“R o m â n i a D u r a b i l ă” (S I P O C A 6 1 3 )

**Analiză**

**„Evoluții în timp ale indicatori subiectivi vs. indicatori naționali – Sănătate și bunăstare”**

RD30 (noiembrie 2021)

Livrabil

luna iunie 2022

**ACTIVITATEA A9**

**Elaborarea a minim 50 de barometre de opinie periodice realizate prin   
sondarea percepției publice si dezvoltarea unor module pentru analize mixte –   
combinații de indicatori hard si indicatori noi**

SUBACTIVITATEA A9.2. Elaborarea periodică a unei lucrări narative de prezentare și informare bazată pe materialele de tip flash – news.

**Elaborat de:** Costin Ciobanu, Expert analiză indicatori subiectivi de tip economic

Data: 30/06/2022

Locul de desfășurare: București

Denumire proiect: “România durabilă” - Dezvoltarea cadrului strategic  
 și instituțional pentru implementarea   
 Strategiei Naționale pentru Dezvoltarea Durabilă a României 2030”

Cod proiect: SIPOCA 613

În cadrul Obiectivului nr. 3 “Sănătate și bunăstare”, Strategia Națională pentru Dezvoltarea Durabilă a României 2030 (p. 31) vorbește despre asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării tuturor, la orice vârstă. În mod concret, Strategia își propune reducerea ratei mortalității materne și infantile, diminuarea incidenței îmbolnăvirilor de boli infecțioase și cronice, respectiv prevenirea și tratarea abuzului de substanțe nocive. Într-un context în care pandemia de COVID-19 a pus o uriașă presiune asupra sistemului de sănătate și i-a testat reziliența, este cu atât mai important să analizăm realitățile obiective și percepțiile cetățenilor despre un aspect fundamental pentru societatea în care trăim – sănătatea.

În această analiză, vom investiga, din perspectivă comparativă, subiectul sănătății și bunăstării, unul major pentru îndeplinirea țintelor de dezvoltare durabilă ale României. Analiza se va concentra pe teme legate de pandemia de COVID-19, dar va aborda și aspecte mai generale, care țin de starea de sănătate a populației României. Subiectul va fi analizat atât cu ajutorul datelor obiective, cât și subiective. Datele obiective sunt furnizate de către Eurostat și se referă la indicatori precum: 1) speranța de viață; 2) rata obezității; 3) numărul de ani sănătoși la naștere; 4) proporția celor care raportează o stare de sănătate bună și foarte bună; 5) prevalența fumatului; 6) rata standardizată a mortalității din cauza tuberculozei, HIV și hepatitei; 7) rata standardizată a mortalității care poate fi prevenită sau tratată; 8) nevoi nesatisfăcute de investigare și îngrijire medicală; 9) accidente mortale de muncă; 10) proporția celor trăiesc în locuințe afectate de zgomot; 11) accidente rutiere fatale; și 12) ani de viață pierduți ca urmare a expunerii la particulele PM2,5.

Perspectiva obiectivă va fi combinată cu cea subiectivă și, pentru a avea o abordare comparativă la nivelul datelor subiective, vom face apel la datele din sondajele de opinie RD30[[1]](#footnote-1) și RD08[[2]](#footnote-2) realizate în cadrul proiectului “România Durabilă”. Astfel, utilizând datele din cele două valuri, vom putea analiza cum s-au schimbat percepțiile românilor despre sănătate și bunăstare în intervalul 2020 – 2021. De asemenea, beneficiind de cele două valuri de date, vom avea, pe baza analizei statistice, o perspectivă mult mai robustă asupra felului în care aceste evaluări sunt influențate de aspecte socio-demografice și se corelează cu evaluarea despre mersul lucrurilor în țară. Analiza se va uita în amănunt la sondajul RD30, pe baza căruia vom analiza trei aspecte suplimentare: 1) dacă factorii socio-demografici explică percepțiile românilor despre sănătate; 2) dacă aspecte personale, precum infectarea cu COVID-19 sau vaccinarea împotriva virusului, au efect asupra evaluării sistemului de sănătate; și 3) dacă percepțiile despre domeniul sănătății au impact asupra unor evaluări mai generale, precum direcția în care se îndreaptă România.

**Figura 1: Speranța de viață**

****

**Ce spun datele obiective**

Primul indicator obiectiv asupra căruia ne vom concentra se referă la speranța de viață, iar datele sunt prezentate în Figura 1.

În România[[3]](#footnote-3), speranța de viață în 2012 era de 74,4 ani, pentru ca, înainte de pandemie, să crească la 75,6 ani. Efectele pandemiei sunt foarte vizibile: în 2021, speranța de viață a coborât sub nivelul din 2012 (74,4 ani), atingând o valoare de 72,9 ani. În Polonia, speranța de viață era de 76,9 ani în 2012 și a scăzut la 75,6 ani în 2021. În Germania, indicatorul era la 80,7 ani în 2012 și a urcat ușor la 80,9 ani în 2021 (față de 81,3 ani în 2019). În ceea ce privește media UE27, ea era de 80,2 ani în 2012 și de 80,1 ani în 2021 (după ce se situase la 81,3 ani în 2019). Pandemia a afectat semnificativ speranța de viață din România, mai ales că, și până în 2020, aceasta era în țara noastră semnificativ sub valorile din Polonia, Germania sau media UE27.

**Figura 2: Rata obezității**

****

În Figura 2, analizăm un alt indicator relevant pentru starea de sănătate a populației – rata obezității, care se referă la procentul din populația de peste 18 ani care are un Indice ale Masei Corporale (BMI) egal sau mai mare de 30. Datele sunt furnizate de către Eurostat[[4]](#footnote-4).

Pentru România, observăm că, în 2008, 7,9% dintre cei de peste 18 ani erau obezi, pentru ca, în 2019, proporția să crească la 10,9%. În Polonia, evoluția a fost de la 16,4% în 2008 la 19% în 2019, o dovadă că această țară are o problemă semnificativă cu obezitatea, peste cea din România. În Germania, 15,8% dintre adulți erau obezi în 2008 și 19% erau în aceeași situație în 2019. Cât despre media UE27, ea era de 15,4% în 2014 și de 16,5% în 2019. În privința acestui indicator, suntem într-o situația mai bună decât media UE27, Polonia și Germania, iar obiectivul ar fi să inversăm trendul crescător care a început în 2008.

**Figura 3: Numărul de ani sănătoși la naștere**

****

Așa cum se poate vedea în Figura 3, analizăm numărul de ani sănătoși (fără probleme moderate sau severe de sănătate) pe care o persoană îi are la naștere[[5]](#footnote-5). În România, acest număr a variat de la 61,4 în 2007 la 59,9 în 2020 (60,2 în 2019) – practic, o înrăutățire a situației. În Polonia, evoluția a fost de la 64 ani în 2005 la 62,3 ani în 2020. În Germania, s-a înregistrat un progres, de la 54,6 ani în 2005 la 65,7 ani în 2020. Cât despre media UE27, ea era de 62,9 ani în 2004 și de 64 ani în 2020. Aceste statistici scot în evidență nu doar că România a regresat în privința sănătății populației, dar și că ea stă mai prost decât Polonia, Germania sau media UE27.

**Figura 4: Proporția celor care raportează o stare de sănătate bună și foarte bună**



În continuare, ne-am concentrat pe proporția celor care raportează o stare bună sau foarte bună de sănătate. Datele sunt furnizate de către Eurostat[[6]](#footnote-6) și sunt disponibile în Figura 4.

În România, proporția celor care raportează o stare bună sau foarte bună de sănătate a crescut de la 69% în 2005 la 73% în 2020. În Polonia, oamenii nu sunt atât de optimiști: proporția era de 54,5% în 2005 și de 61,6% în 2020. În Germania, proporția era de 60,1% în 2005 și de 63,9% în 2020. La nivel mediei UE27, 66,8% dintre cetățeni se considerau ca având o stare de sănătate bună sau foarte bună în 2010, iar proporția a crescut la 69,5% în 2020. După cum se observă, chiar dacă statisticile despre speranța de viață și despre numărul de ani sănătoși la naștere spun altceva, românii sunt mai optimiști decât polonezii, germanii, sau cetățeanul mediu european în ceea ce privește aprecierea stării proprii de sănătate.

**Figura 5: Prevalența fumatului**



Figura 5 arată prevalența fumatului, ca procent din populația de 15 ani și peste[[7]](#footnote-7). În 2006, în România, 31% din această categorie de vârstă fumau, pentru ca în 2020 proporția să fie de 30%. În Polonia, 35% fumau în 2006, pentru ca proporția să scadă la 26% în 2020. Germania avea 30% fumători în 2006 și doar 23% în 2020. Media UE27 era de 31% în 2006, cât România, și a scăzut la 25% în 2020. În ciuda reducerii prevalenței fumatului în Europa, România nu reușește să facă acest lucru, ceea ce pune o presiune suplimentară asupra sistemului de sănătate.

**Figura 6: Rata standardizată a mortalității din cauza tuberculozei, HIV și a hepatitei**

****

Figura 6 surprinde evoluția ratei standardizate a mortalității din cauza tuberculozei, HIV și a hepatitei[[8]](#footnote-8). În România, în 2000, mureau 12,6 persoane la 100,000 locuitori din cauza tuberculozei, HIV și a hepatitei; în 2019, această rată coborâse la 6,15 persoane. Polonia a evoluat de la 5,4 persoane în 2000 la 1,85 persoane în 2019, demonstrând o performanță mult mai bună decât cea a României. În cazul Germaniei, evoluția a fost de la 3,2 persoane în 2000 la 1,25 persoane în 2019. În fine, media UE 27 era de 5,2 persoane în 2002 și de 2,56 persoane în 2017. România mai are mult de făcut pentru reduce rata mortalității din cauza tuberculozei, HIV și a hepatitei și pentru a se apropia de media UE27 și de performanța unor state de referință.

**Figura 7: Rata standardizată a mortalității care poate fi prevenită sau tratată**

****

Figura 7 prezintă rata standardizată a mortalității care poate fi prevenită sau tratată[[9]](#footnote-9). În România, în 2011, 563,26 persoane mureau, deși acest lucru ar fi putut fi prevenit prin tratarea afecțiunilor de care sufereau; în 2019, această rată s-a redus la 504,13 persoane. În Polonia, evoluția a fost de la 395,4 în 2011 la 352,19 în 2019. De asemenea, în Germania, progresul a fost de la 257,93 în 2011 la 231,32 în 2019. Media UE27 a fost de 281,35 în 2011 și de 252,09 în 2017, ultimul an pentru care avem date disponibile. Aceste date statistice confirmă faptul că în România mor foarte mulți oameni al căror deces ar fi putut fi evitat prin intervenții medicale; gravitatea problemei este cu atât mai mare atunci când comparăm evoluția României cu cea a mediei UE27, a Germaniei sau a Poloniei.

**Figura 8: Nevoi nesatisfăcute de investigare și îngrijire medicală**

****

Figura 8 prezintă situația nevoilor nesatisfăcute de investigare și îngrijire medicală, ca procent din populația de 16 ani și peste[[10]](#footnote-10). În România, în 2008, 11,1% din populația de peste 16 ani raportau că este insuficient tratată și îngrijită medical, pentru ca proporția să scadă la 4,7% în 2020. În Polonia, evoluția a fost de la 6% în 2007 la 1,9% în 2020. De asemenea, în Germania, progresul a fost de la 2,2% în 2008 la 0,1% în 2020. Media UE27 era de 3,5% în 2010 și de 1,9% în 2020. Încă o dată, România se remarcă prin ponderea substanțială a celor pentru care sistemul de sănătate nu produce răspunsul așteptat.

**Figura 9: Accidente mortale de muncă**

****

Figura 9 arată situația accidentelor mortale de muncă, raportate la 100,000 angajați[[11]](#footnote-11). În România, în 2010, erau 4,91 accidente mortale de muncă, iar în 2019, numărul a scăzut la 3. În Polonia, progresul a fost de la 3,65 accidente în 2010 la 1,1 accidente mortale în 2019. În Germania, evoluția a fost de la 1,2 accidente în 2010 la 0,79 accidente în 2020. Media UE27 era de 2,31 în 2010 și de 1,74 în 2019. România are, și în acest domeniu, de recuperat în privința accidentelor fatale de muncă, pentru că suntem semnificativ peste media europeană.

Așa cum se poate vedea în Figura 10, următorul indicator la care ne referim este cel al proporției persoanelor care trăiesc în locuințe afectate de zgomot[[12]](#footnote-12). În 2007, 34,4% dintre români trăiau în locuințe afectate de zgomot; în 2020, această proporție a scăzut la 16,1%. În Polonia, evoluția a fost de la 21,4% în 2005 la 12,6% în 2019. În Germania, s-a plecat de la 25,3% în 2005 la 21,6% în 2020. Media UE27 era de 20,6% în 2010 și de 17,6% în 2020. Vestea bună în privința acestui indicator este că România a îmbunătățit semnificativ situația celor care trăiesc în locuințe afectate de zgomot, iar proporția era chiar una mai bună, în 2020, în raport cu Germania și media UE27.

**Figura 10: Proporția celor trăiesc în locuințe afectate de zgomot**

****

În Figura 11, analizăm accidentele rutiere fatale, măsurate în raport cu 100,000 persoane[[13]](#footnote-13). În 2011, în România, aveam 10 accidente rutiere fatale la 100,000 persoane; în 2020, numărul scăzuse la 8,5. În Polonia, în 2011, erau 11 accidente, în timp ce în 2020 erau 6,6 accidente. În Germania, în 2011, erau 5 accidente, în timp ce în 2020 erau 3,3 accidente. Media UE27 era de 6,5 în 2011 și de 4,2 în 2020. Vedem aici cât de importantă este situația accidentelor rutiere fatale în România, de unde și nevoia de a acorda mai multă atenție îmbunătățirii infrastructurii rutiere.

**Figura 11: Accidente rutiere fatale**

****

**Figura 12: Ani de viață pierduți ca urmare a expunerii la particulele PM2,5**

****

În fine, ultimul aspect obiectiv asupra căruia vom insista este cel al anilor de viață pierduți ca urmare a expunerii la particule PM2,5[[14]](#footnote-14). În România, în 2005, numărul de ani pierduți la 100,000 persoane era de 1927, pentru a scădea la 1261 în 2019. În Polonia, evoluția a fost de la 1394 ani în 2005 la 1291 ani în 2019, ușor peste România. În Germania, progresul a fost de la 995 ani în 2005 la 676 ani în 2019. Media UE27 era de 1131 ani în 2005 și de 762 ani în 2019. Vedem în aceste cifre o confirmare a faptului că România poate salva un număr semnificativ de vieți dacă reduce poluarea cu particule PM2,5.

**Ce spun datele subiective**

Pentru a putea avea perspectiva oferită de datele subiective, vom face apel la datele de opinie publică generate în cadrul proiectului “România Durabilă”, comparând evoluțiile din barometrele RD08 (august – septembrie 2020) și RD30 (noiembrie 2021), dar și insistând asupra datelor din RD30.

Începem cu aspectele comune din ambele sondaje. Formulările întrebărilor, pentru indicatorii pe care îi comparăm, sunt aceleași, iar rezultatele sunt prezentate grafic în Figura 13.

În Figura 13, câteva rezultate ies in în evidență. În primul rând, avem o degradare a percepției despre acțiunea statului împotriva COVID-19: în august – septembrie 2020, 38% dintre români erau mulțumiți de activitatea statului împotriva coronavirusului, în timp ce doar 21% dintre respondenți mai împărtășeau această opinie în noiembrie 2021. În al doilea rând, tot mai puțini români au încredere în informațiile despre coronavirus furnizate de autorități: 33% aveau încredere în informațiile oficiale în august – septembrie 2020, în timp ce doar 23% mențineau aceeași opinie în noiembrie 2021. În al treilea rând, numărul celor care raportează existența unui vaccin în familie în ultimii cinci ani a crescut semnificativ, ca urmare a campaniei de vaccinare anti-COVID-19: 39% în august – septembrie 2020 și 72% în noiembrie 2021. În fine, românii erau tot mai pesimiști în legătură cu direcția în care se îndreaptă România: 27% afirmau că România merge în direcția bună în august – septembrie 2020, în timp ce doar 12% mai credeau acest lucru în noiembrie 2021.

Cu ajutorul datelor din sondajul de opinie RD30, suntem în măsură să conturăm o perspectivă mai detaliată asupra evaluărilor românilor privind sănătatea și bunăstarea. Rezultatele pot fi vizualizate în Figura 14. 68% dintre români afirmă că au o stare de sănătate bună, ceea ce este consistent cu datele Eurostat, care arată că, în 2020, proporția românilor celor care raportează o stare bună sau foarte bună de sănătate era de 73%.

**Figura 13: Evaluările românilor despre sănătate (sondajele de opinie RD08 și RD30)**

****

**Figura 14: Evaluările românilor despre sănătate (sondajul de opinie RD30)**

****

În general, românii sunt foarte critici cu privire la acțiunea statului în domeniul sănătății: doar 28% sunt mulțumiți de sistemul de sănătate din România, o evaluare care este în acord cu datele obiective ale Eurostat, care arată fragilitatea sistemului de sănătate din țară și starea relativ precară de sănătate a populației (operaționalizată prin speranța de viață, numărul de ani sănătoși la naștere sau mortalitatea care ar fi putut fi prevenită sau tratată); doar 23% au încredere în informațiile oficiale despre COVID-19, în timp ce doar 20% au încredere în informațiile despre COVID-19 din social media; doar 21% dintre români sunt mulțumiți de activitatea statului împotriva pandemiei. Sub aspect obiectiv, 52% dintre respondenți raportau în noiembrie 2021 că s-au vaccinat împotriva COVID-19, 20% spuneau că au avut COVID-19, 41% erau de acord cu vaccinarea obligatorie împotriva COVID-19, iar doar 5% afirmau că nu-și fac niciodată analizele medicale sau apelează la cadrele medicale pentru un consult.

**Tabelul 1: Determinanți socio-demografici ai evaluărilor românilor despre sănătate (sondajele de opinie RD30 și RD08)**

****

În continuare, pentru evaluările privind sănătatea din sondajele RD08 și RD30, am căutat să vedem dacă factorii socio-demografici pot explica aceste opinii. Rezultatele, bazate pe modele econometrice, sunt prezentate în Tabelul 1. Estimările țin cont, prin efecte fixe pentru fiecare sondaj de opinie, de momentele diferite în care au fost culese datele. Din analiza datelor, următoarele aspecte ies în evidență în Tabelul 1: femeile (8%), cei cu educație superioară (18%) și angajații (5%) sunt mai probabil să raporteze că un membru al familiei s-a vaccinat în ultimii cinci ani, spre deosebire de cei sub 40 ani (-8%) și de cei cu educație primară (-10%) – model 1; cei cu educație primară sunt cu 12% mai puțin probabil să fie mulțumiți de acțiunea statului împotriva coronavirusului – model 2; femeile (4%) sunt mai probabil să aibă încredere în informațiile oficiale despre coronavirus, spre deosebire de cei cu educație primară (-18%) și cei cu familie în străinătate (-8%) – model 3; cei sub 40 ani (6%) și cei cu rezidență urbană (4%) sunt mai probabil să spună că România merge în direcția corectă, spre deosebire de femei (-5%) și de cei cu educație primară (-7%) – model 4. În legătură cu aceste estimări, observăm capacitatea explicativă redusă a modelelor econometrice.

Am urmat aceeași procedură pentru evaluările despre sănătate ale românilor din sondajul de opinie RD30. Rezultatele pot fi observate în Tabelul 2. În urma analizei, remarcăm următoarele aspecte: femeile (11%), cei cu studii superioare (12%) și cei cu rezidență urbană (9%) sunt mai probabil să afirme că au membri ai familiei vaccinați în ultimii cinci ani, spre deosebire de cei sub 40 ani (-12%) și de cei cu educație primară (-16%) – model 1; cei cu educație primară (-9%) și cei cu rezidență urbană (-7%) sunt mai probabil să fie mulțumiți de acțiunile statului împotriva COVID-19, spre deosebire de cei care spun că trăiesc bine (9%) – model 2; cei care trăiesc bine (8%) și cei cu studii superioare (14%) sunt mai probabil să aibă încredere în informațiile oficiale despre COVID-19, spre deosebire de cei cu educație primară (-18%) – model 3; cei cu venit mare (23%) și angajații (8%) sunt mai probabil să fi avut COVID-19 – model 5; cei cu educație superioară (25%) și cei care trăiesc bine (10%) sunt mai probabil să se fi vaccinat împotriva COVID-19, spre deosebire de cei sub 40 ani (-20%) și de cei cu educație primară (-18%) – model 6; cei cu educație superioară (19%) sunt mai probabil să fie de acord cu vaccinarea obligatorie împotriva COVID-19, spre deosebire de cei sub 40 ani (-15%) și de cei cu educație primară (-20%) – model 7; cei sub 40 ani (-7%) și cei cu membri ai familiei în străinătate (-9%) sunt mai puțin probabil să fie mulțumiți de sistemul românesc de sănătate – model 8; cei cu educație primară (6%) sunt mai probabil să nu-și facă niciodată analize medicale, spre deosebire de femei (-6%) – model 9; în fine, cei sub 40 ani (10%) și cei care spun că trăiesc bine (11%) sunt mai probabil să raporteze o stare bună de sănătate, spre deosebire de femei (-12%) – model 10. Capacitatea explicativă a modelelor econometrice din Tabelul 2 rămâne limitată.

**Tabelul 2: Determinanți socio-demografici ai evaluărilor românilor despre sănătate (sondajul de opinie RD30)**

****

Ca pas următor, am căutat să vedem dacă evaluările românilor despre sănătate au impact asupra unor evaluări mai generale, precum cele referitoare la direcția în care merge România. Rezultatele sunt prezentate în Figura 15, în care fiecare coeficient este rezultatul unei estimări și în care factorii socio-demografici din Tabelul 1 sunt menținuți constanți. Estimările conțin de asemenea efecte fixe pentru a lua în calcul perioada de culegere a datelor, având în vedere că ne raportăm la datele din sondajele de opinie RD08 și RD30. În Figura 15, constatăm că acei care au încredere în informațiile oficiale despre coronavirus (23%) și cei care sunt mulțumiți de acțiunea statului împotriva coronavirusului (24%) sunt mult mai probabil să afirme că România merge în direcția bună. Am reluat analiza, de această date concentrându-ne doar pe datele din sondajul de opinie RD30. Rezultatele estimărilor sunt disponibile în Figura 16 (factorii socio-demografici din Tabelul 2 sunt menținuți constanți). Așa cum se poate vedea, cei care sunt de acord cu vaccinarea obligatorie, cei care au încredere în informațiile oficiale și în cele din social media despre COVID-19, precum și cei care sunt mulțumiți de acțiunea statului împotriva COVID-19 și de situația sistemului de sănătate sunt mai probabil să spună că țara noastră merge într-o direcție bună.

**Figura 15: Impactul evaluărilor privind sănătatea asupra evaluării privind direcția în care se îndreaptă România (sondajele de opinie RD08 și RD30)**

****

În fine, de această dată doar cu datele din sondajul de opinie RD30, am investigat dacă aspecte personale legate de pandemia de COVID-19 și despre starea de sănătate au efect asupra unor evaluări mai generale despre starea de sănătate. Rezultatele analizei sunt rezumate în Figura 17 și scot în evidență următoarele aspecte: cei care au membri în familie care s-au vaccinat în ultimii cinci ani și cei care s-au vaccinat împotriva COVID-19 sunt mai probabil să fie mulțumiți de sistemul de sănătate și de acțiunile statului împotriva coronavirusului, precum și să aibă încredere în informațiile oficiale și din social media despre COVID-19; de asemenea, același grup este mai dispus să fie de acord cu vaccinarea obligatorie împotriva COVID-19, spre deosebire de cei care spun că au o stare bună de sănătate.

**Figura 16: Impactul evaluărilor privind sănătatea asupra evaluării privind direcția în care se îndreaptă România (sondajul de opinie RD30)**

****

**Figura 17: Impactul evaluărilor personale despre sănătate asupra evaluărilor mai generale privind sănătatea (sondajul de opinie RD30)**

****

**Scurte concluzii**

În urma analizei, distingem câteva concluzii. Din perspectivă obiectivă, observăm următoarele aspecte notabile: 1) În România, speranța de viață în 2012 era de 74,4 ani, pentru ca, înainte de pandemie, să crească la 75,6 ani și să scadă apoi la 74,4 ani în 2021 - pandemia a afectat semnificativ speranța de viață din România, mai ales că, și până în 2020, aceasta era semnificativ sub valorile din Polonia, Germania sau media UE27; 2) În țara noastră, în 2008, 7,9% dintre cei de peste 18 ani erau obezi, pentru ca, în 2019, proporția să crească la 10,9%, față de 16,5% media UE27 pentru același an - chiar dacă, în privința acestui indicator, suntem într-o situația mai bună decât media UE27, Polonia și Germania, obiectivul ar fi să inversăm trendul crescător care a început în 2008; 3) În România, numărul de ani sănătoși (fără probleme moderate sau severe de sănătate) pe care o persoană îi are de trăit la naștere a variat de la 61,4 în 2007 la 59,9 în 2020 (60,2 ani în 2019) – nu doar că România a regresat în privința sănătății populației, dar ea stă mai prost decât Polonia, Germania sau media UE27; 4) În România, proporția celor care raportează o stare bună sau foarte bună de sănătate a crescut de la 69% în 2005 la 73% în 2020 - chiar dacă statisticile despre speranța de viață și despre numărul de ani sănătoși la naștere spun altceva, românii sunt mai optimiști decât polonezii, germanii sau cetățeanul mediu european în ceea ce privește aprecierea stării proprii de sănătate; 5) În 2006, în România, 31% din populația de 15 ani și peste fumau, pentru ca în 2020 proporția să fie de 30% - în ciuda reducerii prevalenței fumatului în Europa, România nu reușește să facă acest lucru, ceea ce pune o presiune suplimentară asupra sistemului de sănătate;  6) În România, în 2000, mureau 12,6 persoane la 100,000 locuitori din cauza tuberculozei, HIV și a hepatitei, pentru ca în 2019, această rată să coboare la 6,15 persoane - România mai are mult de făcut pentru reduce rata mortalității din cauza tuberculozei, HIV și hepatitei și pentru a se apropia de media UE27 și de performanța unor state de referință; 7) În România, în 2011, 563,26 persoane mureau, deși acest lucru ar fi putut fi prevenit prin tratarea afecțiunilor de care sufereau; în 2019, această rată s-a redus la 504,13 persoane; și 8) În România, în 2008, 11,1% din populația de peste 16 ani raportau că este insuficient tratată și îngrijită medical, pentru ca proporția să scadă la 4,7% în 2020.

Din perspectivă subiectivă, câteva aspecte se remarcă. În primul rând, oamenii au o abordare din ce în ce mai critică față de acțiunea statului împotriva pandemiei de COVID-19. În al doilea rând, românii au o părere proastă despre performanța sistemului de sănătate: doar 28% erau mulțumiți de acesta în noiembrie 2021. În al treilea rând, factorii socio-demografici au o capacitate explicativă redusă în raport cu evaluările privind sănătatea. În al patrulea rând, evaluările generale privind sănătatea sunt semnificativ corelate cu evaluarea mai generală despre mersul lucrurilor în România și sunt influențate de evaluările personale despre sănătate, în special cele privind vaccinarea împotriva COVID-19.

1. Sondaj de opinie reprezentativ pentru populația adultă neinstituționalizată a României, realizat pe un eșantion de 1,047 persoane, în perioada 8 - 26 noiembrie 2021. Eșantion stratificat bistadial cu selecție probabilistică a persoanelor. Datele au fost culese prin interviuri telefonice (CATI). Eroarea maximă de eșantionare, la un nivel de 95%, este de ± 3,2%. S-a realizat ponderarea proporțională iterativă (Raking/Rim) a datelor pentru corectarea probabilităților inegale de selecție și pentru ajustarea ratelor neuniforme de non-răspuns. Criteriile de ponderare: sex, vârstă, educație, etnie, ocupație, regiune și mărimea localității. [↑](#footnote-ref-1)
2. Sondaj de opinie reprezentativ pentru populația adultă neinstituționalizată a României, realizat pe un eșantion de 1,002 persoane, în perioada 3 august – 10 septembrie 2020. Eșantion stratificat bistadial cu selecție probabilistică a persoanelor. Datele au fost culese prin interviuri telefonice (CATI). Eroarea maximă de eșantionare, la un nivel de 95%, este de ± 3,2%. S-a realizat ponderarea proporțională iterativă (Raking/Rim) a datelor pentru corectarea probabilităților inegale de selecție și pentru ajustarea ratelor neuniforme de non-răspuns. Criteriile de ponderare: sex, vârstă, educație, etnie, ocupație, regiune și mărimea localității. [↑](#footnote-ref-2)
3. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec/default/table?lang=en> (Accesat: 23/06/2022). [↑](#footnote-ref-3)
4. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_02_10/default/table?lang=en> (Accesat: 23/06/2022). [↑](#footnote-ref-4)
5. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_11/default/table?lang=en> (Accesat: 23/06/2022). [↑](#footnote-ref-5)
6. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_20/default/table?lang=en> (Accesat: 23/06/2022). [↑](#footnote-ref-6)
7. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_30/default/table?lang=en> (Accesat: 23/06/2022). [↑](#footnote-ref-7)
8. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_41/default/table?lang=en> (Accesat: 23/06/2022). [↑](#footnote-ref-8)
9. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_42/default/table?lang=en> (Accesat: 23/06/2022). [↑](#footnote-ref-9)
10. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_60/default/table?lang=en> (Accesat: 23/06/2022). [↑](#footnote-ref-10)
11. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_08_60/default/table?lang=en> (Accesat: 23/06/2022). [↑](#footnote-ref-11)
12. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_11_20/default/table?lang=en> (Accesat: 23/06/2022). [↑](#footnote-ref-12)
13. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_11_40/default/table?lang=en> (Accesat: 23/06/2022). [↑](#footnote-ref-13)
14. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_11_51/default/table?lang=en> (Accesat: 23/06/2022). [↑](#footnote-ref-14)