



Starea Națiunii

Construirea unui instrument inovator pentru
fundamentarea politicilor publice (SIPOCA 11)

RAPORT DE ANALIZĂ

Barometru de opinie în domeniul Sănătate

Cuprins

1. Introducere	4
2. Fundamentare teoretică	5
3. Metodologia cercetării	8
3.1 Structura eşantionului	9
4. Analiza datelor	10
4.1 Evaluarea stării proprii de sănătate	10
4.2 Accesul la servicii de sănătate şi satisfacţia cu aceste servicii	19
5. Concluzii	25
6. Bibliografie	27

Autoevaluarea propriei stări de sănătate și a serviciilor de sănătate

1. Introducere

Consultarea unor date concrete, corecte și actualizate despre sistemul de sănătate din România are un impact pozitiv asupra cunoașterii și înțelegerii domeniului sănătății și implicit asupra politicilor publice. Acest lucru impulsionează dezvoltarea acestui domeniu în termeni de servicii de calitate și creșterea accesului la servicii de sănătate pentru populația din România, indiferent de regiunea de dezvoltare sau de mediul de rezidență. Polarizarea serviciilor de sănătate, astfel încât să constituie apanajul doar al unor categorii favorizate economic, nu este o situație ce caracterizează o țară dezvoltată și cu siguranță nu este modelul pe care îl propune Uniunea Europeană prin politicile pe care le derulează în acest domeniu. Dimpotrivă, creșterea accesului la serviciile de sănătate pentru toate categoriile de populație, diversificarea acestor servicii în așa fel încât ele să acționeze ca un mecanism eficient de prevenire a apariției bolilor și tratarea acestora în stadiu incipient sunt principii care ghidează politicile în domeniul sănătății din Uniunea Europeană. În plus, asigurarea unor servicii medicale de calitate este un aspect central al politicilor publice din domeniul sănătății, cel puțin ca obiectiv de dezvoltare și eficientizare a sistemului.

Datele pe indicatorii structurali colectate pentru domeniul sănătate (în cadrul proiectului „Starea națiunii”) au arătat că:

- Deși în România, ca în multe alte țări din lume, speranța de viață la naștere este în medie mai mare la femei decât la bărbați, aceste diferențe de gen nu se reflectă și în speranța de viață sănătoasă. Astfel, speranța de viață la naștere în România era în 2015 de 75 de ani, cu 5 ani sub media europeană (Eurostat, 2015). Dacă la femei, la nivelul anului 2015, speranța de viață la naștere era de 78,7 ani, la bărbați speranța de viață era cu 7 ani mai mică. Acest lucru nu se traduce însă în diferențe de gen între bărbații și femeile din România, în ce privește speranța de viață sănătoasă, care este în jurul valorii de 59 de ani atât pentru femei cât și pentru bărbați. Românii se așteaptă să trăiască un număr mai mic de ani sănătoși (fără limitări ale capacităților fizice) comparativ cu persoanele din alte țări europene (cu aproximativ 3 ani față de media la nivelul UE).
- Speranța de viață sănătoasă arată dis-(funcționalitățile) sistemului de sănătate din România și surprinde indirect aspecte care au reieșit din analiza indicatorilor obiectivi: rata mortalității ridicată pe boli circulatorii și cerebro-vasculare, absența măsurilor de prevenție, lipsa aparatului medical/dotărilor cu tehnologie necesară screening-ului.
- Speranța de viață sănătoasă la vârsta de 65 de ani este și mai mică față de media europeană. O persoană de 65 de ani din România se așteaptă să trăiască o viață fără limitări fizice pentru aproximativ 5-6 ani, în timp ce în medie cineva din UE se așteaptă să trăiască fără limitări fizice 8-9

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

ani (Eurostat, 2015). Acest aspect este unul deosebit de important, dacă ținem cont de predicțiile demografice pentru România – țară unde se așteaptă ca în 2040 să existe unul dintre cele mari mari procente de vârstnici (65 de ani și peste) din Uniunea Europeană (UN, 2015)

- A scăzut speranța de viață sănătoasă la femei (de la 62,5 ani, în 2007, la 59,4 ani, în 2015), în timp ce acest lucru nu s-a întâmplat în alte țări din UE (inclusiv în cele din Estul Europei). Explicațiile rezidă probabil în lipsa măsurilor de screening pentru boli cu risc crescut la femei și cu mortalitate ridicată în România (relativ la media UE) – cum sunt cancerul de sân sau cancerul de col uterin.

Pornind de la aceste considerente, am realizat analiza datelor colectate printr-o cercetare (Barometru Sănătății) derulată pe populația adultă din România (18+) și prezentată în cele ce urmează.

2. Fundamentare teoretică

Autoevaluarea propriei stări de sănătate reflectă capacitatea individului de a funcționa la nivel optim în societate sau într-o anumită organizație și este adesea un predictor important al apariției unor boli sau a unor afecțiuni cronice (Kaleta et al., 2009). Cercetările (vezi Mirowsky, 2017 - pentru o analiză pe larg a cercetărilor) arată faptul că persoanele care își percep propria stare de sănătate ca fiind proastă sau care declară că au limitări în desfășurarea activităților zilnice datorate stării de sănătate, apelează mai des la diferite servicii medicale și absentează mai des de la muncă (dacă sunt persoane active economic). Ne putem întreba dacă evaluarea subiectivă a propriei stări de sănătate este într-adevăr legată de starea obiectivă de sănătate a individului, de parametri reali care descriu situația clinică a unui individ.

Studii recente (Lewis, Cogburn și Williams, 2015; Wu et al., 2013) arată că indivizii au capacitate bună de a se autoevalua: evaluarea subiectivă a stării de sănătate corelează bine cu parametri clinici în special în ce privește prevalența bolilor cardio-vasculare și cerebro-vasculare, aspecte legate de sănătatea mintală și dificultățile de vedere. Așadar, atunci când rugăm indivizii să realizeze o evaluare a propriei stări de sănătate, ne așteptăm la evaluări care au un anumit nivel de curatețe relativ la starea de sănătate reală și o astfel de modalitate prezice posibilitatea apariției unor boli, inclusiv boli cronice. Acesta este motivul pentru care evaluarea subiectivă a stării de sănătate este inclusă în anchetele sociologice conduse peste tot în lume (Blackwell, Lucas și Clarke, 2014; Shisana et al., 2014; Börsch-Supan, 2013 – SHARE proiect; Kotseva et al., 2016, ultimele două în UE) și constituie o bază de evaluare a stării reale de sănătate a populației (atât la adulți cât și la adolescenți) și de fundamentare a politicilor publice din domeniul sănătății, inclusiv politicile care vizează prevenția.

Factorii care sunt asociați în general cu o autoevaluare proastă a stării de sănătate, considerați predictorii importanți ai stării subiective de sănătate sunt: (1) nivelul de educație – persoanele cu nivel de educație ridicat își evaluează mai bine starea de sănătate comparativ cu cele cu nivel de educație scăzut; (2) nivelul de venit - predictor care acționează similar nivelului de educație asupra stării subiective de sănătate; (3) fumatul - persoanele care fumează își evaluează în mod

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

constant mai prost starea de sănătate decât nefumătorii; (4) prezența unor activități fizice de natură recreativă – persoanele implicate în aceste activități au o probabilitate mai ridicată de a-și evalua mai bine starea de sănătate; (5) starea de bine psihică și stima de sine ridicate sunt de asemenea asociate cu o evaluare pozitivă a propriei stări generale de sănătate (Mirowsky, 2017).

În plus, studiile clinice moderne arată faptul că starea de bine a individului este determinată puternic de condițiile de stres la muncă și în viața personală, de elemente legate de viața spirituală a individului și de calitatea relațiilor cu ceilalți (Alvarez-Galvez et al., 2013). La factorii enumerați aici se adaugă riscul estimat de individ de a dezvolta o boală cronică, aspect care influențează puternic evaluarea propriei stări de sănătate (Kaleta et al., 2009) și de asemenea, genul persoanei care face evaluarea, știindu-se faptul că în general bărbații tind să își evalueze mai bine starea de sănătate comparativ cu femeile. Enumerarea aici a factorilor care pot constitui predictorii importanți ai stării subiective de sănătate, așa cum rezultă aceștia din consultarea literaturii de specialitate, este de natură să justifice alegerea întrebărilor care au constituit instrumentul de cercetare pentru Barometrul de opinie în domeniul Sănătății, pe care îl vom analiza în continuare. Am cuprins în lista întrebărilor aspecte legate de existența unei boli cronice, condiții de stres (stres la serviciu), aspecte care indică frecvența apelării serviciilor medicale de specialitate, dar și elementele socio-demografice relevante, care sunt predictorii ai stării subiective de sănătate.

Un număr important de studii (vezi Pickett și Wilkinson, 2015 pentru o analiză a acestor studii) arată relația dintre inegalitățile de venit și starea de sănătate percepută sau starea de sănătate reală a populației. Astfel, în țările cu inegalități de venit ridicate și în care predomină și alte tipuri de inegalități sociale avem de a face și cu o stare generală mai proastă a sănătății (reale sau percepute) a populației, în timp ce țările care mențin un nivel scăzut al inegalităților de venit, au o stare generală de sănătate a populației mai bună. Acest lucru merită să fie menționat în condițiile în care numeroase organisme internaționale: Banca Mondială, Națiunile Unite, Forumul Monetar Internațional atrag atenția asupra accentuării decalajelor economice la nivel global, între țări și în interiorul țărilor, inclusiv la nivelul țărilor dezvoltate economic (Dahlgren și Whitehead, 2017). România se înscrie în acest fenomen al accentuării inegalităților economice la nivelul populației și între regiunile de dezvoltare.

Toate studiile transnaționale arată faptul că starea generală de sănătate a populației este mai proastă în societățile caracterizate prin inegalități sociale mari, comparativ cu cele în care inegalitățile sociale sunt reduse (vezi Pickett și Wilkinson, 2015). În mod particular inegalitățile de venit se traduc în inegalități în ce privește accesul la serviciile de sănătate și la programele de prevenție, generând în final nu doar o percepție mai proastă asupra stării de sănătate a celor săraci relativ la cei bogați, dar și un status real al sănătății mai prost la cei săraci, inclusiv al sănătății psihice și sănătății publice (consum de droguri, violență etc.). În analiza datelor Barometrului de opinie în domeniul Sănătății vom discuta problema accesului universal la servicii de sănătate de calitate - aspect care se constituie ca deziderat la nivelul Uniunii Europene, dar și un indicator important al menținerii egalității și echității sociale (Whitehead și Dahlgren, 2014; Dahlgren și Whitehead, 2017).

Rapoartele asupra relației dintre starea de sănătate a populației și inegalitățile economice specifice țărilor din Europa de Est arată următoarele aspecte: (1) o accentuare a deteriorării stării de sănătate a populației, în special la categoriile dezavantajate economic; (2) diferențe dintre speranța de viață și speranța de viață sănătosă la categoriile de populație cu statut socio-economic ridicat și cele cu statut economic scăzut (uneori și de 10 ani – cum este în cazul Țărilor Baltice). Aceste diferențe sunt mai accentuate la bărbați decât la femei. În țările foste comuniste

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

un absolvent de facultate de gen masculin se așteaptă să traiască în medie și cu 13 ani mai mult decât o persoană de gen masculin cu studii primare. Aceste diferențe sunt în medie mai scăzute (8,5 ani) când luăm în considerare absolvenții de facultate de gen feminin, relativ la persoanele de gen feminin cu studii primare; (3) riscul de deces la contactarea unor boli este aproape dublu la persoanele cu status socio-economic scăzut comparativ cu persoanele cu status socio-economic ridicat; (4) riscul de deces pentru bărbații care execută munci manuale este mult mai ridicat comparativ cu cei care nu execută munci manuale (aproape dublu în unele țări din Estul Europei, cum este spre exemplu Ungaria); (5) riscul de deces asociat tuberculozei, riscul de tuberculoză drog-rezistentă (care necesită noi scheme de tratament) este foarte ridicat în zonă, România constituind un exemplu citat în toat rapoartele WHO despre incidența tuberculozei în Estul Europei (vezi spre exemplu Zulma et al. 2015). Aceste date arată faptul că este nevoie de strategii de reducere a inegalităților sociale (de educație și venit) pentru a menține o stare bună de sănătate a populației.

Este general recunoscut faptul că inegalitățile în domeniul sănătății populației, numite în literatura de specialitate health gap sau health divide (Mackenbach, Karanikolos și McKee, 2013), se traduc în costuri sociale: scăderea productivității muncii, creșterea numărului persoanelor dependente de diferite beneficii sociale, creșterea costurilor cu tratamentul asociat unor boli și, în general costuri suplimentare pentru statul bunăstării. La fel de acceptat este și faptul că nu doar educația și venitul sunt surse ale inegalităților sociale, care se traduc în inegalități ale stării de sănătate, ci și regiunea geografică din care provine individul, apartenența etnică, apartenența la un grup de risc (spre exemplu migranții pentru muncă). Situația unor comunități, cum este cea a comunității Rroma în Europa și inegalitățile legate de statutul de sănătate al acestei comunități relativ la populația majoritară este de asemenea discutat în mod particular în rapoartele UE, deși datele concrete lipsesc.

Se recunoaște faptul că există un decalaj est-vest în ce privește starea de sănătate a populației din Europa (Marmot, 2015) și acest lucru se pune în special pe seama eșecului politicilor din domeniul sănătății din țările fostului bloc socialist (vezi spre exemplu Mackenbach, Karanikolos și McKee, 2013). La aceste decalaje, se adaugă cele între regiunile de dezvoltare, regiunile cu dezvoltare economică ridicată reușind să implementeze mai bine politicile legate de sănătate, comparativ cu cele cu dezvoltare economică scăzută. La nivelul țărilor din estul Europei se discută despre eșecul politicilor publice europene în combaterea consumului de tutun și alcool, ca factori de risc pentru starea de sănătate populației, eșecul politicilor care au vizat combaterea infecțiilor și bolilor infecțioase (în România s-a discutat mult în acest sens, în spațiul public, despre infecțiile intra-spitalicești și despre epidemia de rujeolă în contextul eșecului politicilor care privesc vaccinarea la copii și adulți). La nivel European, se recunoaște faptul că politicile publice în domeniile menționate au înregistrat un eșec în multe dintre țările din Estul Europei și se prevăd măsuri pentru a reduce decalajele între țările membre UE (Kleinert și Horton, 2013). Același lucru se poate spune și despre calitatea serviciilor de sănătate, care a înregistrat un declin în special în țările mai puțin dezvoltate economic, accentuând decalajul est-vest și despre politicile care vizează reducerea accidentelor rutiere soldate cu morți – respectiv creșterea siguranței în trafic.

Starea de sănătate a populației este evaluată periodic la nivelul global. În acest sens, rapoartele **Health at Glance** publicate de OECD prezintă, la fiecare doi ani, un set de indicatori care privesc sistemele de sănătate și starea de sănătate a populației, pe mai multe țări (în principal țările membre OECD, dar și țările partenere). Ultimul raport, **Health at a Glance** (OECD, 2017) prezintă aspectele legate de starea de sănătate reală a populației (nu cea percepută) și performanța sistemului de sănătate în țările OECD și țările partenere, relativ la obiectivele de dezvoltare

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

asumate. România nu este cuprinsă în aceste rapoarte. În schimb, în rapoartele Eurostat privind starea de sănătate a populației din țările membre, găsim date referitoare la România, în ultimii ani. (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics_explained/index.php/Health_in_the_European_Union_%E2%80%93_facts_and_figures)

Datele prezentate de Eurostat (2015) sunt grupate pe următoarele dimensiuni: (1) starea de sănătate a populației (incluzând starea percepută); (2) incidența diferitelor tipuri de boli; (3) factori de risc – obezitate și consum de tutun; (4) resurse din domeniul sănătății și îngrijirii medicale; (5) activități de îngrijire și intervenție medicală; (6) cheltuielile publice în domeniul sănătății. În ce privește starea de sănătate percepută, în România, la nivelul anului 2015, conform datelor Eurostat (cele mai recente date publicate Eurostat) 76% dintre bărbați și 66% dintre femei își apreciau propria stare de sănătate ca fiind “bună” și “foarte bună”, aproape de media europeană. Totuși România, alături de Lituania are cel mai mare decalaj al stării de sănătate percepute, în funcție de gen, cu 10 procente în favoarea bărbaților.

Menționăm că s-a folosit o scală de răspuns cu 4 trepte: “bună”, “foarte bună”, “proastă” “foarte proastă” pentru evaluarea stării subiective de sănătate. În Barometrului de opinie în domeniul Sănătății pe care îl vom prezenta în continuare, surprindem o deteriorare a stării subiective de sănătate în 2016-2017 (vezi Figura 1) și o distribuție relativ diferită a procentelor, la folosirea unei scale de răspuns de cinci trepte.

3. Metodologia cercetării

- **Barometrul de opinie în domeniul Sănătății** s-a desfășurat în perioada 2-15 decembrie 2016, pe un eșantion de 1350 (N=1350) de persoane, reprezentativ pentru populația adultă (peste 18 ani) din România
- Chestionarul a fost administrat telefonic, cu operatori, folosind sistemul CATI, după o extragere aleatoare a numerelor de telefon dintr-o bază de date.
- Eșantionarea s-a realizat pe cote (sex, vârstă, regiune de dezvoltare), eșantionul având o marja de eroare de +/- 2,6 %, pentru un nivel de încredere N.I. = 95%
- Ponderea fiecărui strat în eșantion este proporțională cu volumul stratului respectiv în populație, așa cum rezultă din datele privind caracteristicile socio-demografice ale populației prezentate de Institutul Național de Statistică (2017)
- Erorile de măsurare sunt erori asociate în general aplicării sistemului CATI în colectarea datelor de cercetare, cu mențiunea că participanții sunt mai puțin reticenți în exprimarea propriilor opinii în cazul aplicării unui chestionar telefon, comparativ cu situația aplicării chestionarului față în față.

3.1 Structura eșantionului

• 642 bărbați (47,6%); 708 femei (52,4%). **Tabelul 1** prezintă distribuția participanților pe sexe și categorii de vârstă

Sex - Masculin (M) / Feminin (F)	Frecvență	Procente
M 18-29	112	8.3
M 30-44	170	12.6
M 45-59	160	11.9
M 60+	200	14.8
F 18-29	67	5.0
F 30-44	153	11.3
F 45-59	208	15.4
F 60+	280	20.7
TOTAL	1350	100.0

Tabelul 1. Distribuția participanților pe sexe și categorii de vârstă

• 470 persoane rezidente în rural (34,8%); 880 persoane rezidente în urban (65,2%)
Eșantionul este reprezentativ mai degrabă pentru populația din mediul urban. Distribuția pe urban/rural a eșantionului nu corespunde procentelor rural/urban în populația României eșantionul fiind ușor supradimensionat pentru regiunile urbane.

• **Tabelul 2** prezintă distribuția participanților pe regiuni de dezvoltare. Eșantionul este reprezentativ pentru toate cele 8 regiuni de dezvoltare (incluzând aici regiunea București-Ilfov).

Regiune de dezvoltare	Frecvență	Procente
Nord-Est	225	16.7
Sud-Est	148	11.0
Sud-Muntenia	191	14.1
Sud-Vest	161	11.9
Oltenia	161	11.9
Vest	137	10.1
Nord-Vest	169	12.5
Centru	148	11.0
București-Ilfov	171	12.7
TOTAL	1350	100.0

Tabelul 2. Distribuția participanților pe regiuni de dezvoltare

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

Tabelul 3 prezintă distribuția participanților pe niveluri de educație. Eșantionul este reprezentativ mai ales pentru populația cu studii medii și mai puțin pentru populația cu studii primare.

Nivel de educație	Frecvență	Procente
Studii primare	167	12.4
Studii medii	817	60.5
Studii superioare	352	26.1
Nu știu / Nu răspund	14	1.0
TOTAL	1350	100.0

Tabelul 3. Distribuția participanților pe niveluri de educație

4. Analiza datelor

4.1 Evaluarea stării proprii de sănătate

Figura 1 arată percepția populației cu privire la propria stare de sănătate. Este vorba de o autoevaluare generală de la “excelentă” la “proastă” și putem observa că o treime din populație (37%) apreciază propria stare de sănătate ca fiind “mediocră” sau “proastă”. La polul celălalt, doar 18% dintre români evaluează propria stare de sănătate ca fiind “bună” sau “excelentă”.

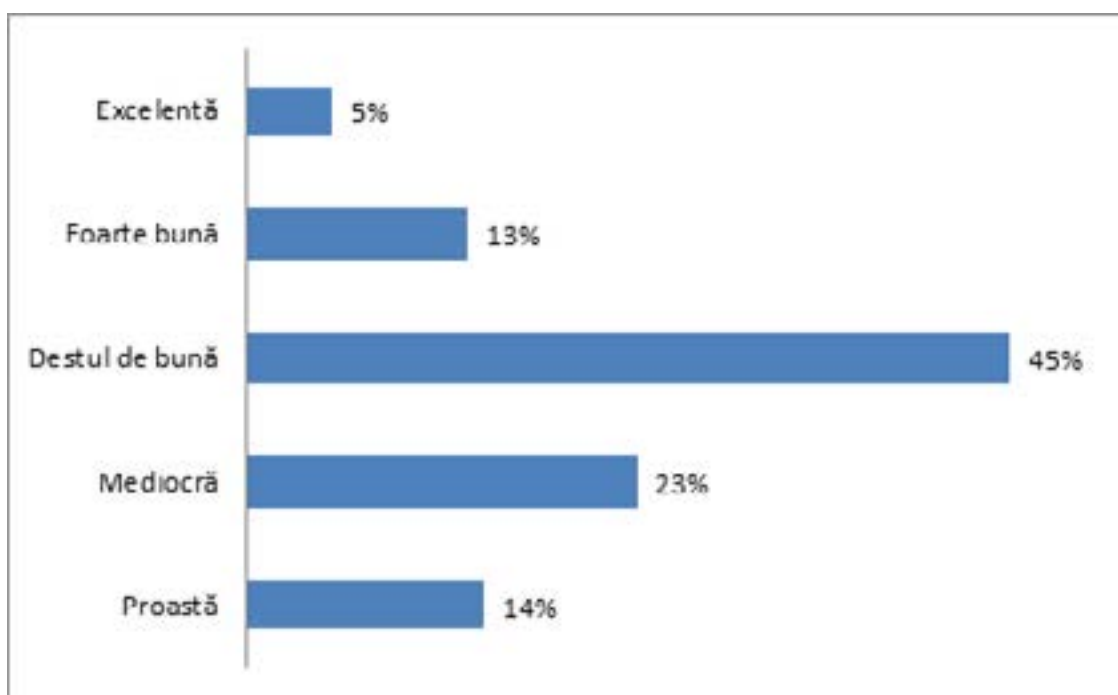


Figura 1. În general, ați putea spune că sănătatea dvs. este...?

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

Figura 2 surprinde, de asemenea, evaluare propriei stări de sănătate, dar într-o manieră comparativă – relativ la propria situație cu un an în urmă. Întrebarea este relevantă pentru a înțelege în ce măsură indivizii percep că starea lor de sănătate cunoaște o deteriorare sau o îmbunătățire. Întrebarea corespunde unui indicator de tip “mișcare”, care este mai potrivit pentru evaluarea autopercepției stării generale de sănătate, în acest context.

Observăm că procentul celor care declară că starea lor de sănătate s-a îmbunătățit în ultimul an (12%) este ceva mai mic decât al celor care declară că starea lor de sănătate s-a deteriorat în ultimul an (20%), în timp ce majoritatea populației estimează că starea proprie de sănătate a rămas la fel (68%). Cum ne așteptam, tinerii sunt mai mulțumiți de starea lor de sănătate decât vârstnicii, existând o corelație inversă între vârstă și nivelul de mulțumire cu propria stare de sănătate, iar vârstnicii apreciază că starea lor de sănătate s-a deteriorat în ultimul an, în mai mare măsură decât cei tineri.

Interesant de asemenea este faptul că femeile apreciază în mai mare măsură decât bărbații că starea lor de sănătate s-a deteriorat în ultimul an. Nu s-au înregistrat diferențe semnificative în percepția stării de sănătate între cei care aveau rezidența în urban și cei din mediul rural. În schimb, cei cu studii superioare au estimat în număr mai mare o îmbunătățire a stării generale de sănătate comparative cu cei cu studii medii sau primare.

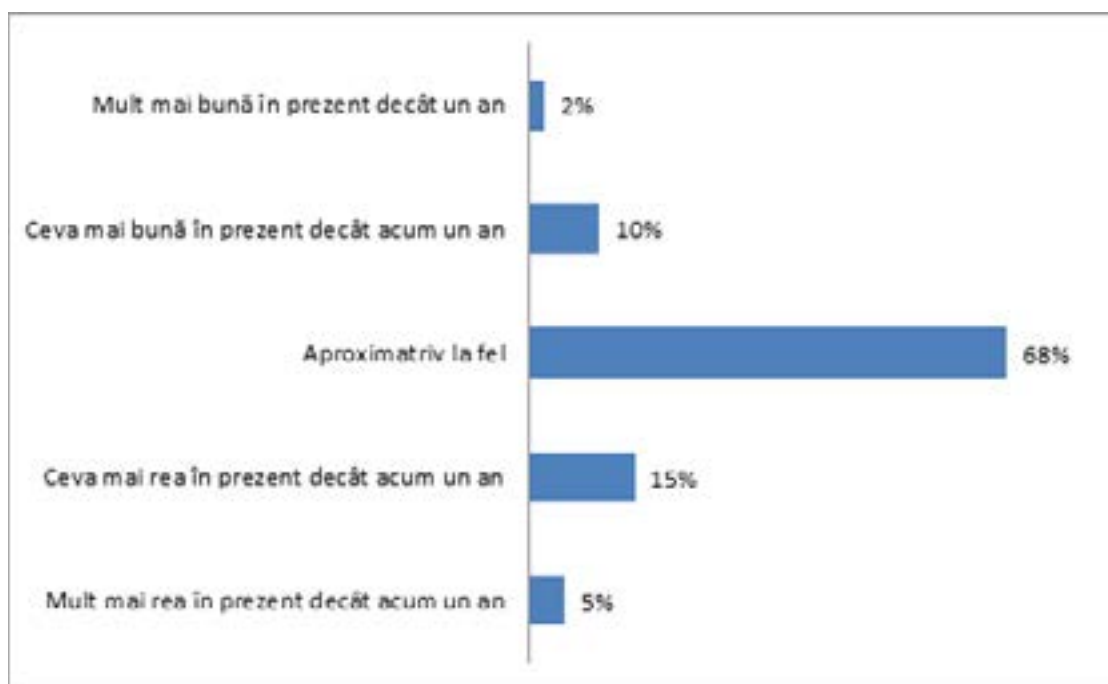


Figura 2. Față de acum un an, în general, cum considerați că aveți sănătatea în momentul de față?

O viață sănătoasă este definită ca o viață fără limitări în activitățile zilnice, cotidiene. De aceea, atât Organizația Mondială a Sănătății, cât și alte organisme internaționale care monitorizează starea de sănătate a populației din diferite țări, includ în analize speranța de viață sănătoasă – adică numărul de ani pe pe care se așteaptă să îl trăiască cineva care are o anumită vârstă, fără limitări în activitățile zilnice. Datele din prezentul raport au în vedere autoevaluarea limitărilor în activitățile zilnice de către cei intervievați, pe o serie de activități listate de la complex la simplu.

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

Figurile 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 arată că procentul persoanelor care estimează că sănătatea proprie “îi limitează puțin”, sau “îi limitează mult” este considerabil atât în ce privește activitățile complexe cum ar fi alergatul, ridicatul obiectelor grele sau participarea la activități sportive intense, cât și în ce privește activitățile simple, cum ar fi urcatul scărilor sau capacitatea de a se spăla/îmbrăca independent.

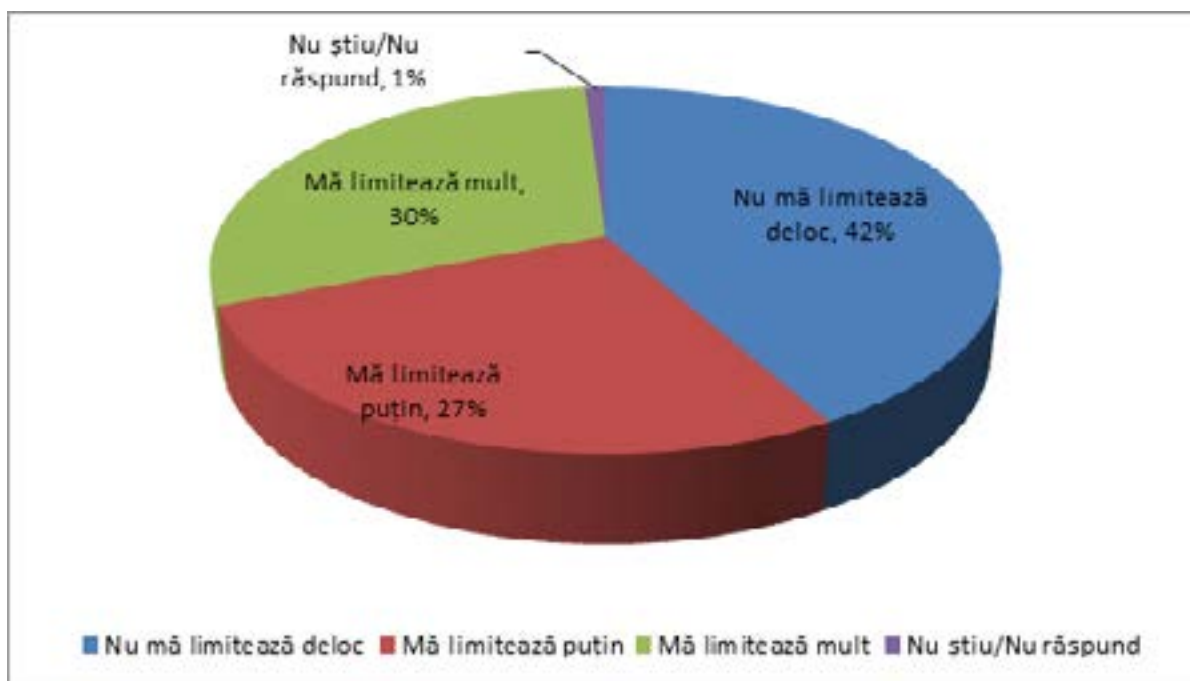


Figura 3. Cât de mult vă limitează sănătatea dvs. de acum în activități obositoare (de ex: alergat, ridicat obiecte grele, participare la activități sportive care cer efort mare)?

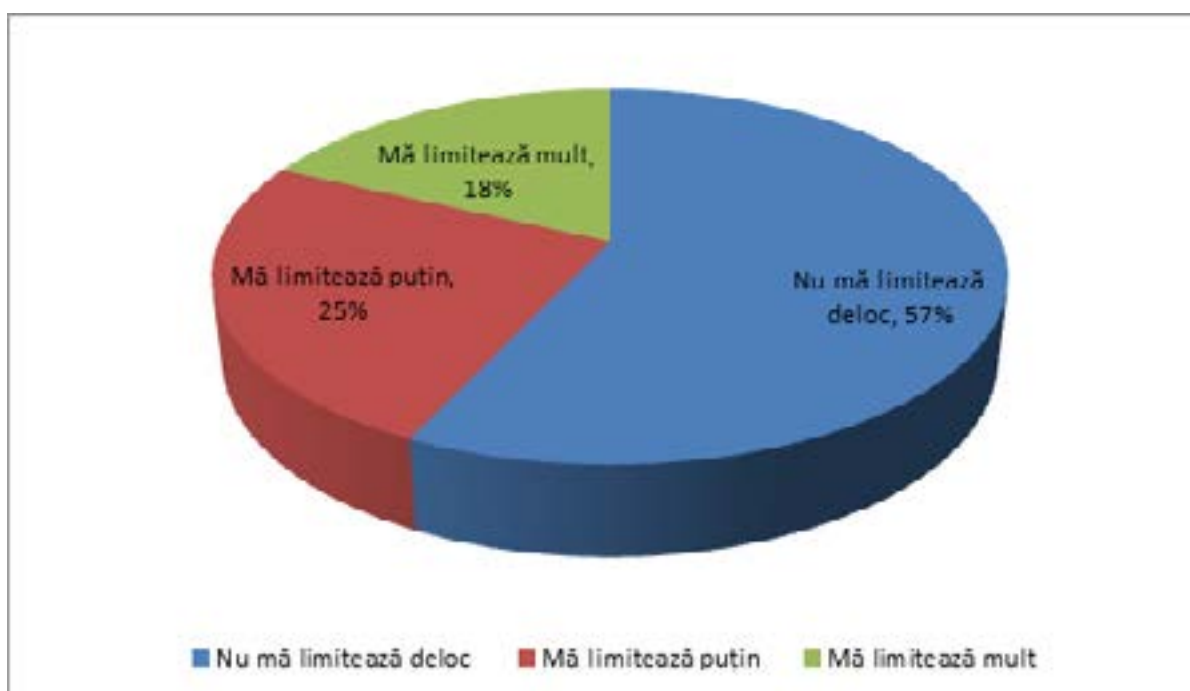


Figura 4. Cât de mult vă limitează sănătatea dvs. de acum în activități moderate (de ex: mutarea unei mese, împingerea unui aspirator, practicarea unui sport mai puțin solicitant)?

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

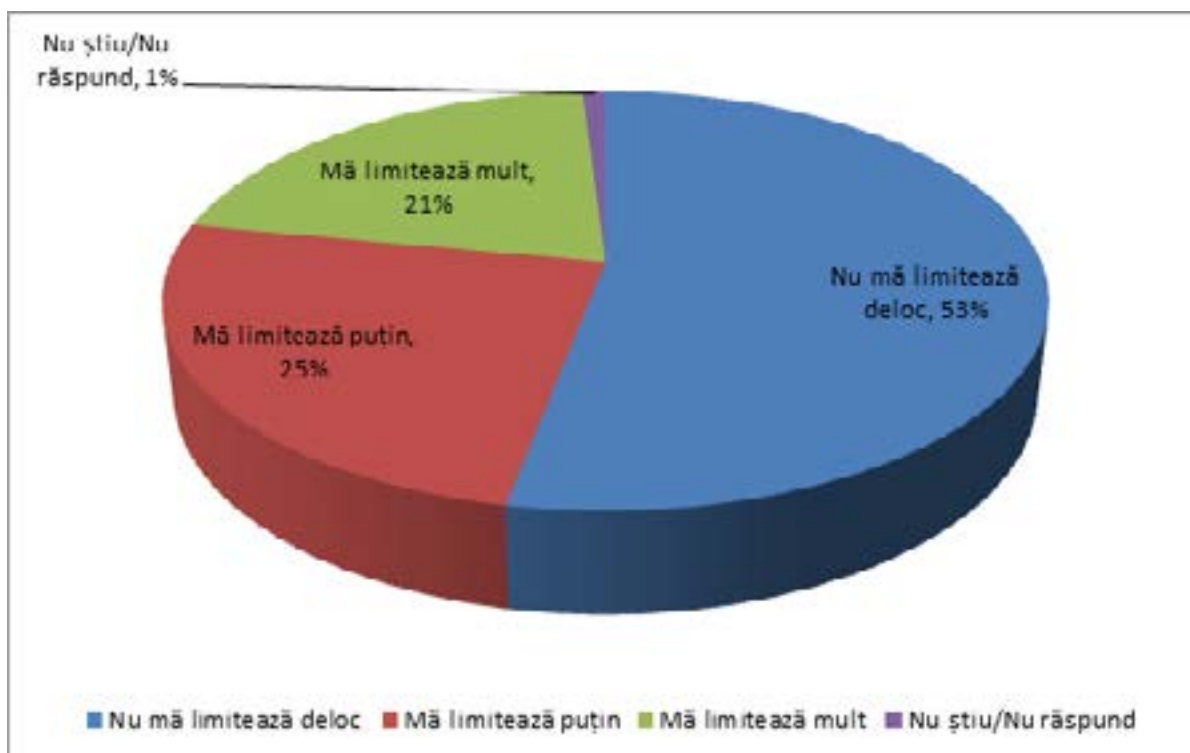


Figura 5. Cât de mult vă limitează sănătatea dvs. de acum în ridicatul sau căratul cumpărăturilor?

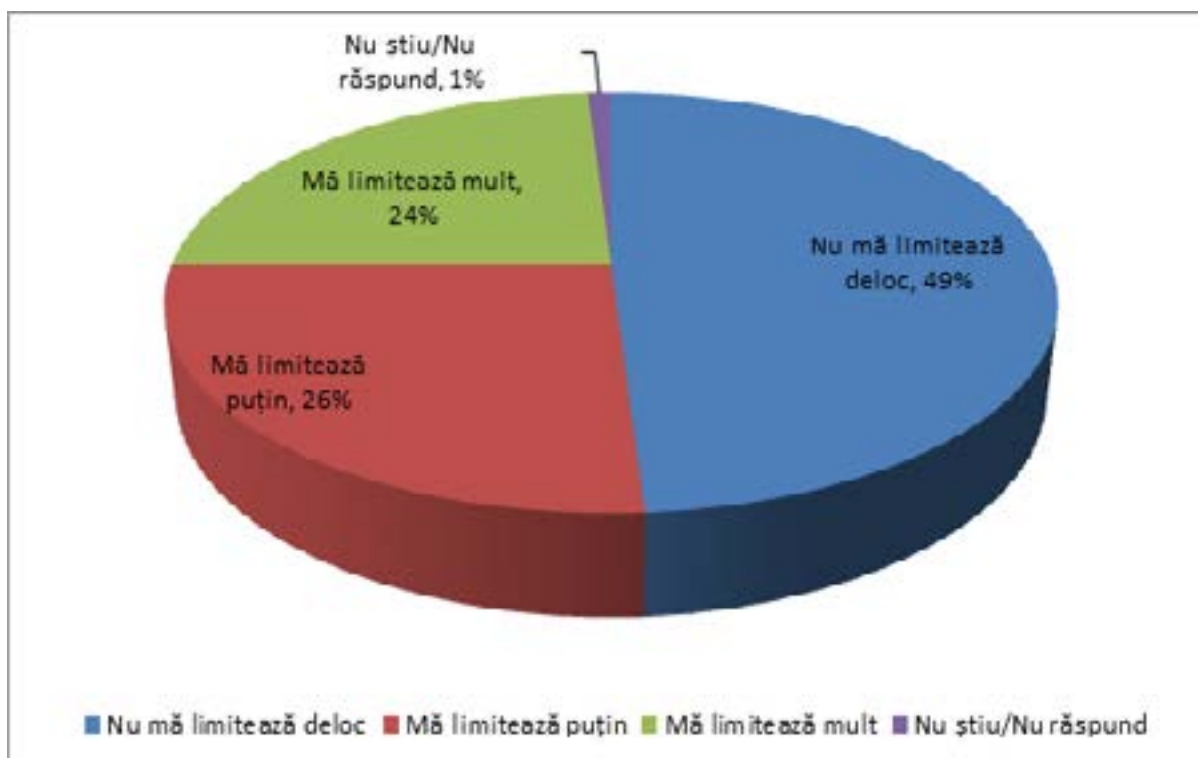


Figura 6. Cât de mult vă limitează sănătatea dvs. de acum în urcatul mai multor etaje pe scări?

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

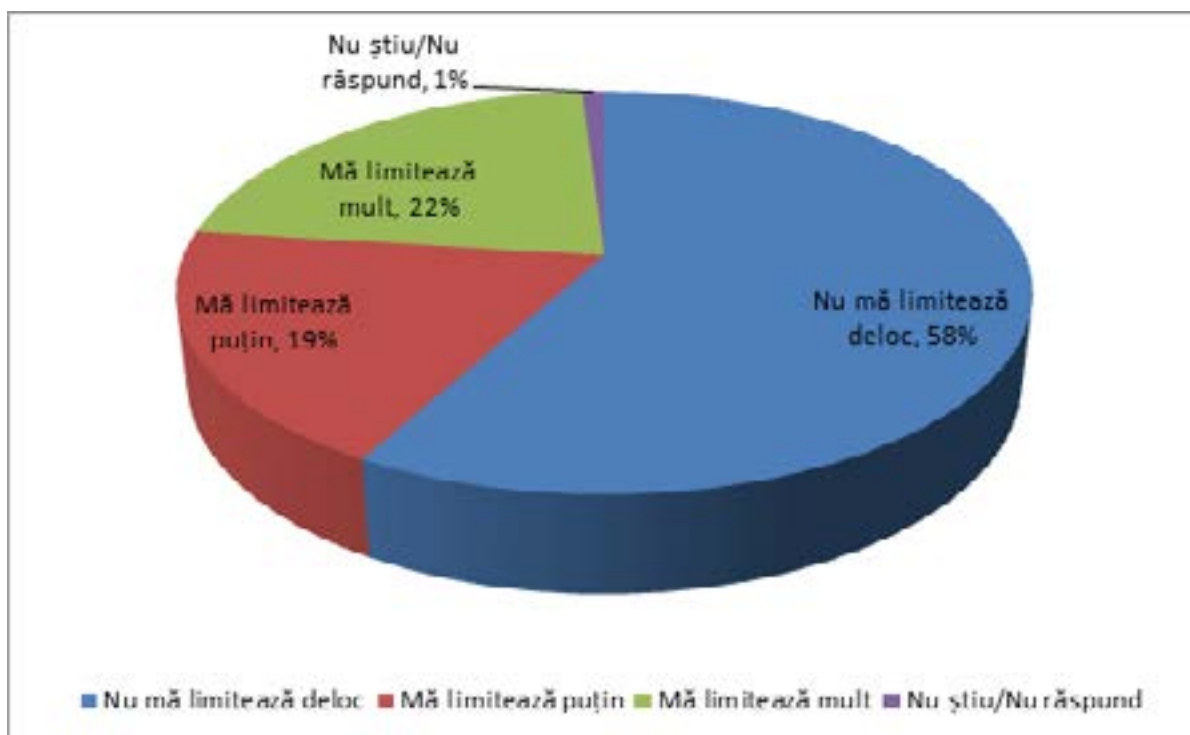


Figura 7. Cât de mult vă limitează sănătatea dvs. de acum în parcurgerea pe jos a mai mult de 1 km?

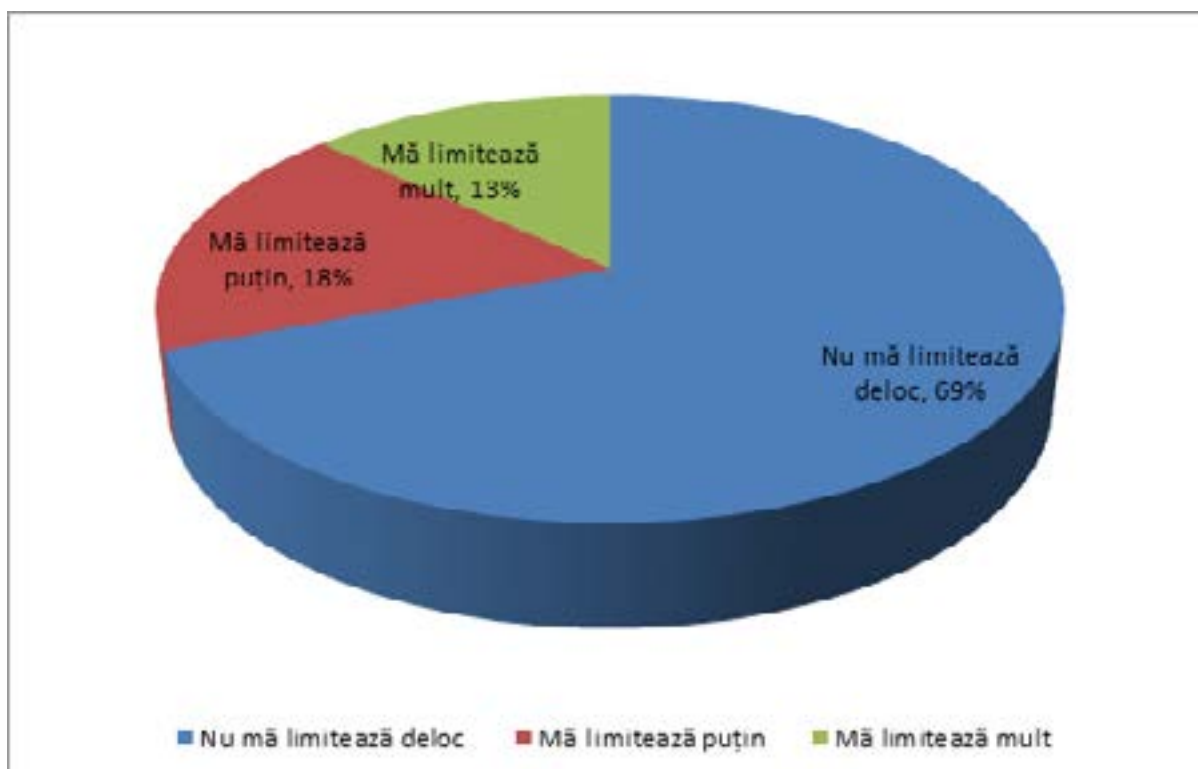


Figura 8. Cât de mult vă limitează sănătatea dvs. de acum în parcurgerea pe jos a câtorva sute de metri?

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

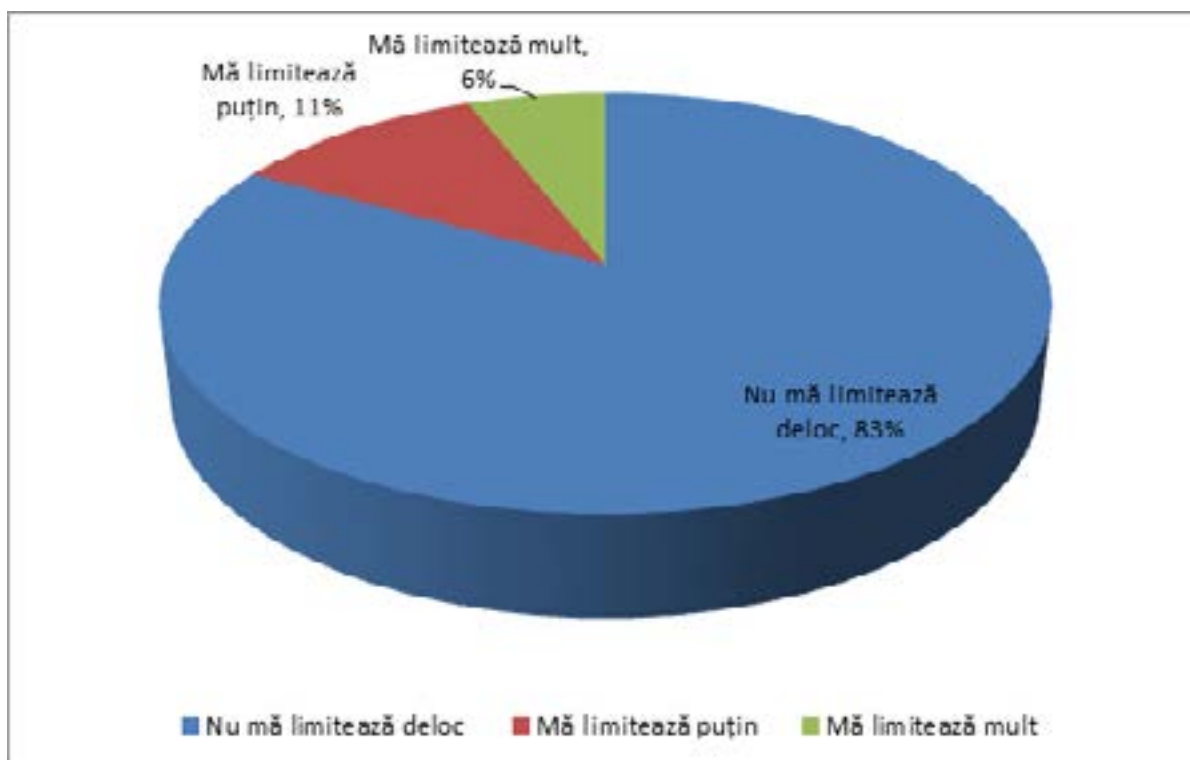


Figura 9. Cât de mult vă limitează sănătatea dvs. de acum să faceți singur(ă) baie sau să vă îmbrăcați singur(ă)?

Astfel, 57% dintre persoanele chestionate au afirmat că există cel puțin anumite limitări în practicarea unui sport care necesită activitate fizică intensă, ridicarea unor obiecte grele etc; 43% că aceste limitări există și la practicarea unor activități care necesită un efort moderat, cum ar fi împingerea unei mese sau practicarea unui sport cu efort mai puțin intens, în timp ce un procent de aproximativ 50% dintre indivizi percep limitări la urcatul scărilor (mai multe etaje) sau la parcurgerea pe jos a mai mult de 1 km.

De remarcat și faptul că 40% dintre cei chestionați percep dificultăți la căratul cumpărăturilor și 12% limitări în a se îmbrăca independent sau a-și face baie. Aceste date arată o populație care percepe o stare de sănătate marcată de limitări în activitățile zilnice. Datele surprind, de asemenea, faptul că femeile declară în mai mare măsură comparativ cu bărbații limitări la toate activitățile menționate aici; iar persoanele cu studii medii sau primare raportează mai multe limitări comparativ cu cele cu studii superioare.

Aceste rezultate sunt consonante cu cele obținute la întrebarea privind autoevaluarea generală propriei stări de sănătate. În concluzie, atunci când indivizii își evaluează propria stare de sănătate, au în vedere limitările în activitățile zilnice datorate sănătății proprii.

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

La o primă vedere putem crede că este vorba de o supraestimarea limitărilor în activitățile cotidiene datorate stării de sănătate, fiindcă procentul celor care raportează diferite tipuri de limitări se apropie, în multe cazuri, de jumătate din populație, după cum arată Figurile de mai sus. Totuși, dacă analizăm și datele obținute la alte seturi de întrebări, conchidem că putem avea de a face în mod real cu o populație în care foarte multe persoane resimt probleme de sănătate. Astfel, 32% dintre persoane declară că au redus în ultimele 4 săptămâni perioada de timp alocată muncii ca urmare a stării de sănătate (**Figura 10**).

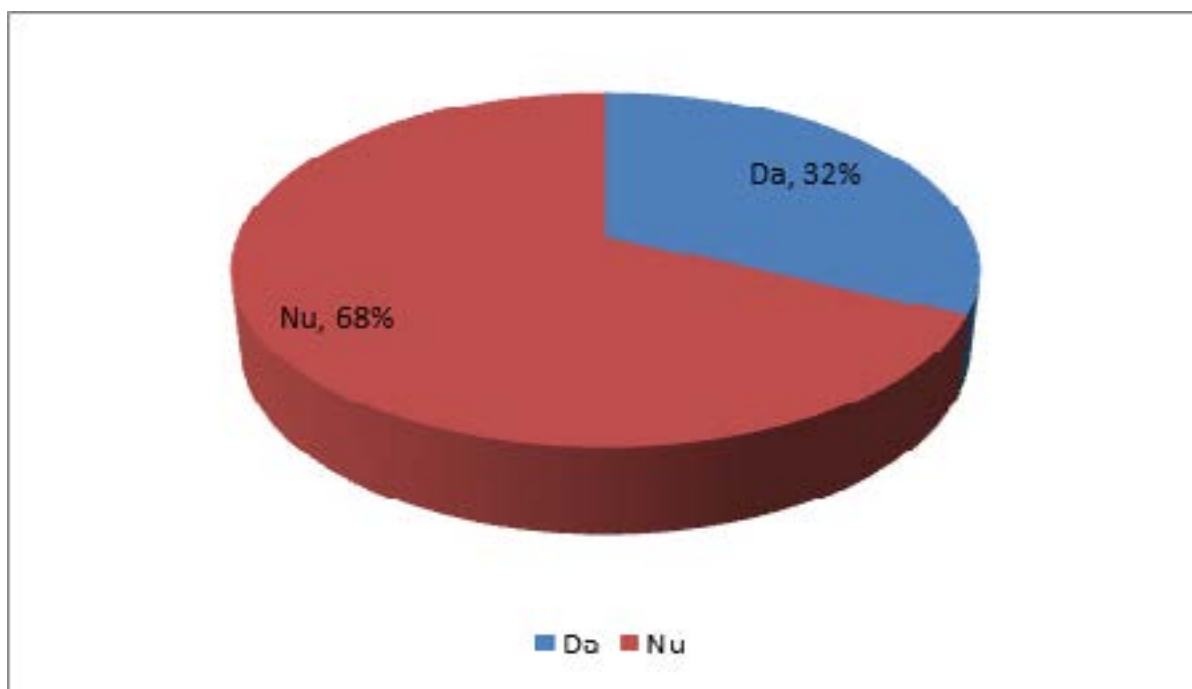


Figura 10. În ultimele 4 săptămâni, ați redus perioada de timp petrecută muncind sau cu alte activități ca urmare a stării dvs. de sănătate fizică?

De asemenea, 31% dintre persoane declară că au îndeplinit în ultimele 4 săptămâni mai puține activități decât ar fi trebuit datorită unor probleme emoționale (a faptului că s-au simțit deprimați sau neliniștiți), iar 27% declară că “s-au simțit uneori extenuați” în ultimele 4 săptămâni (**Figura 12**) sau că au simțit dureri fizice moderate (**Figura 13**).

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

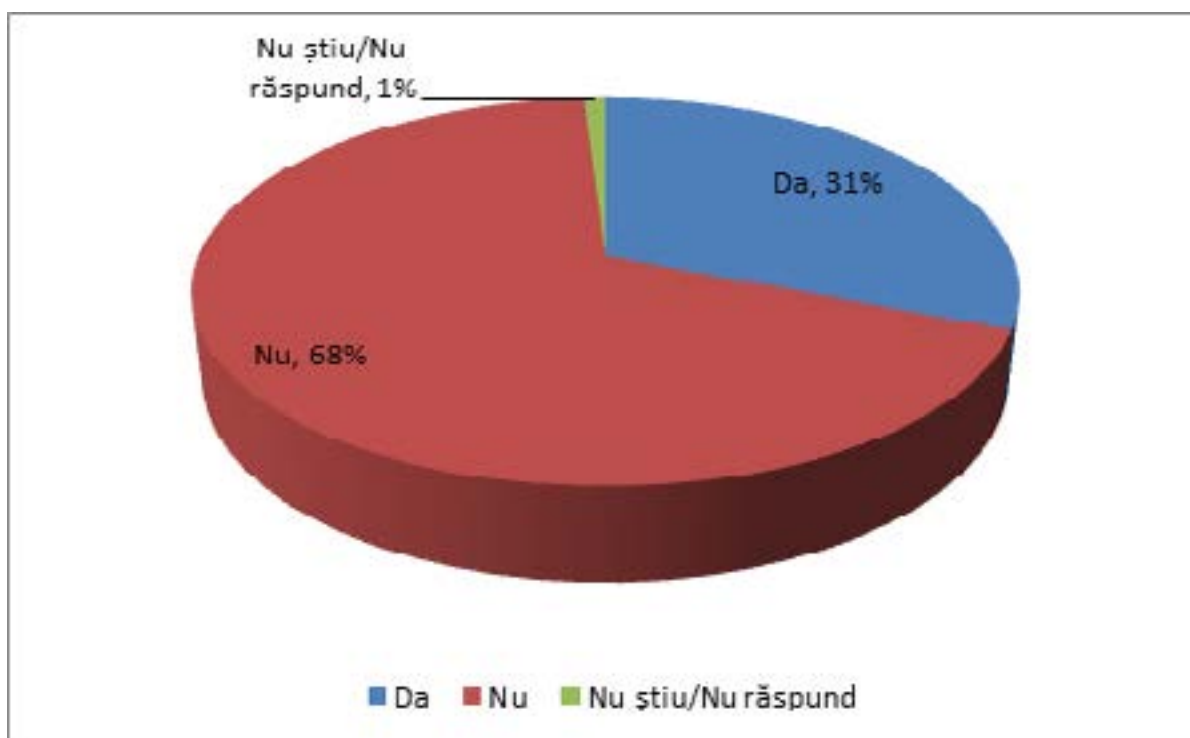


Figura 11. În ultimele 4 săptămâni, ați îndeplinit mai puține activități decât ați fi dorit ca urmare a unor probleme emoționale (cum ar fi să vă simțiți deprimat(ă) sau neliniștit(ă))?

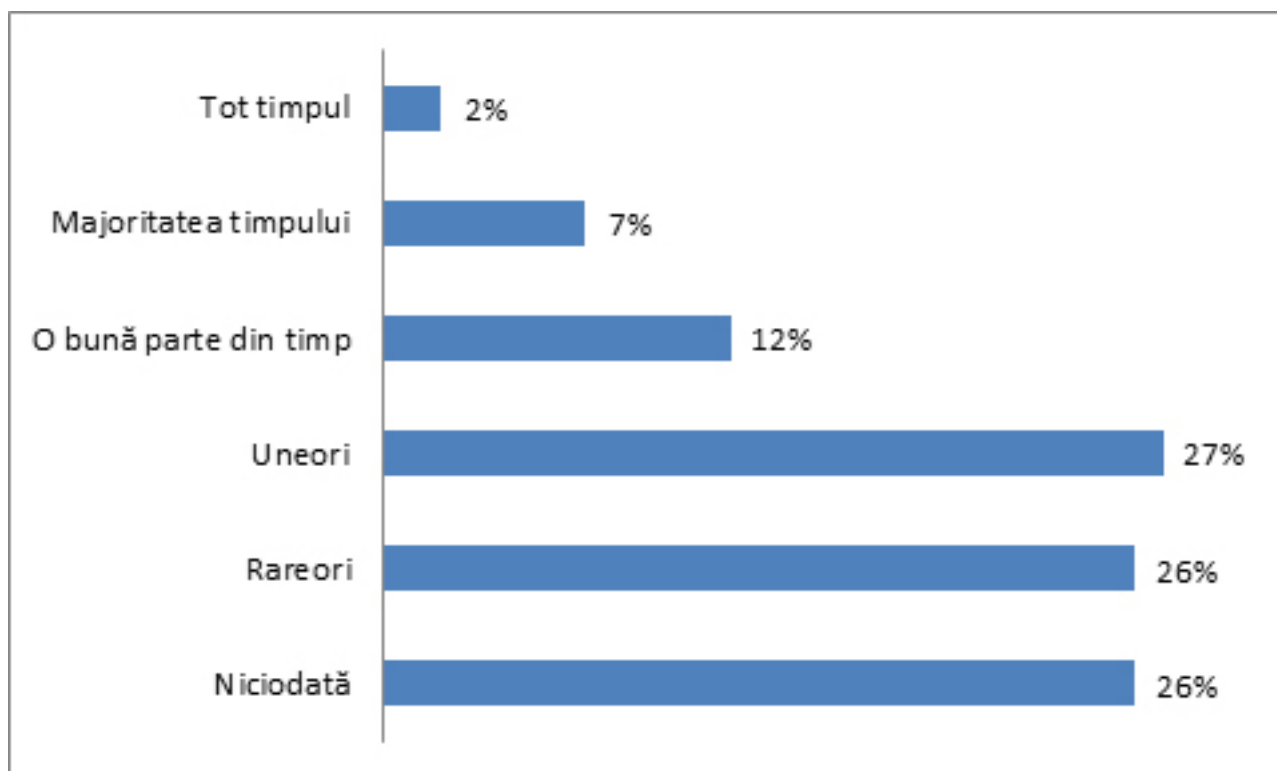


Figura 12. Cât de mult timp în ultimele patru săptămâni v-ați simțit extenuat?

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

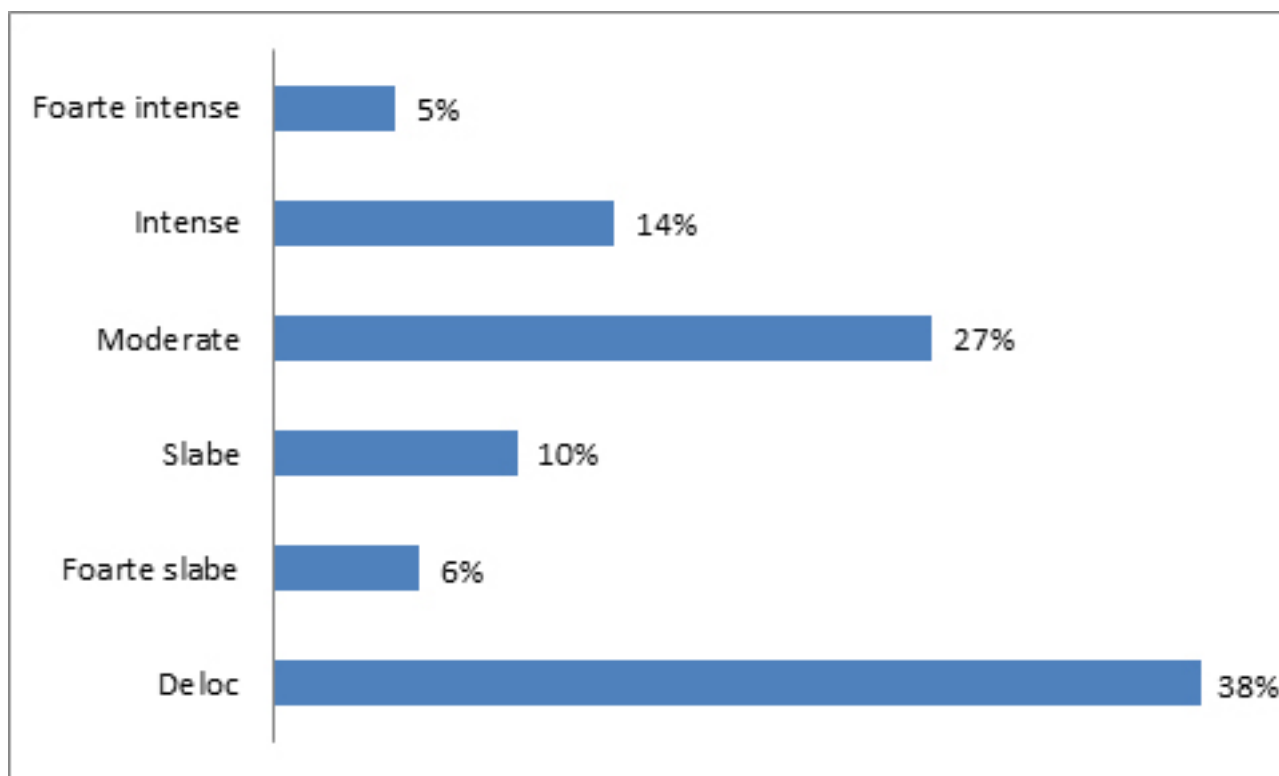


Figura 13. În ultimele 4 săptămâni, ce fel de dureri fizice ați simțit?

Aceste date, împreună cu faptul că 17 % dintre cei chestionați au fost internați într-un spital în ultimele 12 luni (după declarațiile proprii, vezi [Figura 14](#)), dintre care 7% pentru o intervenție chirurgicală și faptul că 28% dintre români suferă de o boală cronică (după declarațiile proprii, vezi [Figura 15](#)), ne îndreptățesc să afirmăm că, cel puțin în cazul unei treimi din populația României, starea de sănătate este proastă și că limitările menționate sunt/pot fi reale.

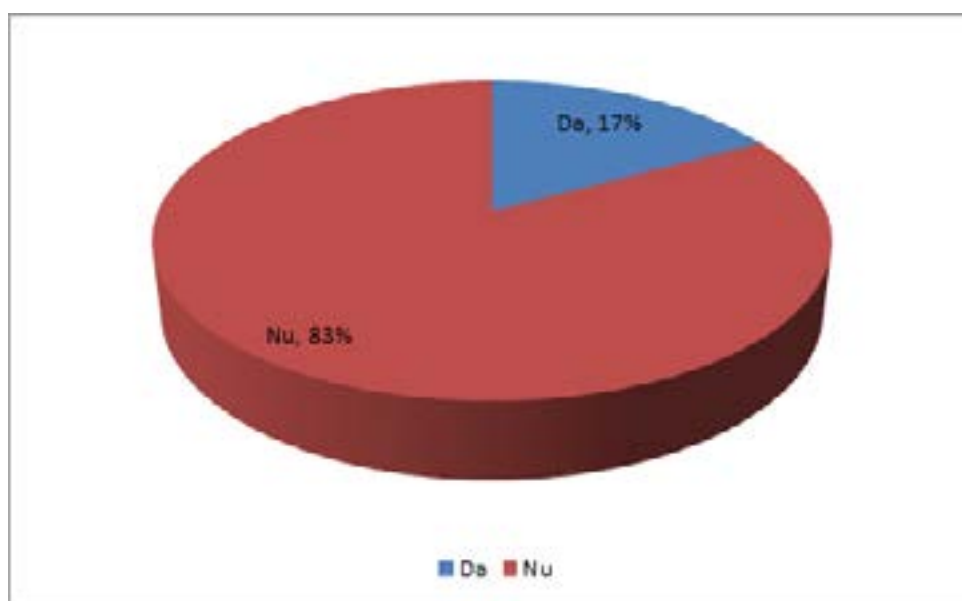


Figura 14. În ultimele 12 luni, ați fost internat într-un spital?

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

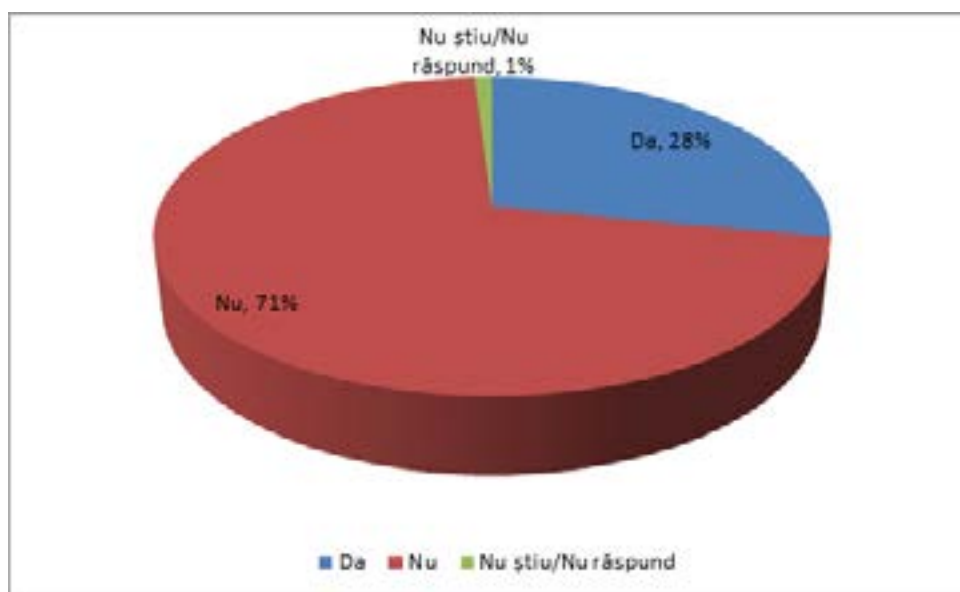


Figura 15. Suferiți de vreo boală cronică?

4.2 Accesul la servicii de sănătate și satisfacția cu aceste servicii

Analiza condusă asupra datelor structurate specifice domeniului sănătății (Eurostat, 2015) a relevat faptul că una dintre principalele probleme structurale ale domeniului este legată de lipsa măsurilor de prevenție și screening care ar putea genera mai degrabă prevenirea decât tratarea unor boli și respectiv depistarea acestora în fază timpurie. Aceste aspecte se desprind și dacă analizăm tipul de servicii de sănătate accesate de populație în ultimele 12 luni.

Așa cum arătam anterior (**Figura 14 - vezi mai sus**), 17% dintre persoanele chestionate au declarat că au fost internate în spital, în ultimele 12 luni, un procent dintre aceștia (7%) pentru o intervenție chirurgicală. Dintre cei care au fost internați în spital în ultimele 12 luni:

- 16% au fost foarte nemulțumiți sau destul de nemulțumiți de felul în care au fost tratați cât au fost internați;
- 54,4% au fost destul de mulțumiți de felul în care au fost tratați cât au fost internați;
- 33,6 % au fost foarte mulțumiți de felul în care au fost tratați cât au fost internați.

De menționat faptul că 92% dintre cei care au fost internați au declarat că au fost internați într-un spital de stat, iar 6,2% au declarat că au fost internați într-un spital privat (restul până la 100% nu au răspuns).

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

Revenind la mecanismele de prevenție și **screening**, aproape jumătate din populație (45%) declară că nu și-a făcut analizele la un laborator de analize în ultimul an (**Figura 16**).

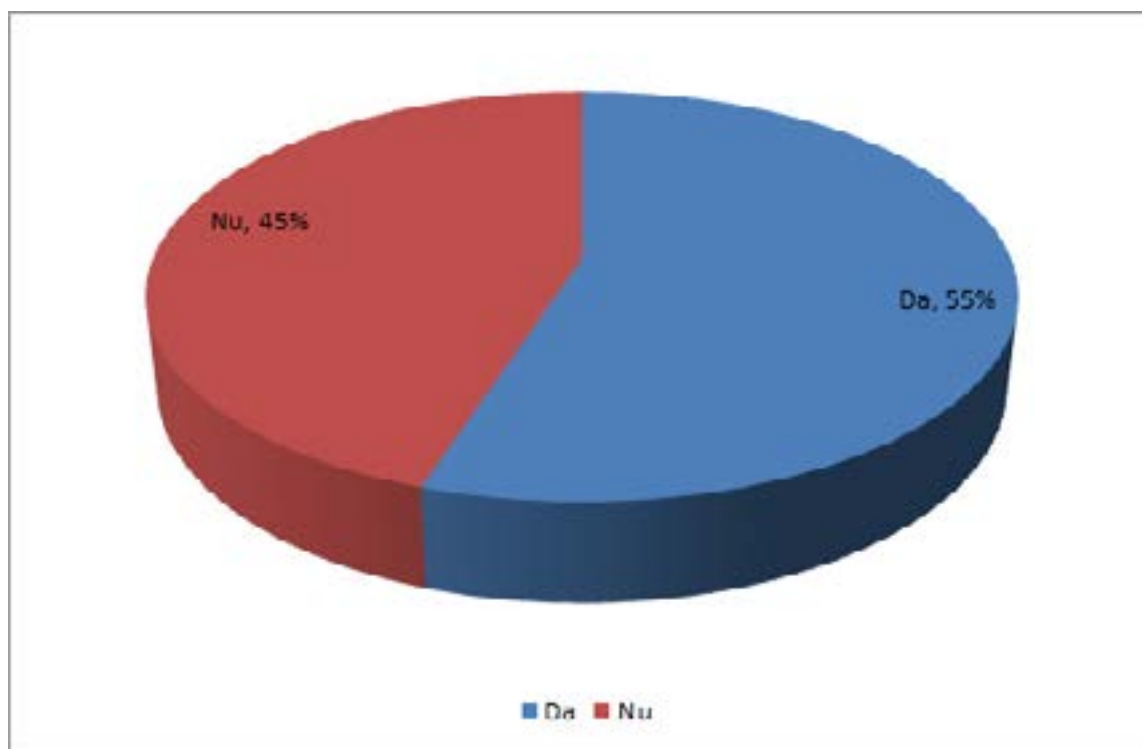


Figura 16. În ultimele 12 luni, v-ați făcut analize medicale într-un laborator specializat de analize

De data aceasta, procentul celor care și-au făcut analizele la un laborator privat (52,9%) este superior celui care au declarat că și-au făcut analizele la un laborator de stat (43,5%). Dacă adăugăm faptul că analizele la laboratoarele de analize private sunt plătite de pacient, avem o imaginea clară a faptului că **screening**-ul este mai degrabă accesibil celor din mediul urban (urban mare), cu posibilități materiale. Problema accesului egal la serviciile de sănătate devine una care nu poate fi ignorată, dacă avem în vedere faptul că majoritatea românilor tind să își facă analizele medicale la un laborator privat.

Dintre cei care și-au făcut analize la un laborator în ultimul an, peste 70% sunt destul de mulțumiți sau foarte mulțumiți de calitatea acestor analize. Interesant este că persoanele care au făcut aceste analize în laboratoarele private nu au fost mai mulțumite de calitatea analizelor comparativ cu cele care au efectuat analizele în sistemul laboratoarelor de stat. Totuși, diferențele există atunci când indivizi au trebuit să aprecieze costul analizelor – cu satisfacția privind costurile analizelor din laboratoarele private mult mai scăzută comparativ cu satisfacția privind costurile analizelor în laboratoarele de stat.

Un procent de aproximativ 80% dintre români a cumpărat în ultimul an (conform declarațiilor din acest Barometru de opinie) medicamente de la farmacie (sau au fost cumpărate de altcineva pentru ei). Procentul este ridicat, în timp ce conform datelor Eurostat (2015), România este o țară cu consum relativ mic de medicamente. O explicație ar putea fi piața neagră a medicamentelor,

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

care nu este surprinsă în datele oficiale, dar se poate vedea în indicatorii de consum (autodeclarat), cum este prezenta cercetare. O altă explicație rezidă probabil și în acuratețea raportării datelor la nivel național (ulterior către Eurostat), dacă acestea sunt colectate direct de la companiile farmaceutice (prin raportarea vânzărilor).

Pentru 38% dintre cei care au cumpărat medicamente în ultimul an, acestea nu au fost compensate și mai mult de o treime dintre respondenții care au cumpărat medicamente pentru ei în ultimul an sunt nemulțumiți de prețul acestora. De asemenea, celor din mediul urban li s-a părut mai ușor să găsească o farmacie care să ofere medicamente compensate, comparativ cu cei din mediul rural, care au evaluat ca fiind mai dificil acest lucru.

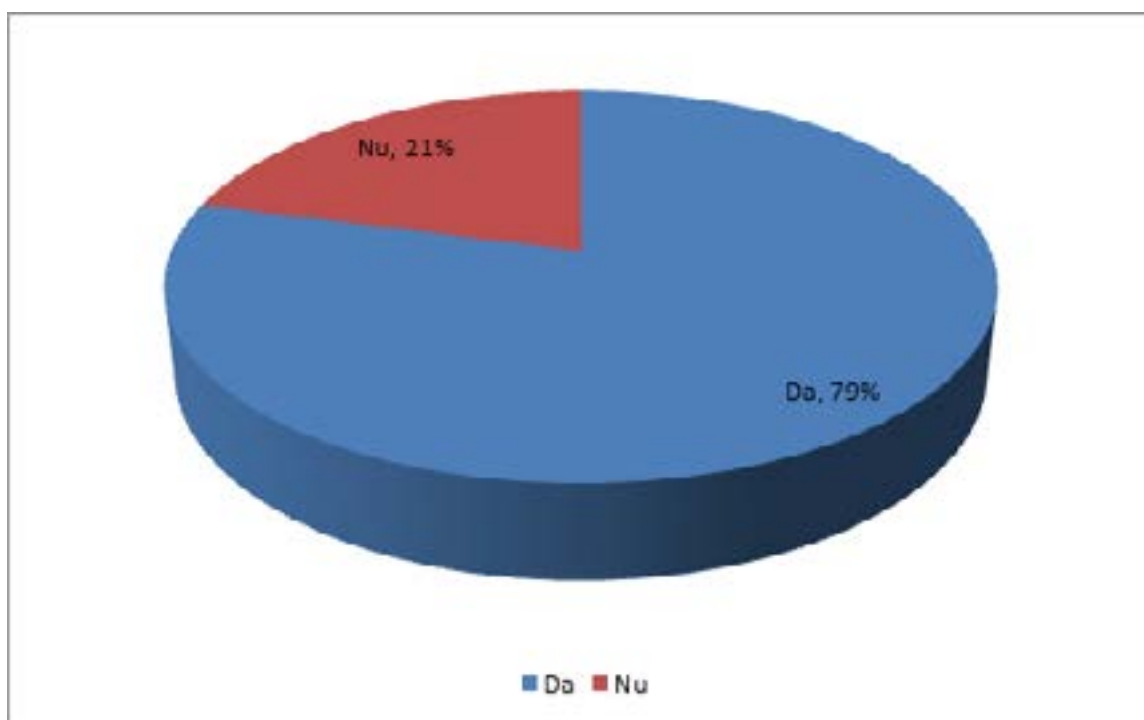


Figura 17. În ultimele 12 luni, ați cumpărat vreodată medicamente pentru dvs. personal (chiar dacă le-a cumpărat altcineva pentru dumneavoastră)?

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

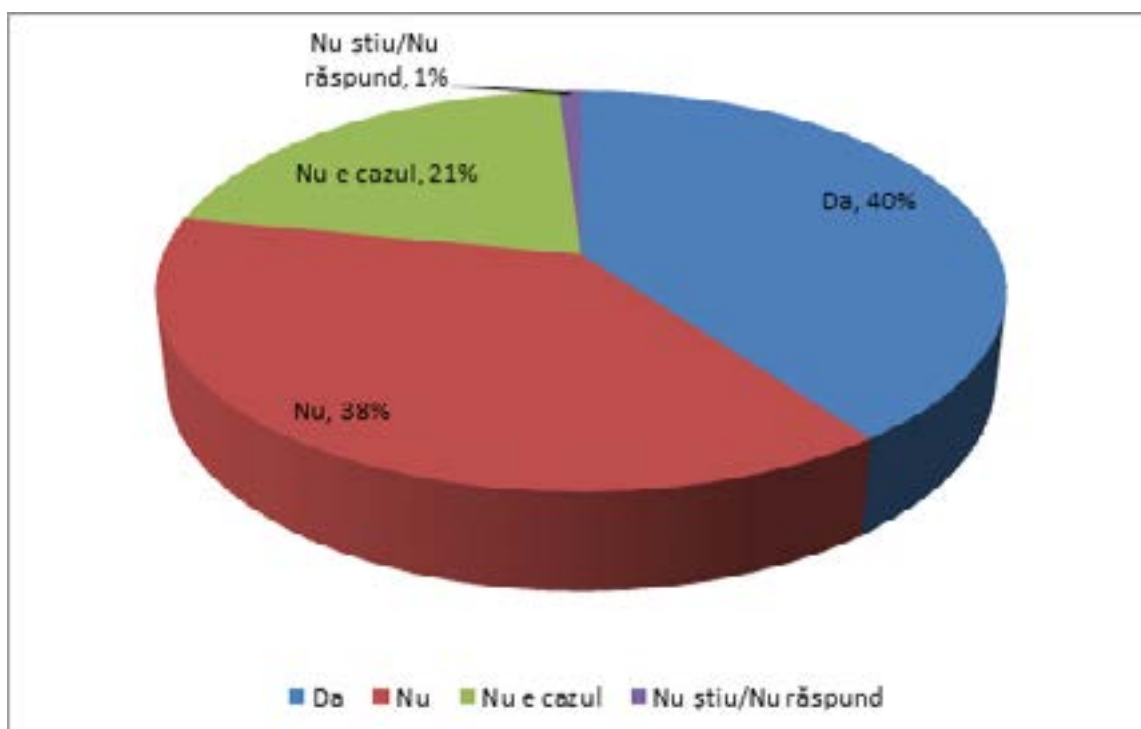


Figura 18. Prețul medicamentelor cumpărate a fost compensat sau nu?

Rolul medicului de familie este unul important, cel puțin dacă vorbim de mecanismele de prevenție și screening. Un procent de 72% dintre români declară că au fost în ultimul an la medicul de familie (**Figura 19**).

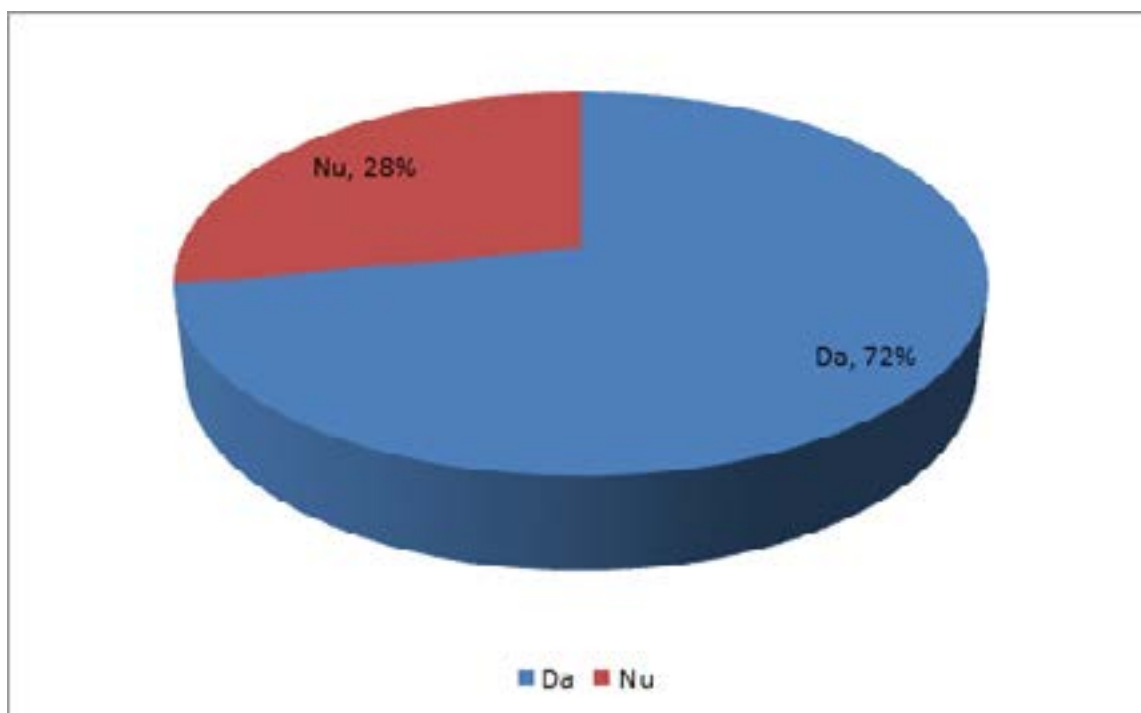


Figura 19. În ultimele 12 luni, ați mers la medicul de familie?

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

De menționat aici că un procent dublu de persoane din mediul urban (67,6%) au mers la medicul de familie în ultimul an, comparativ cu procentul celor din mediul rural (32,4%). Din nou diferențele dintre urban și rural în ce privește accesarea unor servicii de sănătate sunt semnificative.

Dintre cei care au mers în ultimul an să consulte un medic de familie, jumătate (51%) se declară destul de mulțumiți, iar 40% sunt foarte mulțumiți de felul în care au fost tratați de medicul de familie. Cum numărul celor care merg cel puțin o dată pe an să consulte un medic de familie este ridicat și indivizii sunt mulțumiți în general de interacțiunea cu medicul de familie, considerăm că mecanismele de prevenție și screening ar trebui să vizeze în special implicarea medicilor de familie și responsabilizarea acestora, inclusiv în mediul rural.

Dacă un număr mare de români consultă măcar o dată pe an medicul de familie, cu totul alta este situația în cazul vizitei la stomatolog. **Figura 20** arată că 66% dintre români nu au fost la stomatolog în ultimul an. Dintre cei care au mers la stomatolog în ultimul an, 26% sunt din mediul rural și 37,6% sunt persoane rezidente în urban. Din nou diferența între rural și urban este semnificativă, în ce privește accesul la serviciile de sănătate.

De asemenea, 88,7% dintre cei care au mers la un stomatolog în ultimul an, au declarat faptul că au mers la un cabinet privat, în timp ce doar 8,8% au mers la un cabinet stomatologic de stat. Din nou problema accesului la servicii este una care nu poate fi ignorată, atât timp cât accesul la serviciile de stomatologie este în cea mai mare parte "privilegiul" celor cu venituri medii și peste medii – care pot plăti aceste servicii, sau se face cu costul renunțării la alte bunuri și servicii necesare unui trai decent.

În general, indivizii declară că sunt mulțumiți de modul în care au fost tratați de medicul stomatolog și există ușoare diferențe statistice în ce privește mulțumirea exprimată între cabinetele private de stomatologie și cele de stat – indivizii declară astfel că au fost mai bine tratați de medicii stomatologi din cabinetele private, comparativ cu cei din cabinetele de stat. În schimb, aproximativ 25% dintre cei chestionați sunt destul de nemulțumiți sau foarte nemulțumiți de prețul unei consultații la medicul stomatolog.

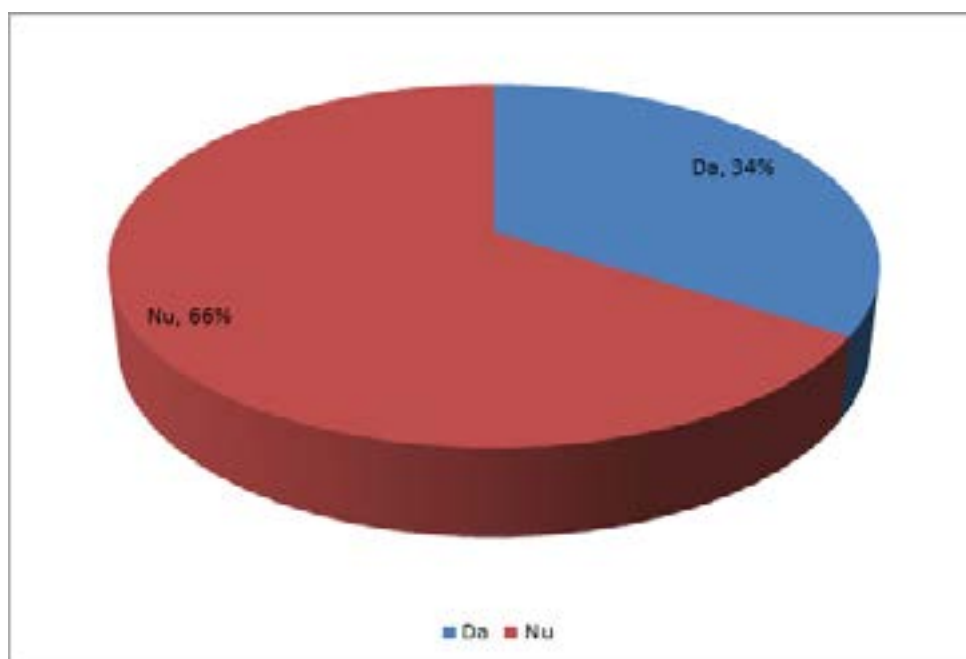


Figura 20. În ultimele 12 luni, ați mers la stomatolog?

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

În concluzie, accesul la servicii stomatologice este facil mai degrabă celor din mediul urban, cu venituri peste medie și este într-o proporție covârșitoare (88%) asigurat de cabinetele private. În plus, două treimi dintre români merg rar la stomatolog (66% dintre aceștia au declarat că nu au făcut acest lucru în ultimul an).

Dacă vorbim de accesul la servicii medicale de specialitate (altele decât medicina de familie și stomatologie), 40% dintre români declară că, în ultimul an, au consultat un medic de specialitate (**Figura 21**). Din nou procentul celor care au consultat un medic specialist și sunt rezidenți în rural este mai mic (34,3%) comparativ cu persoanele rezidente în urban care au consultat un medic specialist (43,3%).

De asemenea, cei care au consultat un medic de specialitate în ultimul an au făcut acest lucru la un cabinet privat (53,5%), în timp ce 44,1% au făcut acest lucru la un cabinet de stat. De menționat aici că satisfacția cu consultația (cu modul în care au fost tratați de medicul specialist) a fost mai ridicată pentru cei care s-au adresat medicului în regim privat, comparativ cu cei care s-au adresat medicului specialist în regim de stat.

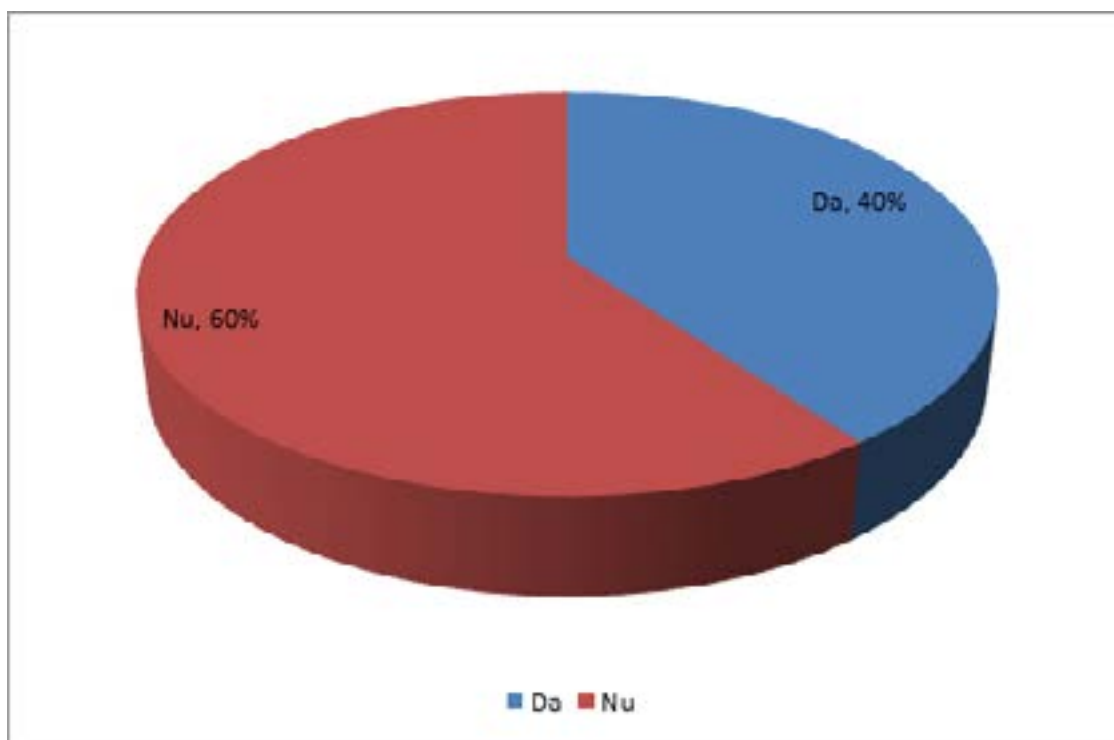


Figura 21. În ultimele 12 luni, ați mers la un cabinet medical de specialitate, altul decât medicul de familie sau stomatolog, fără să fie nevoie să fiți internat?

Putem pune din nou problema accesului diferit la medicină de specialitate între urban/rural și în general între regiuni cu nivel de dezvoltare economică diferită. De asemenea, remarcăm faptul că accesul la medici de specialitate se face în mai mare măsură în mediul privat decât de stat și constituie un element important al polarizării serviciilor de sănătate din România, în funcție de venituri și de regiunile de dezvoltare.

5. Concluzii

- Mai mult de o treime dintre români apreciază propria stare de sănătate ca fiind “mediocră” sau “proastă”.
- Cei care cred că starea lor generală de sănătate s-a deteriorat în ultimul an sunt mai degrabă femei decât bărbați, cu studii medii sau primare. Cei cu studii superioare declară în mai mare măsură că starea lor de sănătate s-a îmbunătățit în ultimul an, comparativ cu cei cu studii medii sau superioare.
- 57% dintre persoanele chestionate au afirmat că există cel puțin anumite limitări datorate stării proprii de sănătate în practicarea unui sport care necesită activitate fizică intensă, ridicarea unor obiecte grele etc; 43% că aceste limitări există și la practicarea unor activități care necesită un efort moderat, cum sunt împingerea unei mese sau practicarea unui sport care nu necesită activitate fizică intensă, în timp ce un procent de aproximativ 50% dintre indivizi percep limitări la urcatul scărilor (mai multe etaje) sau la parcurgerea pe jos a mai mult de 1 km. De remarcat și faptul că 40% dintre cei chestionați percep dificultăți la căratul cumpărăturilor și 12% limitări în a se îmbrăca independent sau în a-și face baie. Aceste date arată o stare de sănătate precară, cel puțin la o treime din populație, dacă luăm în calcul și faptul că 28% dintre cei intervievați au declarat că au o boală cronică și 17% că au avut nevoie de spitalizare în ultimul an.
- De asemenea, 32% dintre persoane au declarat că au redus în ultimele 4 săptămâni perioada de timp alocată muncii ca urmare a stării de sănătate. De asemenea, 31% dintre persoanele chestionate declară că au îndeplinit în ultimele 4 săptămâni mai puține activități decât ar fi trebuit datorită unor probleme emoționale (a faptului că s-au simțit deprimăți sau neliniștiți), iar 27% declară că “s-au simțit extenuați” uneori în ultimele 4 săptămâni, sau că au simțit dureri fizice moderate.
- Din datele Eurostat (2015) care analizează situația sistemului de sănătate folosind indicatori obiectivi, structurali, am surprins faptul că una dintre principalele probleme structurale al domeniului este legată de lipsa măsurilor de prevenție și screening care ar putea genera prevenirea mai degrabă decât tratarea bolilor și respectiv depistarea acestora în fază incipientă. Aceste aspecte se desprind și dacă analizăm tipul de servicii de sănătate accesate de populație în ultimele 12 luni (așa cum rezultă din Barometrul de opinie)
- Aproape jumătate din populație (45%) declară că nu și-a făcut analizele la un laborator de analize în ultimul an.
- Procentul celor care și-au făcut analizele la un laborator privat (52,9% dintre cei care și-au făcut analizele în ultimul an) este mai mare comparativ cu procentul celor care au declarat că și-au făcut analizele la un laborator de stat (43,5%). Dacă adăugăm faptul că analizele la laboratoarele de analize private sunt plătite de pacient, avem o imagine clară a faptului că screening-ul este mai degrabă accesibil celor din mediul urban, cu posibilități materiale. Problema accesului egal la serviciile de sănătate devine una care nu poate fi ignorată și care se desprinde și din datele Barometrului.

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

• Un procent de aproximativ 80% dintre români a cumpărat medicamente din farmacie în ultimul an (sau au fost cumpărate de altcineva pentru ei). Procentul este ridicat, dar conform analizelor derulate pe indicatorii Eurostat (2015), România este o țară cu consum relativ mic de medicamente. O explicație ar putea fi piața neagră a medicamentelor, care nu este surprinsă în datele oficiale, dar se poate vedea în indicatorii de consum (autodeclarat), cum este prezenta cercetare. O altă explicație rezidă probabil în acuratețea raportării datelor la nivel național (ulterior către Eurostat), dacă acestea sunt colectate direct de la companiile farmaceutice (prin autoraportarea vânzărilor).

• Un procent dublu de persoane (67,6%) din mediul urban, comparativ cu mediul rural (32,4%) au mers la medicul de familie în ultimul an. Din nou diferențele dintre urban și rural în ce privește accesarea unor servicii de sănătate sunt semnificative. Cum numărul celor care merg cel puțin o dată pe an să consulte un medic de familie este ridicat (72%) și indivizii sunt mulțumiți, în general, de interacțiunea cu medicul de familie, considerăm că mecanismele de prevenție și screening ar trebui să vizeze în special implicarea medicilor de familie și responsabilizarea acestora, inclusiv în mediul rural.

• Accesul la servicii stomatologice este facil mai degrabă celor în mediul urban, cu venituri peste medie și este într-o proporție covârșitoare (88%) asigurat de cabinetele private. În plus, două treimi dintre români merg rar la stomatolog (66% dintre aceștia au declarat că nu au făcut acest lucru în ultimul an).

• Dacă vorbim de accesul la servicii medicale de specialitate (altele decât medicina de familie și stomatologie), 40% dintre români declară că în ultimul an au consultat un medic specialist. Din nou procentul celor care au consultat un medic specialist și sunt rezidenți în rural este mai mic (34,3%) în comparație cu procentul persoanelor rezidente în urban care au consultat un medic specialist (43, 3%).

• De asemenea, cei care au consultat un medic de specialitate în ultimul an au făcut acest lucru la un cabinet privat (53,5%), în timp ce 44,1% au făcut acest lucru la cabinet de stat.

În concluzie, ridicăm problema accesului diferit la medicina de specialitate, servicii de stomatologie, servicii de analize medicale, între mediul urban și rural și în general între regiuni cu nivel de dezvoltare economică diferită. Rezultatele obținute în prezentul Barometru, pe medii de rezidență (urban/rural) se mențin și când facem analiza pe regiuni de dezvoltare și avem în vedere dezvoltarea economică diferită a celor 8 regiuni menționate la începutul acestui raport.

De asemenea, accesul la medicina de specialitate, analize de laborator și stomatologie se face în mare măsură în mediul privat (de la 53 % în cazul analizelor de laborator, la 88% în cazul serviciilor de stomatologie) și în mai mică măsură la stat și constituie un element important al polarizării serviciilor de sănătate din România, în funcție de venituri și de regiunile de dezvoltare.

6. Bibliografie

Alvarez-Galvez, J., Rodero-Cosano, M. L., Motrico, E., Salinas-Perez, J. A., Garcia-Alonso, C., & Salvador-Carulla, L. (2013). The impact of socio-economic status on self-rated health: study of 29 countries using European social surveys (2002–2008). **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 10(3), 747-76.

Blackwell, D. L., Lucas, J. W., & Clarke, T. C. (2014). Summary health statistics for US adults: national health interview survey, 2012. **Vital and health statistics. Series 10, Data from the National Health Survey**, (260), 1-161.

Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., ... & Zuber, S. (2013). Data resource profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). **International Journal of Epidemiology**, 42(4), 992-1001.

Eurostat (2015). Health in the European Union. Facts and Figures. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Health_in_the_European_Union_%E2%80%93_facts_and_figures
Dahlgren, D., & Whitehead, M. (2017). European Strategies for tackling social inequalities in health: levelling up part 2. **Health**. WHO. <http://www.thehealthwell.info>.

Kaleta, D., Polanska, K., Dziankowska-Zaborszczyk, E., Hanke, W., & Drygas, W. (2009). Factors influencing self-perception of health status. **Central European Journal of Public Health**, 17(3), 122-127.

Kleinert, S., & Horton, R. (2013). Health in Europe—successes, failures, and new challenges. **The Lancet**, 381(9872), 1073-1074.

Kotseva, K., Wood, D., De Bacquer, D., De Backer, G., Rydén, L., Jennings, C., ... & Cífková, R. (2016). EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries **European Journal of Preventive Cardiology**, 23(6), 636-648.

Lewis, T. T., Cogburn, C. D., & Williams, D. R. (2015). Self-reported experiences of discrimination and health: scientific advances, ongoing controversies, and emerging issues. **Annual Review of Clinical Psychology**, 11, 407-440.

Mackenbach, J. P., Karanikolos, M., & McKee, M. (2013). The unequal health of Europeans: successes and failures of policies. **The Lancet**, 381(9872), 1125-1134.

Marmot, M. (2015). **The Health Gap: The Challenge of An Unequal World**. Londra: Bloomsbury Publishing.

Mirowsky, J. (2017). **Education, Social Status, and Health**. Londra: Routledge.

OECD (2017). Health at a Glance. OECD i Library. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en

BAROMETRU DE OPINIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTATE

Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: a causal review. **Social Science & Medicine**, 128, 316-326.

Shisana, O., Labadarios, D., Rehle, T., Simbayi, L., Zuma, K., Dhansay, A., ... & Hongoro, C. (2014). **The South African National Health and Nutrition Examination Survey, 2012: SANHANES-1: the health and nutritional status of the nation**. HSRC Press.

United Nations (UN, 2015). World Population Prospects.

https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2014). Concepts and Principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1.(2006). **Copenhagen: WHO Regional Office for Europe**.

Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X., & He, J. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. **BMC Public Health**, 13(1), 320-333.

Zumla, A., George, A., Sharma, V., Herbert, R. H. N., Oxley, A., & Oliver, M. (2015). The WHO 2014 global tuberculosis report—further to go. **The Lancet Global Health**, 3(1), e10-e12.



WWW.STAREA-NATIUNII.RO



INFO@STAREA-NATIUNII.RO