe și grupe de vârstă. Bărbații au rate de mortalitate mai ridicate decât femeile, precum și mediul rural față de mediul urban. Evident, ratele de mortalitate cresc o dată cu înaintarea în vârstă, deși ratele de mortalitate pentru grupa de vârstă 0–4 ani rămân încă la un nivel foarte ridicat, comparabile cu cele pentru grupa de vârstă 40–44 ani (idem).

În anul 2008, ratele de mortalitate au avut cele mai crescute valori în regiunile de dezvoltare Sud-Muntenia (13‰) și Sud-Vest Oltenia (12,9‰), iar cele mai scăzute în regiunile din Centru (11‰), București-Ilfov și Nord-Est (11,1‰). Județele Iași (9,9‰) și Brașov (10‰) au înregistrat cele mai mici valori ale ratei mortalității în 2008, în timp ce județele Teleorman (16,8‰) și Giurgiu (15,7‰) au avut dintre cele mai mari valori ale mortalității (idem).

Figura 6

Rate de mortalitate generală în perioada 1990–2008, în funcție de mediile rezidențiale



Sursa: Tempo, INS, 2009.

Principala cauză de deces în România este reprezentată de bolile aparatului circulator (boala ischemică a inimii și boli cerebro-vasculare), rata de mortalitate pentru această cauză fiind mult mai ridicată față de celelalte cauze și având valoarea de 717 (decedați la 100 de mii de locuitori) în anul 2007 (INS, 2010). Următoarea cauză de deces se datorează tumorilor, având valoarea de 211,8, urmată, la distanță destul de mare, de bolile aparatului digestiv (68), a celui respirator (59,2) și de leziunile traumatiche, otrăviri și alte cauze externe (57,7) (INS, 2010).

MORTALITATEA ÎN UNIUNEA EUROPEANĂ

Și în ceea ce privește mortalitatea, România se plasează alături de statele baltice și Bulgaria, între țările cu mortalitatea cea mai ridicată din UE. Pentru anul 2007, datele Eurostat (2009) pentru România indică 979,1 persoane decedate la 100 de mii de locuitori, țara noastră fiind precedată de Lituania, Letonia și Bulgaria, cu peste 1 000 de persoane decedate și urmată îndeaproape de Ungaria și Estonia. Țările cu cea mai scăzută mortalitate sunt Italia, Franța, Spania și Suedia, cu sub 550 de persoane decedate la 100 de mii de locuitori, având deci ratele de mortalitate aproape la jumătate față de statele cu cea mai ridicată mortalitate din UE (Eurostat-database 2009) (vezi Tabelul nr. 1 din Anexă).

În UE27, bolile sistemului circulator, în special cele cardiovasculare și cancerul, reprezintă principalele cauze de deces (European Commission, 2009). Mortalitatea în cazul bărbaților este mai ridicată decât cea a femeilor, în toate statele membre ale UE. În 2006, bolile cardiovasculare reprezentau 38% dintre decesele în cazul bărbaților și 45% dintre decesele în cazul femeilor. În același an, următoarea cauză de deces este reprezentată de cancer, cu 28% dintre decesele survenite la bărbați și 22% dintre decesele în cazul femeilor (idem). Următoarele cauze de deces sunt datorate bolilor aparatului respirator (8% din numărul total de decese) (idem).

CAZURI DE ÎMBOLNĂVIRI ÎN ROMÂNIA

Unul dintre indicatorii care pot contribui la descrierea stării de sănătate a populației din România este numărul de pacienți ieșiți din spital, pe clase de boli, în sistemul majoritar de stat, raportat de INS atât în baza de date Tempo, cât și în Anuarul Statistic al României, datele disponibile fiind din 1993.

În perioada 1993–2007, numărul de pacienți externați din spital a cunoscut numeroase fluctuații. Din 1998, numărul a depășit patru milioane de persoane, cunoscând un vârf în perioada 2000–2001 și apoi o scădere lentă până în 2007, fără a ajunge la nivelul din 1993⁷ (vezi Tabelul nr. 2 din Anexă). În perioada 1993–2007, cei mai mulți pacienți externați din spital au fost pentru următoarele grupe de boli: boli ale aparatului respirator, boli ale aparatului circulator, boli ale aparatului digestiv și pentru sarcină, naștere și lăuzie (Tabelul nr. 2 din Anexă).

În anul 2007, cele mai frecvente cauze pentru care românii au fost internați în spital sunt cele care țin de bolile aparatului respirator (616 mii de persoane), bolile aparatului circulator (609 mii de persoane), boli ale aparatului digestiv (464 mii de persoane), alte cauze (459 de mii de persoane), pentru sarcină, naștere sau lăuzie (384 de mii de persoane) și pentru tumori (325 de mii de persoane).

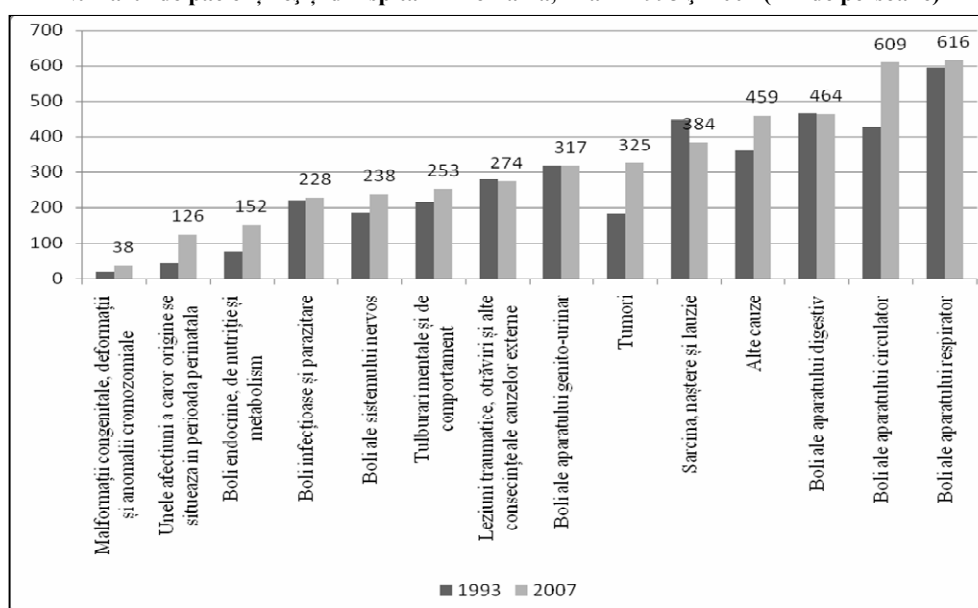
Pentru toate clasele de boli, față de 1993, numărul pacienților a crescut. Pentru unele clase de boli, numărul pacienților externați a fluctuat, cunoscând un vârf situat în perioada 2000–2003 și apoi o scădere lentă. Pentru alte clase de boli, numărul pacienților externați în 2007 este aproape dublu sau chiar mai ridicat față de cel

⁷ Datele pentru acest indicator sunt disponibile începând cu 1993.

înregistrat în 1993. Numărul pacienților externati pentru boli endocrine, de nutriție și metabolism s-a dublat în 2007, față de 1993. La fel, pentru numărul pacienților externati pentru malformații congenitale și anomalii cromozomiale (raportul între 2007 și 1993 este de 1,8) și cei externati pentru tumori (raportul este tot 1,8). Numărul pacienților externati pentru afecțiuni cu origine în perioada perinatală s-a triplat în 2007 față de 1993. O creștere semnificativă s-a înregistrat și pentru bolile aparatului circulator, raportul între numărul pacienților raportat în 2007 față de 1993 fiind de 1,5 (vezi Figura 7 și Tabelul 2 din Anexă).

Figura 7

Numărul de pacienți ieșiți din spital în România, în anii 1993 și 2007 (mii de persoane)



Sursa: Tempo, INS, 2009.

Acest indicator, precum și indicatorul privind *noile cazuri de îmbolnăvire, pe clase de boli, declarate de medicii de familie* (furnizat tot de INS în Anuarul Statistic al României), prezintă două dezavantaje: primul se referă la modul de raportare, și anume, numărul absolut al cazurilor de pacienți externati raportat la numărul absolut al cazurilor de îmbolnăvire, fără a fi calculat ca rată, în condițiile în care populația României a cunoscut numeroase fluctuații după 1990. Cel de-al doilea dezavantaj este faptul că acești indicatori se referă la cazurile de apelare a sistemului public medical, cunoscându-se faptul că numeroase persoane nu apelează la serviciile de îngrijire a sănătății, din motive diferite (lipsa resurselor financiare, lipsa asigurărilor medicale etc.).

În UE27, numărul pacienților externati din spital a variat, în 2005, de la mai puțin de 7 000 (la 100 de mii de locuitori) în Cipru și Malta, la peste 20 000 de pacienți (la 100 000 de locuitori) în Bulgaria, Republica Cehă, Germania, Lituania,

Ungaria, Austria, România și Finlanda (European Commission, 2009). Deși aceste date ilustrează starea de sănătate în statele membre, ele reflectă, parțial, și diferențe de organizare a serviciilor de îngrijire a sănătății (idem).

Cele mai frecvente cazuri de externări în UE27 sunt datorate bolilor cardiovasculare, bolilor sistemului digestiv, cancerului și cauzelor externe (idem).

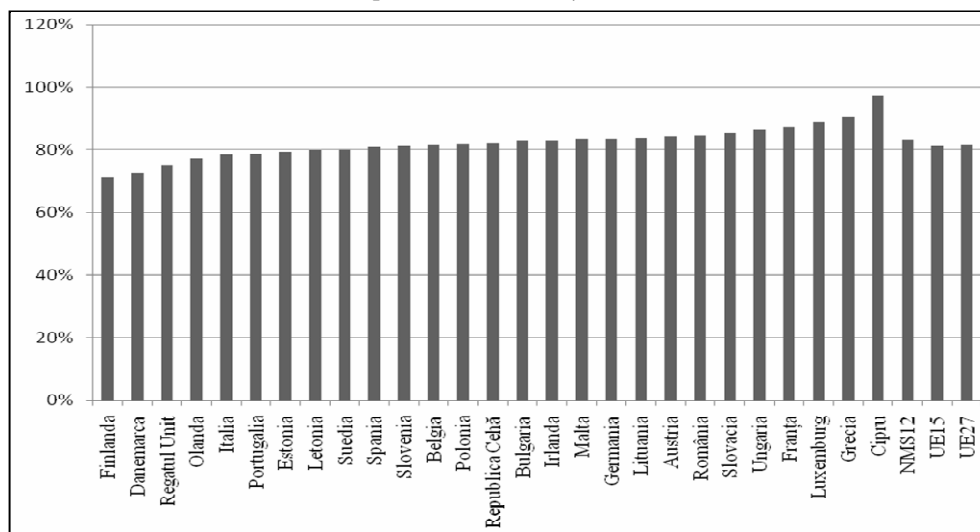
EVALUAREA SUBIECTIVĂ A STĂRII DE SĂNĂTATE

Importanța sănătății pentru o calitate a vieții ridicată

A avea o stare bună de sănătate constituie unul dintre factorii cei mai importanți pentru o calitate a vieții ridicată, după cum s-a evidențiat în studii anterioare. În cercetarea Eurobarometrului 2002 (CCEB și Standard Eurobarometer 52.1) respondenții au fost rugați să numească cei mai importanți trei factori care contribuie cel mai mult la calitatea vieții lor în prezent, având posibilitatea de a alege din 16 itemi. Majoritatea europenilor au menționat răspunsul „a avea o stare bună de sănătate” (Alber și Fahey, 2004). 75% dintre cetățenii UE15 și 65% dintre cetățenii din țările candidate și în curs de aderare în anul 2002 au optat pentru sănătate (Delhey, 2004).

Figura 8

Procentul cetățenilor europeni care au considerat sănătatea ca fiind „foarte importantă” pentru calitatea vieții lor



Sursa: EQLS 2007 (pentru calcule au fost utilizate weight-urile pentru întregul eșantion de 31 de țări). Q41. Vă voi citi o listă de lucruri pe care unii oameni o consideră a fi importante pentru calitatea vieții lor. Vă rog să îmi spuneți cât de important este fiecare dintre aceste pentru calitatea vieții dvs.: O educație bună; O slujbă bună; Un standard de viață bun; O locuință bună; O viață de familie bună; O sănătate bună; O viață socială bună. Variantele de răspuns: 1. Foarte important; 2. Important; 3. Nici important, nici neimportant; 4. Neimportant; Deloc important.

În EQLS 2007⁸, subiecții au evaluat importanța unor domenii pentru calitatea vieții lor. Respondenții au indicat cât de importante sunt următoarele aspecte: „a avea o educație bună”, „a avea o slujbă bună”, „a avea un standard de viață bun”, „a avea o locuință bună”, „a avea o viață de familie bună”, „a avea o sănătate bună” și „a avea o viață socială bună”, pe o scală cu cinci grade de intensitate (1 – „foarte important” și 5 – „deloc important”). 81,7% dintre cetățenii UE27 și 83,4% dintre cetățenii NMS12 au apreciat că o stare bună de sănătate este „foarte importantă” pentru calitatea vieții lor. 84,6% dintre români au considerat foarte importantă starea de sănătate pentru calitatea vieții lor. Figura 8 prezintă statele europene în funcție de importanța acordată sănătății de către cetățenii lor, iar în Tabelul nr. 4 din Anexă sunt prezentate și aprecierile importanței celorlalte domenii ale vieții.

EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI DIN ROMÂNIA, ÎN CONTEXT EUROPEAN

O stare bună de sănătate reprezintă un element esențial pentru calitatea vieții, atât la nivel individual cât și la nivel societal. A avea o stare bună de sănătate este o dimensiune importantă a bunăstării individuale, influențând capacitatea oamenilor de a-și desfășura activitatea și de a-și atinge țelurile (Saraceno și Keck, 2004) și modalitatea în care aceștia își evaluează viața.

Evaluarea propriei stări de sănătate reprezintă un indicator de rezultat, care reflectă, în același timp, starea personală de sănătate precum și așteptările privind starea de sănătate (Mărginean și alții, 2006, Precupețu, 2008).

„Evaluarea subiectivă de către o persoană a propriei stări de sănătate este un element important al calității generale a vieții sale” (Anderson, 2004: 56). Evaluarea propriei stări de sănătate s-a dovedit a fi o măsură bună pentru starea de sănătate și utilizată în numeroase cercetări, împreună cu auto-raportarea unei boli cronice sau dizabilități (idem).

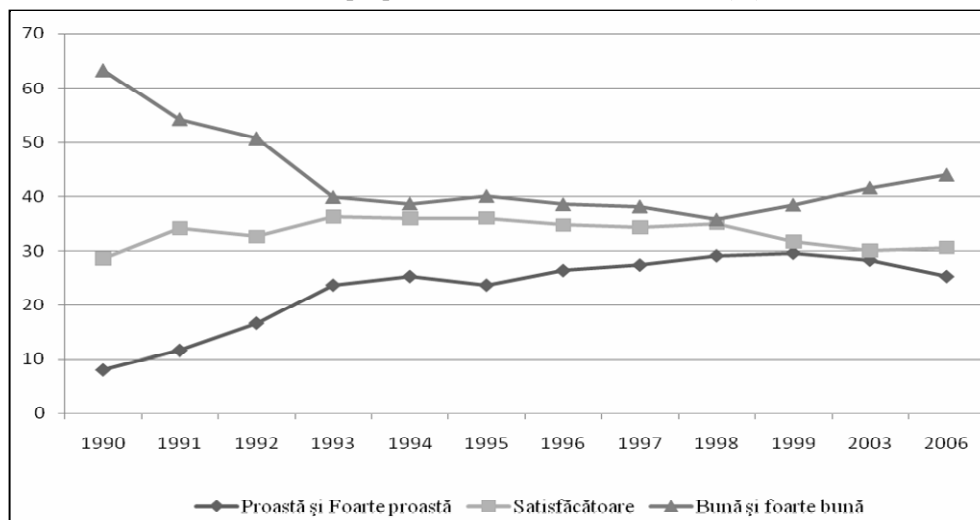
În primii ani de tranziție, evaluarea stării de sănătate de către populația din România s-a degradat foarte repede și a rămas la un nivel scăzut până în 1999. În 2003 și 2006, datele indică o îmbunătățire a percepției asupra stării de sănătate. Datele de percepție asupra stării de sănătate descrise de *Diagnoza Calității Vieții* se suprapun destul de bine peste starea de sănătate a populației descrisă de evoluția indicatorilor obiectivi prezentați în secțiunea anterioară a capitolului. În 2004, I. Mărginean, I. Precupețu și A. M. Preoteasa observau, de asemenea, corelația dintre datele de evaluare a sănătății și datele obiective și considerau starea de sănătate ca un element critic al calității vieții.

„Poziția pe care oamenii o ocupă în structura socială influențează starea personală de sănătate și, în consecință, evaluarea pe care aceștia o fac acestui domeniu” (Precupețu, 2008: 142).

⁸ *European Quality of Life Survey* s-a desfășurat în 2007, în 31 de țări europene (cele 27 țări membre ale UE, Norvegia și țările candidate la UE: Turcia, Croația, Fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei).

Figura 9

Evaluarea propriei stări de sănătate 1990–2006 (%)



Sursa: *Diagnoza Calității Vieții*, 1990–1999, 2003, 2006.

Notă: În viață fiecăruia intervin o mulțime de condiții și împrejurări. Ele pot fi mai bune sau mai puțin bune. Mai jos sunt menționate o serie de asemenea aspecte. Vă rugăm să le caracterizați, în ceea ce vă privește, încercuind cifra corespunzătoare: Sănătatea dvs.

Variantele de răspuns pentru această întrebare sunt: 1. foarte proastă, 2. proastă, 3. satisfăcătoare, 4. bună și 5. foarte bună. Pentru figură au fost folosite împreună variantele de răspuns „foarte proastă și proastă” și „bună și foarte bună”.

Statutul socioeconomic (nivelul educațional, statutul ocupațional, nivelul veniturilor), genul, vârsta și mediul rezidențial sunt factori care contribuie la evaluarea diferențiată a propriei stări de sănătate. Influența acestor factori a fost evidențiată în rezultatele mai multor studii de calitatea vieții: *Diagnoza Calității Vieții* (2006), EQLS (2003, 2007), EB66.2 (2006) și altele.

Diferențele de gen în evaluarea stării de sănătate sunt semnificative statistic, femeile apreciindu-și starea de sănătate ca fiind mai proastă decât a bărbaților. Acest fapt poate fi explicat prin faptul că femeile petrec mai mult timp într-o stare de boală, având o prevalență mai ridicată a bolilor cronice (Alber și Kohler, 2004), după cum dovedesc și indicatorii obiectivi. „Sarcina și copiii pot avea o influență negativă asupra stării de sănătate și asupra numărului de zile petrecute în incapacitate de a avea o viață de muncă și socială activă” (Precupețu, 2008: 142).

Înaintarea în vârstă este asociată cu o evaluare mai negativă a stării de sănătate (Precupețu, 2008). Influența vârstei în evaluarea stării de sănătate a fost evidențiată în cercetări precum *Diagnoza Calității Vieții* (2006), EQLS (2003, 2007), EB66.2 (2006). În toate statele membre ale UE, înaintarea în vârstă afectează negativ evaluarea stării de sănătate și crește autoraportarea unei dizabilități, dar diferențe mai ridicate între categoriile de vârstă 18–34 ani și peste 65 de ani sunt înregistrate în cadrul noilor state membre din 2000 și 2007 (Anderson, 2004, Anderson și alții,

2009). „Vârsta este în mod clar un factor puternic în ceea ce privește evaluarea stării de sănătate, dar datele subliniază rolul important al situației socioeconomice: nivelul educațional, neocuparea și venitul” (Anderson, 2004: 57).

Cu cât nivelul educațional este mai ridicat, cu atât aprecierea sănătății este mai bună (Precupețu, 2008). „Nivelul educațional este un factor important care influențează stilul de viață, oportunitățile și conștientizarea riscurilor: oamenii mai educați își evaluează mai bine starea de sănătate” (European Commission, 2003 apud Anderson, 2004: 57). Rolul nivelului educațional a fost evidențiat, de asemenea, în cercetările menționate anterior.

Categoriile ocupaționale cu evaluările cele mai bune cu privire la starea de sănătate sunt cele ale elevilor și studenților, urmași de persoanele cu ocupații cu studii superioare (Precupețu, 2008). Pentru prima categorie, „vârsta este o altă variabilă care însoțește ocupația și poate explica evaluările pozitive, dar și stilul de viață, poziția în ciclul vieții etc.” (Precupețu, 2008: 142).

Persoanele cu ocupații cu studii superioare beneficiază de resurse economice pentru a-și îngriji starea de sănătate și de un acces mai ușor la servicii și informații medicale, dar în același timp sunt preocupați de a adopta stiluri de viață sănătoase (Anderson, 2004, Alber și Kohler, 2004 apud Precupețu, 2008).

Venitul reprezintă un factor important în determinarea evaluării stării de sănătate. Cu cât veniturile de care dispune o persoană sunt mai mari, cu atât evaluarea stării de sănătate este mai pozitivă. Persoanele ale căror venituri familiale se situează în ultima quartilă de venit își apreciază cel mai slab starea de sănătate, cercetări precum *Diagnoza Calității Vieții* (2006), EQLS (2003, 2007), EB66.2 (2006) evidențiind această relație. Relația dintre venit și evaluarea stării de sănătate este prezentă atât la nivel individual, cât și la nivel național. În toate statele membre și candidate ale UE, relația este prezentă, dar mai puternică în cele cu venituri mici (Alber și Kohler, 2004 apud Mărginean și alții, 2006).

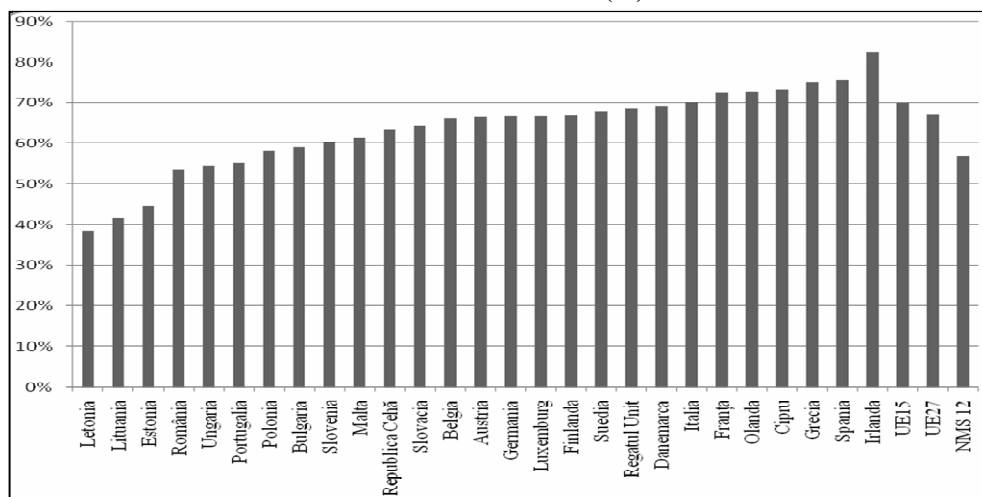
În numeroase state ale UE, mediul de rezidență nu constituie un factor important în evaluarea stării de sănătate. Mediul de rezidență devine mai important în statele în care diferențele dintre urban și rural sunt mari, precum este cazul României și Bulgariei. În România, subiecții din mediul urban au evaluări mult mai bune asupra stării de sănătate față de cei din rural (Precupețu, 2008).

În ceea ce privește evaluarea stării de sănătate, românii sunt printre cetățenii europeni care își evaluează destul de slab starea de sănătate, 53,6% dintre aceștia apreciindu-și starea de sănătate ca fiind „bună și foarte bună”, față de 56,8% dintre cetățenii NMS12 sau 69,9% dintre cetățenii UE15 (vezi Figura 10 și Tabelul nr. 3 din Anexă).

Deși românii își evaluează starea de sănătate destul de slab față de ceilalți europeni, ei declară într-o mică măsură existența unei afecțiuni cronice, fizice sau psihice, sau a unui handicap. Doar 15,6% dintre români au menționat existența unei afecțiuni cronice fizice sau psihice, sau a unui handicap, situându-se, astfel, alături de Italia, Irlanda, Spania și Malta, între statele europene cu cea mai mică raportare a acestor afecțiuni. În topul țărilor cu o raportare a afecțiunilor cronice/ handicap se află Danemarca, Belgia, Letonia, Estonia și Finlanda, cu peste 30% dintre cetățenii (Tabelul nr. 3 din Anexă).

Figura 10

Evaluarea stării de sănătate ca fiind „bună și foarte bună” de către cetățenii statelor membre ale UE (%)



Sursa: EQLS 2007 (pentru calcule au fost utilizate *weight*-urile pentru întregul eșantion de 31 de țări). Q43. În general, ați spune că sănătatea dvs. este: 1. Foarte bună; 2. Bună; 3. Satisfăcătoare; 4. Proastă; 5. Foarte proastă; 6. Nu știu.

Diferențele între raportarea unei afecțiuni cronice sau a unui handicap și evaluarea stării de sănătate pune în lumină rolul diferențelor culturale în ceea ce privește accepțiunea stării de boală de la o țară la alta. De aceea, între persoanele care au menționat existența unei afecțiuni cronice sau a unui handicap, românii se află printre europenii care percep cele mai multe limitări în activitățile zilnice (Tabelul 3 din Anexă).

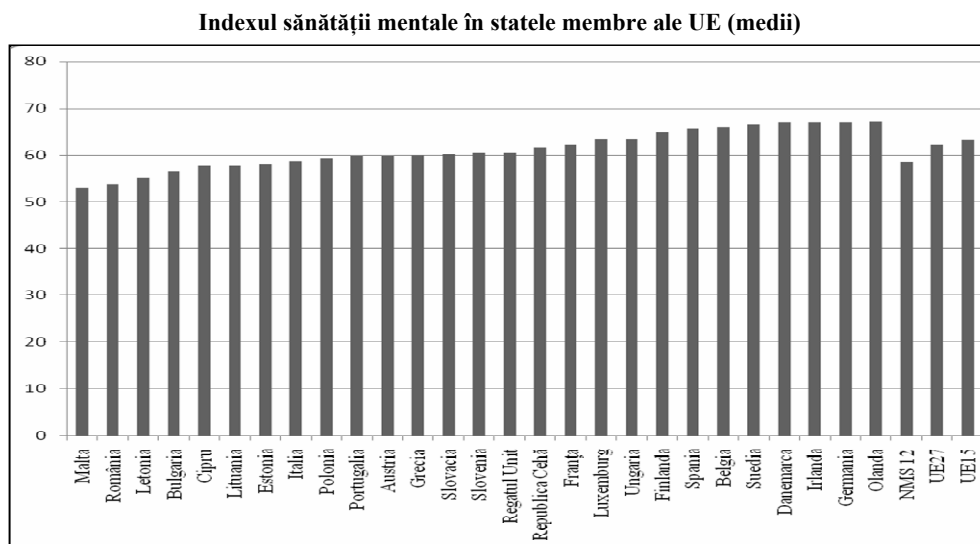
Sănătatea mentală, ca factor care favorizează prezența bolii (Anderson și alții, 2009), reprezintă o nouă dimensiune abordată în domeniul sănătății în cercetarea EQLS din 2007. Sănătatea mentală a fost măsurată prin intermediul Indicelui de Sănătate Mentală dezvoltat de WHO (idem). Indicele utilizat în EQLS 2007 este un indice scurt, dar valid, cunoscut și sub denumirea de WHO-5 (WHO, 1998 apud Layte și alții, 2010). Subiecții au indicat starea din ultimele două săptămâni prin intermediul următorilor itemi: 1. M-am simțit voios și într-o stare de spirit bună; 2. M-am simțit calm și relaxat; 3. M-am simțit activ și energic; 4. Mă trezesc ca nou și odihnit; 5. Viața mea zilnică a fost plină de lucruri care mă interesează.

Indicele sănătății mentale se calculează însumând scorurile pentru fiecare item (0 – În nici un moment, 1 – O parte din timp; 2 – Mai puțin de jumătate din timp; 3 – Mai mult de jumătate din timp; 4 – Mai tot timpul; 5 – Tot timpul), obținându-se un scor între 0 și 25. Acesta urmează a fi înmulțit cu 4, scorul final luând valori între 0 și 100 (Anderson și alții, 2009). Un indice cât mai aproape de 100 indică o stare de sănătate mentală foarte bună.

Figura 11 prezintă ierarhia țărilor europene în funcție de indexul sănătății mentale. România ocupă, în funcție de acest criteriu, penultima poziție între statele

UE27, fiind precedată de Malta și urmată îndeaproape de Letonia și Bulgaria (vezi și Tabelul nr. 3 din Anexă).

Figura 11



Sursa: EQLS 2007 (pentru calcule au fost utilizate *weight*-urile pentru întregul eșantion de 31 de țări).
 Notă: Indicele sănătății mentale se calculează însumând scorurile pentru fiecare item (0 – În nici un moment, 1 – O parte din timp; 2 – Mai puțin de jumătate din timp; 3 – Mai mult de jumătate din timp; 4 – Mai tot timpul; 5 – Tot timpul), obținându-se un scor între 0 și 25. Acesta urmează a fi înmulțit cu 4, scorul final luând valori între 0 și 100.

Itemii care formează indicele sunt următorii: 1. *M-am simțit voios și într-o stare de spirit bună*; 2. *M-am simțit calm și relaxat*; 3. *M-am simțit activ și energic*; 4. *Mă trezesc ca nou și odihnit*; 5. *Viața mea zilnică a fost plină de lucruri care mă interesează*.

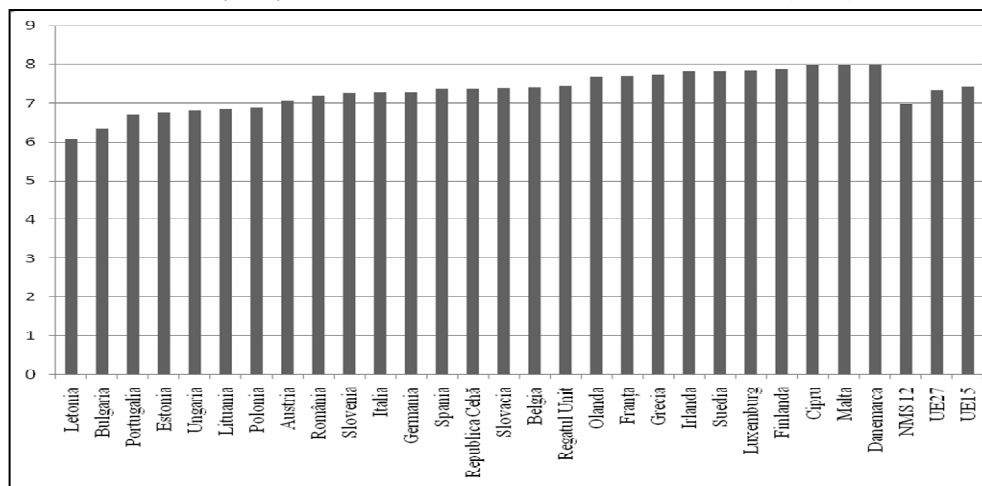
R. Layte, B. Maître și Ch. T. Whelan (2010) evidențiază relația dintre starea de sănătate mentală și o serie de factori, precum condițiile de viață (date de nivelul veniturilor și a deprivării materiale), gen, statut marital, nivelul educațional, statutul economic, clasa socială și starea fizică de sănătate.

SATISFACTIA FAȚĂ DE STAREA DE SĂNĂTATE

Satisfacția față de starea de sănătate este strâns asociată cu evaluarea propriei stări de sănătate și cu autoraportarea existenței unei boli cronice sau dizabilități. Persoanele care își evaluează negativ starea de sănătate sunt mai puțin satisfăcute față de propria sănătate. De asemenea, cei care au raportat existența unei boli cronice sau dizabilități au un nivel mai scăzut al satisfacției față de starea de sănătate (Anderson, 2004). Satisfacția față de sănătate este relaționată și cu factorii care determină starea de sănătate, precum și evaluarea acestora: genul, vârsta, nivelul educațional, statutul ocupațional și nivelul venitului (Anderson, 2004, Precupețu, 2008, Anderson și alții, 2009).

Figura 12

Satisfacția față de starea de sănătate în statele membre ale UE (medii)



Sursa: EQLS 2007 (pentru calcule au fost utilizate *weight*-urile pentru întregul eșantion de 31 de țări). Q40. Pe o scală de la 1 la 10, îmi puteți spune cât de satisfăcut sunteți cu fiecare dintre itemii următori, unde 1 înseamnă foarte nesatisfăcut și 10 înseamnă foarte satisfăcut? f. Sănătatea dvs.

În ceea ce privește satisfacția față de starea proprie de sănătate, românii ocupă o poziție mai favorabilă decât cea dată de evaluarea stării de sănătate, media României (7,2) fiind mai ridicată decât media NMS12 (7).

Relația dintre starea de sănătate și satisfacția față de viață a fost evidențiată în EQLS (2003, 2007). „Dacă a fi sănătos înseamnă, în general, a avea o satisfacție ridicată cu viața, existența bolii are un impact semnificativ negativ asupra modului în care oamenii își evaluează viața. Aceia care suferă de o boală de lungă durată se declară mult mai puțin satisfăcuți cu viața lor decât media” (Mărginean și alții, 2006: 65).

CONCLUZII

După o rapidă degradare la începutul anilor 1990, starea de sănătate a populației din România a cunoscut o îmbunătățire, începând cu 1999–2000.

În ceea ce privește evaluarea stării de sănătate, poziția României subliniază o stare de sănătate precară și din punct de vedere al percepției, situându-se alături de statele baltice și Bulgaria, între țările în care oamenii își evaluează mai slab sănătatea.

Ierarhia țărilor europene din punct de vedere subiectiv nu o reproduce pe cea a indicatorilor obiectivi, evidențiind faptul că indicatorii de evaluare și satisfacție, ca indicatori de output, înglobează valori și așteptări ale oamenilor cu privire la sănătate.

Atât indicatorii obiectivi, cât și cei subiectivi situează România printre statele UE cu o stare slabă de sănătate. Datele indică sănătatea ca un domeniu cheie care necesită intervenție prin politici sociale, pentru îmbunătățirea sănătății la nivel național și reducerea inegalităților din populație.

BIBLIOGRAFIE

1. Alber, J., Köhler, U., *Health and care in an enlarged Europe*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Commission, 2004 [Electronic version]. Disponibil online la <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2003/107/en/1/ef03107en.pdf>.
2. Anderson, R., Health and health care, in Fahey, T., Maitre, B., Whelan, Ch., Anderson, R., Domanski, H., Ostrowska, A., Olagnero, M. and Saraceno, C., *Quality of life in Europe. First European Quality of Life Survey 2003*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004, pp. 55–62 [Electronic version]. Disponibil online la <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2004/105/en/1/ef04105en.pdf>.
3. Anderson, R., Mikulić, B., Vermeylen, G., Lyly-Yrjanainen, M., Zigante, V., *Second European Quality of Life Survey: Overview*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Commission, 2009 [Electronic version]. Disponibil online la <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/1/EF0902EN.pdf>.
4. Delhey, J., *Life satisfaction in an enlarged Europe*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Commission, 2004 [Electronic version]. Disponibil online la <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2003/108/en/1/ef03108en.pdf>.
5. Doboș, C., *Finanțarea sistemelor de sănătate în țările Uniunii Europene. România în context european*, în „Calitatea Vieții” nr. 1–2, 2008, pp. 107–123.
6. Doboș, C., *Accesul populației la serviciile publice de sănătate*, în „Calitatea Vieții” nr. 3–4, 2003, pp. 3–14.
7. Doboș, C., *Dificultăți de acces la serviciile publice de sănătate în România*, în „Calitatea Vieții” nr. 1–2/2006, pp. 7–24.
8. Fahey, T., Nolan, B., Whelan, Ch.T., *Monitoring quality of life in Europe*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Commission, 2003 [Electronic version]. Disponibil online la <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2002/108/en/1/ef02108en.pdf>.
9. Layte, R., Maitre, B., Whelan, Ch. T., *Second European Quality of Life Survey: Living conditions, social exclusion and mental well-being*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Commission, 2010 [Electronic version]. Disponibil online la <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/88/en/2/EF0988EN.pdf>.
10. Mărginean, I., Precupețu, I., Tsanov, V., Preoteasa, A.M., Voicu, B., *First European Quality of Life Survey: Quality of life in Bulgaria and Romania*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2006 [Electronic version]. Disponibil online la <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/67/en/1/ef0667en.pdf>.
11. Mărginean, I., Precupețu, I. (coord.), *Calitatea vieții și dezvoltarea durabilă. Politici de întărire a coeziunii sociale*, București, Editura Expert – CIDE, 2008.
12. Mărginean, I., Precupețu, I., Preoteasa, A. M., *Puncte de suport și elemente critice în evoluția calității vieții în România*, în „Calitatea Vieții” nr. 1–2, 2004, pp. 1–20.
13. Phillips, D., *Quality of Life. Concept, policy and practice*, New York, Routledge, 2006.
14. Precupețu, I., Evaluări ale protecției sociale și îngrijirii sănătății, în Mărginean, I., Precupețu, I. (coord.), *Calitatea vieții și dezvoltarea durabilă. Politici de întărire a coeziunii sociale*, București, Editura Expert – CIDE, 2008, pp. 137–146.
15. Preoteasa, A. M., *Cercetarea politicilor sociale. Aspecte metodologice*, Iași, Editura Lumen, 2009.
16. Rose, R., Newton, K., *Second European Quality of Life Survey: Evaluating the quality of society and public services*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Commission, 2010 [Electronic version]. Disponibil online la <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/110/en/1/EF09110EN.pdf>.
17. Saraceno, C., Keck, W., Introduction, în Fahey, T., Maitre, B., Whelan, Ch., Anderson, R., Domanski, H., Ostrowska, A., Olagnero, M., Saraceno, C., Alber, J., Delhey, J., Keck, W., and Nauenburg, R., *Quality of life in Europe. First European Quality of Life Survey 2003*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004, pp. 1–3 [Electronic version]. Disponibil online la <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2004/105/en/1/ef04105en.pdf>.
18. Sen, A., Capability and Well-Being, în Nussbaum, M., Sen, A. (eds.), *The Quality of Life*, Oxford, Clarendon Press, 1993, pp. 30–53.

19. Sirgy, J. M., Michalos, A. C., Ferriss, A. L., Easterlin, R., Patrick, D., Pavot, W., The quality of life (QOL) research movement: past, present, and future, în *Social Indicators Research* 76, no 3, May 2006, pp. 343–466 [Electronic version]. Disponibil online la <http://www.springerlink.com/content/82782838127h5np0/?p=423e9cd21c034434a0a45ed39262f814&pi=0>.
20. Vander Zanden, J. W., *The Social Experience. An Introduction to Sociology* (second edition), New York, McGraw-Hill Publishing Company, 1998/1990.
21. Verkerk, M. A., Busschbach, J. J. V., Karssing, E. D., *Health-related quality of life research and capability approach of Amartya Sen*, în „Quality of Life Research” no 10, 2001, pp. 49–55.
22. Vlădescu, C., Indicatori ai stării de sănătate, în Pop, L. M. (coord.), *Dicționar de politici sociale*, București, Editura Expert, 2002, pp. 376–378.
23. Voicu, B., Capital uman, în Pop, L. M. (coord.), *Dicționar de politici sociale*, București, Editura Expert, 2002, p. 170.
24. Voicu, B., *Penuria Pseudo-Modernă a Postcomunismului Românesc. Volumul II: Resursele*, Iași, Editura Expert Projects, 2005.

Rapoarte

25. *** *Anuarul Statistic al României 2007*, București, Institutul Național de Statistică al României, 2008. Disponibil online la <http://www.insse.ro/cms/rw/pages/anuarstatistic2007.ro.do>.
26. *** *Anuarul Statistic al României 2008*, București, Institutul Național de Statistică al României, 2010. Disponibil online la <http://www.insse.ro/cms/rw/pages/anuarstatistic2008.ro.do>.
27. *** *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Geneva, CSDH, World Health Organization, 2008 [Electronic version]. Disponibil online la http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf.
28. *** *Europe in figures – Eurostat yearbook 2008, Statistical books*, Luxembourg, Eurostat, Office for Official Publications of the European Communities, 2008 [Electronic version]. Disponibil online la http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-07-001/EN/KS-CD-07-001-EN.PDF.
29. *** *Europe in figures – Eurostat yearbook 2009, Statistical books*, Luxembourg, Eurostat, Office for Official Publications of the European Communities, 2009a [Electronic version]. Disponibil online la http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-09-001/EN/KS-CD-09-001-EN.PDF.
30. *** *Health statistics – Atlas on mortality in the European Union, Statistical books*, Luxembourg, Eurostat, Office for Official Publications of the European Communities, 2009b [Electronic version]. Disponibil online la http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-30-08-357/EN/KS-30-08-357-EN.PDF.
31. *** *Special Eurobarometer 272, Wave 66.2: Health in the European Union – Report*, TNS Opinion & Social. This survey was requested by Directorate General SANCO and coordinated by Directorate General COMMUNICATION, 2007 [Electronic version]. Disponibil online la http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272e_en.pdf.
32. *** *The Social Situation in the European Union 2008. New Insights into Social Inclusion*. Luxembourg, European Commission, Office for Official Publications of the European Communities, 2009 [Electronic version]. Disponibil online la http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KE-AG-09-001/EN/KE-AG-09-001-EN.PDF.

Baze de date online

33. Eurostat (database), European Commission, 2009. Disponibil online la <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>.
34. TEMPO (bază de date), Institutul Național de Statistică al României, 2009. Disponibil online la <http://statistici.insse.ro/shop/>.
35. TransMONEE 2009 Database, Geneva, UNICEF Regional Office for CEE/CIS, 2009. Disponibil online la <http://www.transmonee.org/>.

Web Site-uri:

36. *** World Health Organization, 2009 – website, <http://www.who.int/en/>.

Anexă

Tabelul nr. 1

Speranța de viață la naștere, speranța de viață sănătoasă, rata mortalității infantile și rata mortalității generale în statele membre UE în anul 2007⁹

	Speranța de viață la naștere			Speranța de viață sănătoasă la naștere (HLY)			Rata mortalității infantile	Rata mortalității generale ¹⁰
	Total	Femei	Bărbați	Total	Femei	Bărbați		
Italia	81,6	84,2	78,7	62,4	62,0	62,8	3,7	511,6
Franța	81,3	84,8	77,6	63,7	64,2	63,1	3,7	521,8
Suedia	81,1	83,1	79,0	67,1	66,6	67,5	2,5	541,3
Spania	81,1	84,3	77,8	63,1	62,9	63,2	3,7	534,2
Olanda	80,4	82,5	78,1	64,7	63,7	65,7	4,1	571,9
Austria	80,4	83,1	77,4	59,8	61,1	58,4	3,7	562,1
Germania	80,1	82,7	77,4	58,6	58,4	58,8	3,9	585,0
Cipru	80,1	82,2	77,9	62,9	62,7	63,0	3,7	583,2
Malta	79,9	82,2	77,5	69,9	70,8	69,0	6,5	589,6
Belgia	79,9	82,6	77,1	63,5	63,7	63,3	4,0	:
Irlanda	79,8	82,1	77,4	64,0	65,3	62,7	3,1	601,0
Regatul Unit	79,7	81,8	77,6	65,5	66,2	64,8	4,8	598,7
Finlanda	79,6	83,1	76,0	57,4	58,0	56,7	2,7	602,4
Luxemburg	79,5	82,2	76,7	63,4	64,6	62,2	1,8	614,9*
Grecia	79,4	81,8	77,1	66,5	67,1	65,9	3,5	623,1
UE (27)	79,2	82,2	76,1	:	:	:	:	624,3 ^p
Portugalia	79,1	82,2	75,9	57,8	57,3	58,3	3,4	638,5*
Slovenia	78,4	82,0	74,7	60,5	62,3	58,7	2,8	669,5
Danemarca	78,4	80,6	76,2	67,4	67,4	67,4	4,0	682,6*
Republica Cehă	77,0	80,2	73,8	62,3	63,2	61,3	3,1	767,1
Polonia	75,4	79,8	71,0	59,4	61,3	57,4	6,0	836,3
Slovacia	74,6	78,4	70,6	55,7	55,9	55,4	6,1	917,0
Ungaria	73,6	77,8	69,4	56,3	57,6	55,0	5,9	962,6
România	73,2	76,9	69,7	61,4	62,4	60,4	12,0	979,1
Estonia	73,1	78,8	67,2	52,1	54,6	49,5	5,0	959,6
Bulgaria	73,0	76,7	69,5	:	:	:	9,2	1028,5
Letonia	71,2	76,5	65,8	52,3	53,7	50,9	8,7	1095,3
Lituania	70,9	77,2	64,9	55,6	57,7	53,4	5,9	1095,8

Sursa: Eurostat-database 2010.

Notă: * Datele prezentate în tabel sunt valabile pentru 2006, cele pentru anul 2007 nefiind disponibile încă.

: datele nu sunt disponibile

p date provizorii

c Pentru indicatorul *speranța de viață sănătoasă la naștere* (HLY), totalul a fost calculat pe baza valorilor indicatorului pentru femei și bărbați.⁹ Am optat pentru datele Eurostat 2007, deoarece datele pentru 2008 sunt încă incomplete pentru mai multe state membre.¹⁰ Numărul de persoane decedate la 100 de mii de locuitori.

Tabelul nr. 2

**Numărul de cazuri de pacienți ieșiți din spital, pe clase de boli, în sistemul
majoritar de stat (în mii de persoane)**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2003	2004	2005	2006	2007
Total	3842	3932	3857	3984	4066	4010	4060	4640	4867	4538	4569	4201	4782	4483
Boli infecțioase și parazitare	219	239	215	209	232	219	223	271	282	266	238	212	228	228
din care:														
Tuberculoză	55	60	60	61	63	63	60	68	75	66	59	41	43	46
Tumori	183	194	201	215	225	237	245	316	343	321	327	276	323	325
Boli endocrine, de nutriție și metabolism	77	81	82	89	92	108	112	132	143	138	154	143	152	152
din care: Diabet zaharat	37	39	41	43	55	62	66	78	85	84	86	72	65	61
Tulburări mentale și de comportament	215	236	233	234	246	246	238	273	287	271	265	222	259	253
Boli ale sistemului nervos	185	201	194	203	207	214	215	248	264	252	253	217	249	238
Boli ale aparatului circulator	427	445	459	471	486	492	507	614	646	608	625	560	682	609
din care: Boala ischemică a inimii	115	137	144	147	151	152	157	181	185	157	141	102	106	121
din care:														
Boli cerebro-vasculare	62	58	64	63	68	71	74	91	96	100	116	113	144	125
Boli ale aparatului respirator	595	639	597	656	655	621	676	692	747	691	683	603	649	616
Boli ale aparatului digestiv	467	492	493	497	493	489	475	542	566	520	517	448	504	464
Boli ale aparatului genito-urinar	318	326	329	335	347	335	341	442	410	372	353	307	348	317
Sarcina, naștere și lăuzie	447	384	359	382	383	362	343	329	335	263	255	367	407	384
Unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală	44	47	48	46	48	50	50	48	58	71	104	115	135	126
Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale	21	20	21	21	22	23	24	26	29	29	33	32	45	38
Leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe	282	274	278	282	284	274	267	301	318	301	303	277	309	274
Alte cauze	362	354	348	344	346	340	344	406	439	435	459	422	492	459

Sursa: Tempo, INS, 2009.

Tabelul nr. 3

**Valorile indicatorilor subiectivi referitori la starea de sănătate
în statele membre ale UE (procente și medii)**

	Evaluarea stării de sănătate	Aveți vreo afecțiune cronică (v-a cauzat neplăceri o anumită perioadă de timp) fizică sau psihică sau handicap?	Sunteți stânjenit în activitățile dvs. zilnice de această afecțiune fizică, psihică sau handicap? ¹¹	Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă foarte nemulțumit și 10 înseamnă foarte mulțumit, vă rog să-mi spuneți cât de mulțumit sunteți de următoarele afirmații?	Indexul sănătății mentale
	Bună și foarte bună (%)	Da (%)	Da, foarte mult (%)	Medii	Medii
Austria	66,5%	24,80%	15,80%	7,1	59,9
Belgia	66,2%	33,40%	30,10%	7,4	66,1
Bulgaria	58,9%	22,80%	26,40%	6,4	56,5
Cipru	73,4%	29,70%	24,50%	8,0	57,7
Republica Cehă	63,5%	25,00%	17,60%	7,4	61,7
Danemarca	68,9%	31,70%	27,40%	8,0	67,0
Estonia	44,7%	38,40%	24,30%	6,8	58,0
Finlanda	66,8%	39,60%	18,30%	7,9	65,0
Franța	72,7%	28,80%	29,90%	7,7	62,3
Germania	66,6%	27,70%	13,30%	7,3	67,1
Regatul Unit	68,5%	27,20%	19,30%	7,4	60,5
Grecia	75,1%	16,60%	34,00%	7,7	60,0
Ungaria	54,6%	28,70%	33,30%	6,8	63,4
Irlanda	82,6%	13,10%	20,70%	7,8	67,1
Italia	70,1%	12,90%	28,30%	7,3	58,5
Letonia	38,3%	34,90%	28,70%	6,1	55,2
Lituania	41,8%	26,00%	43,70%	6,8	57,7
Luxemburg	66,6%	27,80%	18,00%	7,8	63,4
Malta	61,6%	16,00%	23,50%	8,0	53,0
Olanda	72,8%	23,80%	24,20%	7,7	67,2
Polonia	58,1%	26,90%	37,30%	6,9	59,2
România	53,6%	15,60%	34,50%	7,2	53,8
Slovacia	64,4%	23,30%	17,90%	7,4	60,2
Slovenia	60,4%	26,40%	31,90%	7,3	60,5
Spania	75,6%	15,70%	20,00%	7,4	65,8
Suedia	67,8%	29,00%	14,80%	7,8	66,6
Portugalia	55,3%	22,40%	21,70%	6,7	59,9
UE15	69,9%	23,70%	21,40%	7,4	63,3
NMS 12	56,8%	24,30%	32,10%	7,0	58,4
UE27	67,1%	23,80%	23,70%	7,3	62,3

Sursa: EQLS 2007 (pentru calcule au fost utilizate weight-urile pentru întregul eșantion de 31 de țări).

¹¹ S-a calculat doar din procentul celor care au răspuns afirmativ în ceea ce privește auto-raportarea unei boli cronice sau dizabilități.

Tabelul nr. 4

Evaluarea domeniilor vieții ca fiind „foarte importantă” pentru calitatea vieții în UE (%)

	Educație	Loc de muncă	Standard de viață	Familie	Locuire	Sănătate	Viață socială
Austria	60,8%	66,6%	49,1%	72,3%	54,8%	84,3%	53,4%
Belgia	71,2%	54,0%	37,3%	58,3%	41,7%	81,8%	36,8%
Bulgaria	44,4%	61,8%	62,5%	69,0%	57,6%	83,0%	39,9%
Cipru	79,7%	90,9%	83,8%	93,6%	80,3%	97,2%	73,1%
Republica Cehă	38,9%	65,1%	38,8%	71,4%	53,5%	82,3%	19,5%
Danemarca	41,8%	44,8%	36,1%	70,9%	30,1%	72,5%	51,2%
Estonia	48,7%	56,8%	38,3%	66,7%	47,9%	79,4%	28,0%
Finlanda	24,6%	34,7%	11,3%	57,9%	15,8%	71,4%	24,2%
Franța	76,5%	60,4%	40,8%	72,3%	49,1%	87,3%	48,2%
Germania	72,4%	70,7%	29,4%	73,0%	41,5%	83,7%	47,2%
Regatul Unit	64,3%	52,3%	48,5%	69,0%	45,9%	75,0%	30,7%
Grecia	66,7%	84,3%	74,0%	83,2%	65,4%	90,7%	59,7%
Ungaria	51,6%	76,6%	58,8%	77,9%	62,3%	86,7%	32,3%
Irlanda	63,1%	58,0%	56,4%	71,9%	58,4%	83,1%	43,8%
Italia	67,9%	66,3%	48,5%	64,2%	46,1%	78,6%	42,3%
Letonia	51,6%	60,6%	36,8%	60,7%	46,1%	79,9%	21,8%
Lituania	54,6%	72,1%	59,2%	71,9%	60,3%	84,0%	56,7%
Luxemburg	82,7%	70,2%	46,2%	79,4%	49,7%	88,9%	57,9%
Malta	71,4%	71,4%	61,8%	79,9%	57,7%	83,5%	46,3%
Olanda	38,2%	25,1%	21,8%	40,7%	23,5%	77,1%	29,3%
Polonia	47,5%	65,2%	42,8%	69,3%	46,1%	82,0%	21,8%
România	65,5%	77,1%	74,0%	80,6%	71,7%	84,6%	61,2%
Slovacia	52,7%	67,9%	49,8%	69,1%	52,3%	85,4%	32,1%
Slovenia	39,1%	55,6%	15,8%	63,5%	45,6%	81,1%	30,8%
Spania	66,9%	61,0%	43,8%	70,2%	49,4%	81,0%	36,3%
Suedia	38,7%	49,9%	29,3%	74,2%	29,5%	80,0%	48,3%
Turcia	87,7%	87,9%	81,9%	89,9%	83,3%	90,8%	73,9%
Portugalia	58,7%	59,9%	42,3%	67,0%	48,9%	78,8%	33,7%
Croația	49,3%	63,9%	50,7%	71,5%	48,3%	83,1%	43,0%
Norvegia	40,4%	43,4%	26,5%	69,0%	22,8%	73,5%	41,8%
Macedonia	72,0%	81,5%	81,3%	84,2%	77,6%	90,2%	75,0%
NMS 12	51,4%	68,7%	52,5%	72,7%	55,7%	83,4%	34,6%
UE27	63,1%	62,0%	43,1%	69,7%	47,1%	81,7%	40,2%
UE15	66,3%	60,2%	40,6%	68,8%	44,7%	81,2%	41,7%

Sursa: EQLS 2007 (pentru calcule au fost utilizate weight-urile pentru întregul eșantion de 31 de țări).

This article proposes to describe the health status of Romanian population from the quality of life perspective, using both objective and subjective indicators. The first part of this article emphasizes the health as a dimension of quality of life and the research of health using the quality of life paradigm. There are presented social factors with importance on the influence of the health status at individual and societal level.

In this article, it will be analyzed the evolution of health status of Romanian population in the period 1990–2008, using statistical data and data provided by different national and European researches. The health status of Romanian population will be analyzed from a comparative perspective, emphasizing the position of Romanian compared to other European countries. The article relies on multiple data sources: Quality of Life Diagnosis (1990–2006), EQLS (2007), INS, Eurostat și TransMonee.

Keywords: *health status, quality of life, life expectancy, health status assessment, health satisfaction.*