



**CONSILIUL NAȚIONAL AL
PERSOANELOR VÂRSTNICE**

Sănătatea, componentă esențială a calității vieții persoanelor vârstnice

**iunie
2013**

Cuprins:

Introducere	3
Capitolul 1: Sănătatea și îmbătrânirea în Uniunea Europeană	5
1.1. Uniunea Europeană și sănătatea publică.....	5
1.2. Sănătatea și societatea.....	9
1.3. Speranța de viață sănătoasă în Uniunea Europeană.....	14
Capitolul 2: Starea de sănătate în România	20
2.1. Strategia privind sănătatea în România.....	20
2.2. Programele naționale de sănătate în România pentru anii 2013 și 2014..	25
2.3. Speranța de viață sănătoasă a românilor.....	26
Capitolul 3: Sănătatea, o componentă esențială a calității vieții	
vârstnicilor	28
3.1. Aspecte de ordin metodologic.....	28
3.2. Analiza și interpretarea datelor.....	28
Concluzii	42
Propuneri	44
Bibliografie	46
Anexa (Chestionar)	47

Odată cu trecerea anilor, capacitatea vârstnicilor de a face față unor situații scade, indiferent de natura situației: probleme de sănătate, schimbare a mediului de viață, schimbare în structura familiei. Menținerea independenței și a calității vieții, oricare ar fi împrejurările, reprezintă țelul multor persoane vârstnice¹.

Numeroase studii au arătat că vârstnicii care rămân în căminul lor își păstrează independența mai mult timp, sunt mai bine conectați social, au sentimentul propriului control și al stării de bine, toate acestea influențând pozitiv starea de sănătate.

Oamenii de vârsta a III-a își doresc să fie sănătoși cât mai mult timp, pentru că ei consideră că încă mai au multe de făcut în viață. De aceea pun sănătatea mai presus de orice, pentru că atunci când ești sănătos poți să faci orice.

La vârsta a III a este nevoie de odihnă, aceasta fiind esențială pentru o funcționare normală a organismului, timpul necesar de odihna al unei persoane fiind de 8 ore pe noapte.

Persoanele vârstnice trebuie să acorde o deosebită atenție regimului alimentar. La indivizii de peste 65 de ani rația alimentară trebuie să furnizeze doar 2400 calorii /zi pentru bărbați și numai 2100 calorii /zi pentru femei. Nevoile calorice sunt mai mici odată cu înaintarea în vârstă. Trebuie evitat consumul în exces de proteinele, lipidele și glucidele simple. Alimentația va fi adaptată, de fapt, în funcție de bolile suferite pe parcursul vieții. Este esențial un aport corespunzător de vitamine și săruri minerale. Sărurile minerale pot fi luate din legume și fructe, fără a exista pericolul unui aport ridicat de colesterol (cum se întâmplă în cazul produselor lactate).

De asemenea, importantă în viața vârstnicilor este mișcarea. Astfel, făcând activități fizice minim 30 de minute pe zi, se vor menține cu un tonus bun și o balanță hormonală echilibrată. S-a constatat că activitatea fizică, dacă acesta este realizată în mod regulat și constant, este o armă eficientă în combaterea depresiei, reducând apariția ei. Prin exerciții fizice, mintea este eliberată de gânduri negative și îi dau acestora o stare de bine, de relaxare și confort.

Creativitatea este pentru sănătatea mentală la vârstnici un mod de existență. Creierul are nevoie de exerciții care să îl mențină în formă, și este la fel de necesară ca și activitatea fizică.

¹ Gabriela Cirstescu, Menținerea independenței vârstnicilor, un tel mai ușor de atins astăzi, www.mereutanar.com

Menținerea unei activități intelectuale continue ar diminua riscul de îmbolnăvire. Activități ca: cititul cu regularitate a unei cărți sau a ziarului și revistelor, rezolvarea rebusurilor, mersul la teatru sau concerte, participarea la diverse activități sociale sunt de recomandat persoanelor după ieșirea la pensie.

Astfel, momentele frumoase, de bucurie, fericire, inspirație, amuzament, iubire și învățare se vor reflecta în mod direct în starea de sănătate, de bunăstare, de succes, satisfacție, productivitate și de împlinire.²

² Blagoi Alina Maria, Cum să ai grijă de sănătatea ta mintală la vârsta a III-a?, 5 aprilie 2012
<http://psihologbun.wordpress.com/tag/batrani/>

Sănătatea și îmbătrânirea în Uniunea Europeană

1. Uniunea Europeană și sănătatea publică

Strategia privind sănătatea în Uniunea Europeană

În Uniunea Europeană există o strategie în domeniul sănătății intitulată „Împreună pentru sănătate” care susține strategia principală a Europei anului 2020 și anume de a transforma economia Uniunii Europene într-o economie inteligentă, durabilă și favorabilă pentru toate segmentele de populație³.

Strategia Uniunii Europene în domeniul sănătății identifică trei **obiective** principale de acțiune pentru următorii ani:

- a) Promovarea sănătății într-o Europă care îmbătrânește;
- b) Protejarea cetățenilor de amenințările care sunt la adresa sănătății;
- c) Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii.

Obiectivul 1: Promovarea sănătății într-o Europă care îmbătrânește

Promovarea sănătății și prevenirea bolilor sunt pietrele de temelie a strategiei sănătății publice în Europa. Strategia Uniunii Europene în domeniul sănătății stabilește acțiuni de promovare a unui mod de viață sănătos și de prevenire a bolilor cronice, prin abordarea factorilor determinanți ai sănătății, incluzând factorii stilului de viață, condițiilor de viață și de muncă, nutriției și activității fizice.

Promovarea sănătății este deosebit de importantă în contextul îmbătrânirii populației, îmbătrânire care este rezultată dintr-o combinație de speranță de viață mai mare și o rată scăzută a natalității. Previzunile arată că până în 2060, proporția cetățenilor cu vârstă de peste 65 de ani va crește de la 17% (2010) la aproape 30% din populația europeană.

Obiectivul 2: Protejarea cetățenilor de amenințările care sunt la adresa sănătății

Amenințările care sunt la adresa sănătății pot avea un impact serios asupra societății ce poate trece cu ușurință granițele naționale. În ultimii ani, Uniunea Europeană a trecut prin diverse crize cauzate de grave amenințări aduse la adresa sănătății. Aceste amenințări necesită un răspuns rapid și coordonat, de aceea la

³ Comisia Europeană, Sănătate Publică, http://ec.europa.eu/health/index_ro.htm

nivelul Uniunii Europene s-a stabilit o impresionantă cooperare între statele membre pentru a putea răspunde prompt la aceste amenințări.

Obiectiv 3: Promovarea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii

Sistemele de sănătate sunt supuse unei presiuni crescânde din cauza noilor provocări economice și epidemiologice, cum ar fi: creșterea prevalenței bolilor cronice și durabilitatea financiară a sistemelor de sănătate. Noile tehnologii pot contribui la eficiența și durabilitatea sistemelor de sănătate, în timp ce îmbunătățirea accesului la asistența medicală de înaltă calitate este în beneficiul cetățenilor europeni.

De asemenea, strategia Uniunii Europene privind sănătatea are la bază patru **principii**:

- a) O strategie bazată pe valori comune în sănătate
- b) Sănătatea este cea mai mare bogăție
- c) Sănătate în toate politicile
- d) Consolidarea vocii Uniunii Europene în domeniul sănătății

a) O strategie bazată pe valori comune în sănătate

Politica în domeniul sănătății ar trebui să se bazeze pe valori clare. În anul 2006, miniștrii sănătății din țările Uniunii Europene au adoptat o declarație în ceea ce privește valorile comune ale sănătății:

- universalitate;
- acces la o îngrijire de bună calitate;
- echitate și solidaritate în sistemele de asistență medicală din Uniunea Europeană;
- responsabilizarea cetățenilor (politica din sistemul sănătății trebuie să pună pacienții în centrul sistemului, încurajându-i să se implice în managementul propriilor nevoi de asistență medicală);
- bazată pe dovezile politice (politica din sănătate trebuie să se bazeze pe cele mai bune avize științifice, derivate din dovezi științifice și date fiabile);
- reducerea inegalităților în materie de sănătate între și în interiorul statelor membre este o provocare majoră pentru politica în domeniul sănătății. Acest lucru este esențial din cauza lacunelor din sănătate care contribuie la presiuni nedorite asupra dezvoltării sociale și economice a Uniunii Europene.

b) Sănătatea este cea mai mare bogăție

Asistența medicală reprezintă un sector important pentru creșterea economiei în Uniunea Europeană, iar acest lucru este influențat de către nivelul ridicat de inovare în acest domeniu, forța de muncă calificată, industria farmaceutică și dispozitivele medicale. De asemenea, investiția în domeniul sănătății poate ajuta în mod semnificativ atingerea obiectivelor strategiei „Europa anului 2020” în ceea ce privește educația, ocuparea forței de muncă, incluziunea socială, cercetarea și dezvoltarea. Investiția în prevenirea bolilor și promovarea sănătății este factor important în creșterea economiei având în vedere problemele actuale din sănătate.

c) Sănătate în toate politicile

Sănătatea este determinată într-o mare măsură de factori externi domeniului sănătății. O politică de sănătate eficientă necesită o abordare holistică și o coordonare în toate domeniile politice cum ar fi: politica socială și regională, impozitarea, mediul, transportul, energia, agricultura, educația și cercetarea.

d) Consolidarea vocii Uniunii Europene în domeniul sănătății

Problemele de sănătate la nivel mondial au un mare impact asupra politicii interne a Uniunii Europene și vice-versa. Sănătatea necesită, prin urmare, o abordare globală pentru a face față provocărilor. Uniunea Europeană ar trebui să consolideze dialogul cu țările care nu fac parte din uniune, dar și cu organizațiile internaționale și să asigure o cooperare internă și externă privind politica de promovare a sănătății.

Programul pentru sănătate în Uniunea Europeană

În baza tratatului fondator, Uniunea Europeană este obligată să garanteze că protecția sănătății umane este parte integrantă a tuturor politicilor sale și să coopereze cu statele membre pentru a ameliora sănătatea publică și pentru a preveni și elimina sursele de pericol la adresa sănătății fizice și mintale.

Strategia Uniunii Europene pentru protecția și ameliorarea sănătății umane este implementată în special prin programul în domeniul sănătății (unul dintre programele de punere în aplicare la nivel european a politicii în materie de sănătate).

Comisia Uniunii Europene a adoptat, în 2011, o propunere legislativă pentru cel de-al 3-lea program multianual (2014-2020). Noul program va ajuta țările Uniunii Europene să reacționeze eficient la provocările economice și demografice cu care se

confruntă sistemele lor de sănătate și să mărească speranța de viață în condiții bune de sănătate⁴.

Astfel, conform noului program sistemele europene de sănătate trebuie să fie reformate pentru a putea ține pasul cu schimbările demografice și sociale și pentru a le permite țărilor europene:

- să asigure o mai mare viabilitate a serviciilor medicale și să încurajeze inovarea în sănătate;
- să amelioreze sănătatea publică;
- să-și protejeze cetățenii împotriva unor amenințări transfrontaliere la adresa sănătății, precum epidemiile (pandemiile) de gripă.

Acest nou program pentru sănătate ar ajuta la finanțarea:

- aplicării unor soluții inovatoare care să amelioreze serviciile medicale;
- punerii în comun a resurselor și a „know-how”-ului țărilor UE pentru a face față problemelor comune, în timp ce guvernele naționale ar putea să își mențină controlul asupra propriilor sisteme sanitare.

Această propunere legislativă va putea funcționa prin finanțarea unui program european în valoare de 446 de milioane de euro, pe o perioadă de 7 ani.

Programul va finanța contracte de achiziție publică pentru organisme publice și private, autorități naționale, ONG-uri europene și organizații internaționale și ajută țările UE:

- să găsească soluții rentabile la provocările cu care se confruntă;
- să aibă sisteme sanitare mai flexibile și mai viabile.

De acest program ar beneficia în mod:

- Direct – toate autoritățile publice naționale și europene implicate în sistemul medical, organismele private, ONG-urile și grupurile de interese care contribuie la creșterea eficienței politicilor și sistemelor de sănătate în fața provocărilor de tip demografic și social.
- Indirect – toți cetățenii europeni, prin acces la servicii medicale de mai bună calitate și prin măsuri preventive și de promovare a sănătății.

Programul „Sănătate pentru creștere economică” ar urma să demareze în 2014 și să se deruleze până la sfârșitul lui 2020.

⁴ Comisia Europeană, Sănătate Publică, http://ec.europa.eu/health/index_ro.htm

Obiectivele generale ale programului „Sănătate pentru creștere economică” sunt să colaboreze cu statele membre pentru a încuraja inovarea în domeniul asistenței medicale și pentru a spori sustenabilitatea sistemelor de sănătate, pentru a îmbunătăți sănătatea cetățenilor UE și pentru a-i proteja de amenințări transfrontaliere la adresa sănătății.

La programul „Sănătate pentru creștere economică” pot participa organizații din statele membre ale UE, din țările SEE (Islanda, Liechtenstein și Norvegia), din țările vizate de politica de vecinătate și din Balcanii de Vest, în baza acordurilor specifice încheiate cu Uniunea Europeană.

Sunt încurajate să se implice și organizații din țările care nu participă la program, dacă acest lucru ajută la îndeplinirea obiectivelor programului. Aceste organizații pot fi invitate de parteneri din țările participante, dacă se consideră utilă contribuția lor. Totuși, nu pot contribui financiar și nici nu pot primi finanțare în cadrul programului.

Participarea este deschisă unei game largi de organizații, printre care:

- institute de cercetare și universități
- autorități publice
- ONG-uri
- firme comerciale

Regulile de participare diferă în funcție de modalitatea de finanțare a inițiativei. Detaliile sunt precizate în planul anual de lucru, iar cererile de propuneri se publică în fiecare an.

2. Sănătatea și societatea

Planurile Comisiei Europene privind eliminarea inegalităților în materie de sănătate sunt prezentate în *Comunicarea Comisiei - Solidaritatea în domeniul sănătății: reducerea inegalităților în UE*.

În prezent, aceste discrepanțe sunt semnificative. De exemplu:

- rata mortalității la copiii sub un an poate fi, în unele țări, de cinci ori mai mare decât în altele;
- speranța de viață la naștere variază cu 8 ani (în cazul femeilor) și cu 14 ani (în cazul bărbaților).

În toate țările membre, nivelul de îmbolnăvire și vârsta la care survine decesul sunt puternic influențate de factori precum ocuparea forței de muncă, venitul, nivelul educațional și apartenența etnică.

Uniunea Europeană acționează direct (prin politicile proprii) și indirect (prin autoritățile naționale și alți factori interesați) pentru a reduce discrepanțele existente în materie de îngrijiri de sănătate.

Pentru a reduce discrepanțele existente în materie de sănătate, un rol important le revine politicilor europene din următoarele domenii:

- sănătate publică și programele privind sănătatea publică;
- ocuparea forței de muncă, sănătate și siguranță la locul de muncă;
- politică socială;
- egalitate de șanse și drepturi fundamentale;
- diversitate și nediscriminare;
- cercetare (prin programele cadru ale UE);
- strategia Europa 2020 (prin promovarea dezvoltării economice durabile și a coeziunii sociale).
- strategia pentru dezvoltare durabilă a UE
- fondurile structurale ale UE (ca instrument de reducere a disparităților existente la nivelul condițiilor economice și de trai).

Țările Uniunii Europene și-au stabilit obiective comune care includ reducerea inegalităților din sănătate și creșterea accesului la asistență medicală.

Îmbătrânirea populației este una dintre cele mai importante provocări sociale și economice cu care se confruntă societățile europene și nu numai în secolul al XXI-lea. Fenomenul afectează toate statele membre și va avea un impact asupra tuturor domeniilor. Până în **2025**, peste **20% din europeni vor avea cel puțin 65 de ani**. De asemenea, se va produce o creștere rapidă a numărului celor de peste 80 de ani.

Deoarece persoanele vârstnice au nevoie de îngrijiri medicale speciale, sistemele sanitare vor trebui să se adapteze în așa fel încât să ofere asistența medicală corespunzătoare și să rămână viabile din punct de vedere financiar.

Parteneriatul european pilot pentru inovare privind îmbătrânirea activă și în condiții bune de sănătate își propune să mărească speranța de viață sănătoasă în Uniunea Europeană cu 2 ani până în 2020. Speranța de viață sănătoasă înseamnă numărul de ani pe care o persoană de o anumită vârstă se poate aștepta să îi trăiască în condiții bune de sănătate.

Reprezentând unul din indicatorii structurali folosiți la nivel european, „**speranța de viață sănătoasă**” combină date legate de mortalitate și morbiditate.

Alte măsuri la nivel european⁵:

Promovarea **îmbătrânirii sănătoase și demne** prin acordarea de sprijin țărilor Uniunii Europene pentru eficientizarea sistemelor naționale de sănătate. Combaterea maladiei Alzheimer și a altor tipuri de demență..

Parteneriatul european pentru inovare privind îmbătrânirea activă și în condiții bune de sănătate. Acest parteneriat vizează creșterea cu 2 ani a speranței de viață sănătoasă a europenilor, până în 2020, prin:

- îmbunătățirea stării de sănătate și a calității vieții (acordându-se o atenție specială persoanelor vârstnice);
- asigurarea durabilității și eficienței pe termen lung a sistemelor de sănătate și asistență socială;
- ameliorarea competitivității industriei europene, prin dezvoltarea activităților comerciale și pătrunderea pe noi piețe.

Atingerea obiectivului privind îmbătrânirea activă și în condiții bune de sănătate reprezintă o provocare pentru toate țările europene - un fapt pe care Europa îl poate valorifica, devenind lider mondial în furnizarea de răspunsuri inovatoare.

Parteneriatul presupune cooperarea dintre Comisia Europeană, statele membre, regiunile acestora, angajații sistemelor de sănătate și asistență socială, întreprinderi, organizații reprezentând persoanele vârstnice și pacienții etc.

Această abordare va putea îmbunătăți viața cetățenilor în vârstă, îi va ajuta să joace un rol activ în societate și va reduce presiunea asupra sistemelor de sănătate și asistență socială, contribuind astfel la o creștere economică durabilă.

În 2011, grupul de coordonare responsabil cu lansarea și punerea în aplicare a parteneriatului a elaborat un plan strategic de implementare și un plan operațional, documente în care a identificat câteva domenii prioritare de acțiune. În februarie 2012, Comisia Europeană a adoptat un Comunicat referitor la parteneriatul european pentru inovare privind îmbătrânirea activă și în condiții bune de sănătate, cu scopul de a sprijini planul strategic de implementare. Pentru a transforma planul în

⁵ Comisia Europeană, Sănătate Publică, http://ec.europa.eu/health/index_ro.htm

realitate, părțile interesate au început deja să colaboreze în cadrul unor grupuri de acțiune.

Speranța de viață sănătoasă (sau „speranța de viață fără invaliditate”) exprimă numărul anilor pe care o persoană ajunsă deja la o anumită vârstă i-ar mai putea trăi fără dizabilități. Acest indicator folosește la:

- monitorizarea stării de sănătate ca factor economic /de productivitate;
- introducerea conceptului de calitate a vieții;
- măsurarea posibilităților de angajare a lucrătorilor cu vârste mai înaintate;
- monitorizarea progresului în domeniul asistenței medicale - acces la servicii de calitate, viabilitatea sistemului etc.

Deși starea de sănătate a europenilor este mai bună ca niciodată, există încă diferențe mari între diversele grupuri sociale, fiecare confruntându-se cu propriile nevoi și provocări.

Unul dintre aceste grupuri este format de persoanele în vârstă. Strategia Uniunii Europene în domeniul sănătății își propune să contribuie la ameliorarea stării de sănătate pe parcursul înaintării în vârstă, promovând stiluri de viață sănătoase și prevenind bolile de-a lungul vieții. De asemenea, strategia accentuează nevoia de a îmbunătăți sănătatea tinerilor și de a lua în considerare diferențele existente între bărbați și femei în materie de sănătate.

Pentru a-i încuraja pe tineri să adopte stiluri de viață sănătoase încă de la o vârstă fragedă, Comisia Europeană ia măsuri în domenii esențiale precum alimentația și activitatea fizică, combaterea consumului de alcool și de tutun, sănătatea mintală, sănătatea sexuală, mediile de viață sănătoase, reducerea inegalităților din domeniul sănătății, combaterea consumului de droguri și prevenirea rănilor⁶.

Diferențele de natură biologică afectează în mod diferit sănătatea femeilor și a bărbaților, iar problemele care se ivesc necesită tratamente diverse. Chiar și în cazul bolilor care afectează ambele sexe, **rezultatele tratamentelor și accesul la asistență medicală** diferă de la o categorie la alta.

După cum s-a mai spus, până în 2025, peste 20% din europeni vor avea cel puțin 65 de ani. De asemenea, se va produce o creștere rapidă a numărului celor de peste 80 de ani. Astfel, persoanele în vârstă au nevoi speciale în materie de asistență medicală și, pe măsură ce populația îmbătrânește, sistemele sanitare trebuie să se adapteze pentru a putea oferi îngrijirile adecvate.

⁶ Comisia Europeană, Sănătate Publică, http://ec.europa.eu/health/index_ro.htm

Sănătatea publică este afectată de mai mulți factori de mediu, cum ar fi:

- poluanții atmosferici - cauzează boli respiratorii, alergii, intoxicații, cancer sau agravează aceste afecțiuni;
- mediile nesigure - pot provoca accidente, răni sau reticență față de practicarea activităților fizice;
- alți factori - substanțele chimice, alimentele contaminate, poluarea solului, condițiile de locuit, planificarea teritorială, zgomotul, apa, salubritatea etc.

Uniunea Europeană colaborează îndeaproape cu guvernele naționale și cu experți pentru a promova mediile sănătoase și pentru a contracara amenințările la adresa sănătății, printre care se numără și schimbările climatice.

În țările industrializate, **factorii de mediu** se află la originea unui număr important de afecțiuni. Bolile respiratorii și diversele tipuri de cancer provoacă îngrijorări majore, mai ales în condițiile în care copiii sunt expuși riscului mai mult decât adulții. Comisia a adoptat o abordare integrată, implicând toate părțile interesate. Abordarea include:

- strategia europeană privind mediul și sănătatea, cu accent deosebit pe situația copiilor;
- planul de acțiune privind mediul și sănătatea, cu scopul de a implementa strategia Uniunii Europene;
- grupul consultativ pe probleme de mediu și sănătate, pentru a implica cei mai importanți factori interesați.

Cu 235.000 de victime înregistrate anual, **răniile accidentale** ocupă locul 4 în clasamentul celor mai frecvente cauze de deces în UE. Ele includ accidentele de circulație, accidentele la locul de muncă, otrăvirile, înecul și căzăturile.

În măsura în care este posibil, Comisia Europeană contribuie la eliminarea cauzelor acestor răni, luând măsuri care vizează ameliorarea locuințelor, planificarea spațiilor urbane și rurale, promovarea activităților fizice.

Începând cu anii 1990, telefoanele mobile și alte aparate electronice au cunoscut o dezvoltare rapidă care a dus la creșterea substanțială a expunerii oamenilor zilnic la câmpuri electromagnetice. S-au accentuat, totodată, și preocupările privind posibilele efecte adverse asupra sănătății. În contextul acțiunilor privind câmpurile electromagnetice, Uniunea Europeană le-a cerut guvernelor naționale să evalueze gradul de expunere și să ia măsurile care se impun pentru a se asigura că limitele de siguranță nu sunt depășite.

3. Speranță de viață sănătoasă în Uniunea Europeană

Conform unui raport al Comisiei Europene, **starea de sănătate** s-a îmbunătățit semnificativ în țările europene, deși continuă să existe decalaje importante⁷.

Speranța de viață la naștere în statele membre ale UE a crescut cu peste 6 ani între 1980 și 2010. În medie, speranța de viață la naștere din Uniunea Europeană pentru perioada de trei ani 2008-2010 a fost de 75,3 ani pentru bărbați și 81,7 ani pentru femei. Franța a înregistrat cea mai ridicată speranță de viață pentru femei (85 de ani), iar Suedia pentru bărbați (79,4 ani). Cea mai scăzută speranță de viață la naștere din UE s-a înregistrat în Bulgaria și România pentru femei (77,3 ani), și în Lituania pentru bărbați (67,3 ani). Decalajul dintre statele membre ale UE cu cea mai mare și cele cu cea mai mică speranță de viață la naștere este de aproximativ 8 ani pentru femei și 12 ani pentru bărbați.

În medie, în Uniunea Europeană, în perioada 2008-10, speranța de viață sănătoasă la naștere, definită ca numărul de ani de viață fără limitări ale activității, a fost de 62,2 ani pentru femei și 61 de ani pentru bărbați. În această privință, decalajul dintre femei și bărbați este mult mai mic decât în cazul speranței de viață, reflectând faptul că o proporție mai mare din viața femeilor este petrecută cu limitări ale activității. În perioada 2008-2010, cea mai ridicată speranță de viață sănătoasă la naștere s-a înregistrat în Malta pentru femei și în Suedia pentru bărbați, iar cea mai scăzută în Republica Slovacă, atât pentru femei, cât și pentru bărbați.

Speranța de viață la 65 de ani, în Uniunea Europeană în perioada 2008-2010, a crescut substanțial în țările europene, cu o medie de 16,5 ani pentru bărbați și 20,1 ani pentru femei. La fel ca în cazul speranței de viață la naștere, în Franța s-a înregistrat cea mai ridicată speranță de viață la 65 de ani pentru femei (23,2 ani), dar și pentru bărbați (18,7 ani). Cea mai scăzută speranță de viață la 65 de ani din Uniunea Europeană s-a înregistrat în Bulgaria pentru femei (16,9 ani), și în Letonia pentru bărbați (13,2 ani).

Continuă să existe inegalități importante între grupurile socioeconomice în ceea ce privește speranța de viață. Atât pentru femei, cât și pentru bărbați, persoanele cu nivel de educație ridicat au o speranță de viață mai ridicată; de

⁷ Comisia Europeană, Sănătate Publică, Raport, http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_exs_ro.pdf

exemplu, în Republica Cehă bărbații de 65 de ani cu un nivel ridicat de educație au șanse de a trăi cu șapte ani mai mult decât bărbații cu aceeași vârstă dar cu un nivel scăzut de educație.

Este dificil să se estimeze contribuția relativă a numeroșilor factori de natură medicală și nemedicală care ar putea afecta variațiile speranței de viață de la o țară la alta. Veniturile naționale mai ridicate sunt, în general, asociate cu o speranță de viață (sănătoasă) mai mare, deși această relație este mai puțin pronunțată în cazul celor mai mari niveluri de venit, sugerând un „beneficiu descrescător”.

Bolile cronice precum diabetul, astmul și demența au o prevalență în creștere, care se poate explica fie prin îmbunătățirea diagnosticării, fie prin creșterea numărului efectiv de cazuri de boală. În 2011, peste 6% dintre persoanele cu vârste între 20 și 79 de ani din Uniunea Europeană (altfel spus 30 de milioane de persoane), aveau diabet. Pentru multe state membre ale UE, ameliorarea gestionării bolilor cronice a devenit o prioritate a politicii sănătății.

Conform aceluiași raport, **factorii de risc la adresa sănătății** sunt în schimbare⁸.

În majoritatea țărilor europene s-a obținut o reducere a consumului de tutun datorită campaniilor de sensibilizare publică, a interzicerii publicității și a creșterii impozitării. Procentul de adulți care fumează zilnic este sub 15% în Suedia și în Islanda, față de 30% în 1980. La cealaltă extremitate, peste 30% dintre adulții din Grecia fumează zilnic. Procentul de fumători continuă să fie ridicat în Bulgaria, Irlanda și Letonia.

Consumul de alcool a scăzut în multe țări europene. Reducerea publicității, restricțiile de vânzare și impozitarea s-au dovedit a fi măsuri eficiente. Țări tradițional producătoare de vin, precum Franța, Italia și Spania au înregistrat o scădere substanțială a consumului de alcool pe locuitor din anul 1980. Consumul de alcool pe adult a crescut semnificativ în anumite țări, printre care Cipru, Finlanda și Irlanda.

În Uniunea Europeană, 52% din populația adultă este în prezent supraponderală, iar din această proporție 17% suferă de obezitate. La nivel național, prevalența excesului de greutate și a obezității depășește 50% în 18 dintre cele 27 de state membre ale UE. Aceste niveluri sunt mult mai reduse în Franța, Italia și Elveția, deși ele sunt în creștere și în aceste țări. Frecvența obezității – care prezintă

⁸ Comisia Europeană, Sănătate Publică, Raport, http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_exs_ro.pdf

riscuri mai mari pentru sănătate decât excesul de greutate – variază de la 8% în România și în Elveția la peste 25% în Ungaria și în Regatul Unit. Rata obezității s-a dublat față de 1990 în multe țări europene. Obezitatea în creștere a afectat toate grupurile de populație, într-o măsură variabilă. Obezitatea tinde să fie mai răspândită în cadrul grupurilor sociale dezavantajate, în special pentru femei.

În raportul prezentat de Comisia Europeană, **numărul de medici și de asistenți medicali** pe locuitor este mai ridicat decât oricând în majoritatea țărilor, dar există preocupări privind deficitele actuale sau viitoare.

Asigurarea unui acces adecvat la asistența medicală este un obiectiv politic fundamental în toate statele membre ale UE. Pentru aceasta este necesar, printre altele, un număr adecvat de furnizori de asistență medicală, acolo unde aceștia sunt necesari pentru a satisface necesitățile populației. În multe țări europene există preocupări în legătură cu deficitele de medici și de asistenți medicali, deși este posibil ca recente reduceri ale cheltuielilor publice pentru sănătate din anumite țări să fi determinat o scădere cel puțin temporară a cererii.

Din anul 2000, numărul de medici ce revin la un locuitor a crescut în aproape toate statele membre ale UE. În medie, pe teritoriul Uniunii Europene numărul medicilor a crescut de la 2,9 medici pentru 1 000 de locuitori în anul 2000 la 3,4 medici în anul 2010. Creșterea a fost deosebit de rapidă în Grecia și în Regatul Unit.

În aproape toate țările, raportul dintre numărul de medici generalişti și cel de medici specialiști s-a modificat, în prezent existând mai mulți specialiști. Acest lucru se poate explica prin scăderea interesului pentru practicarea „medicinii de familie” tradiționale, împreună cu o creștere a diferenței de remunerare dintre generalişti și specialiști. În multe țări, creșterea lentă sau reducerea numărului de generalişti a reprezentat un motiv de îngrijorare în legătură cu accesul la asistența de bază pentru anumite grupuri de populație.

De asemenea, există preocupări în legătură cu posibile deficite de asistenți medicali, care s-ar putea intensifica în viitor în măsura în care cererea de asistenți continuă să crească, iar îmbătrânirea generației datorate exploziei demografice postbelice declanșează un val de pensionări în rândul asistenților. În cursul ultimului deceniu, numărul de asistenți medicali ce revin la un locuitor a crescut în aproape toate statele membre ale UE. Creșterea a fost mare în mod special în Danemarca, Franța, Portugalia și Spania. Cu toate acestea, recent a existat o reducere a

numărului de asistenți medicali din anumite țări care au fost cel mai puternic afectate de criza economică. În Estonia, numărul de asistenți medicali a crescut până în 2008, dar de atunci este în descreștere, cu o reducere de la 6,4 asistenți la 1.000 de locuitori în 2008 la 6,1 în 2010.

Tot din raportul Comisiei Europene, aflăm că deși în toate țările mai este loc pentru îmbunătățiri, **calitatea asistenței medicale** s-a ameliorat în majoritatea țărilor europene, în special pentru a evita spitalizarea persoanelor cu boli cronice⁹.

În toate țările europene au existat progrese privind tratarea afecțiunilor care pot provoca moartea, precum atacul de cord, accidentele cardiovasculare și cancerul. Ratele mortalității după spitalizarea în urma unui atac de cord (infarct acut miocardic) s-au redus cu aproape 50% între 2000 și 2009, iar pentru accidentele cardiovasculare cu peste 20%. Aceste progrese reflectă ameliorarea asistenței medicale pentru afecțiunile acute și un acces mai larg la unitățile dedicate accidentelor cardiovasculare în țări precum Danemarca și Suedia.

De asemenea, ratele de supraviețuire pentru diferite tipuri de cancer s-au îmbunătățit în majoritatea țărilor, ca urmare a detectării mai rapide și a eficacității crescute a tratamentelor. În timp ce ratele de supraviețuire în cazurile de cancer mamar rămân sub 80% în Republica Cehă și în Slovenia, ele au crescut cu peste 10 puncte procentuale între 1997-2002 și 2004-2009. De asemenea, aceste două țări au înregistrat și creșteri semnificative ale ratelor de supraviețuire pentru cancerul colorectal.

Calitatea asistenței este mai greu de monitorizat în sectorul asistenței medicale primare, deoarece în majoritatea țărilor există mai puține date decât pentru sectorul spitalicesc. Spitalizările care ar fi putut fi evitate sunt frecvent utilizate drept indicator fie pentru problemele de acces la asistența medicală primară, fie pentru calitatea și continuitatea asistenței. Există un consens general cu privire la faptul că astmul și diabetul ar trebui să fie în general tratate prin intervenții medicale primare, pentru a evita agravarea și o spitalizare costisitoare. Deși spitalizările pentru astm sunt scăzute în anumite țări, ele sunt mult mai ridicate în altele, precum Republica Slovacă. În toate țările europene, există prea multe spitalizări pentru diabet.

⁹ Comisia Europeană, Sănătate Publică, Raport,
http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_exs_ro.pdf

Creșterea cheltuielilor pentru sănătate a încetinit sau chiar a scăzut în multe țări europene.

Creșterea cheltuielilor pentru sănătate pe locuitor a încetinit sau a scăzut în termeni reali în 2010 în aproape toate țările europene, inversând tendința de creștere constantă. Cheltuielile începuseră deja să scadă în 2009 în țările cel mai puternic afectate de criza economică (de ex. Estonia și Islanda), dar acest lucru a fost urmat de reduceri mai mari în 2010, ca urmare a creșterii presiunilor bugetare și a ponderii datoriei în PIB. În medie, cheltuielile pentru sănătate din UE, pe locuitor, au crescut cu 4,6% pe an în termeni reali între 2000 și 2009, dar au scăzut cu 0,6% în 2010.

Reducerea cheltuielilor publice pentru sănătate s-au realizat printr-o serie de măsuri, printre care micșorarea salariilor și /sau a nivelului de ocupare a forței de muncă, creșterea plăților directe de către gospodării pentru anumite servicii și produse farmaceutice sau impunerea unor constrângeri bugetare stricte asupra spitalelor. De asemenea, s-a urmărit creșterea eficienței prin fuziunea unor spitale sau accelerarea trecerii de la spitalizări la tratamentul ambulatoriu și la chirurgia ambulatorie.

Ca rezultat al creșterii negative a cheltuielilor pentru sănătate în 2010, procentul din PIB dedicat sănătății a rămas neschimbat sau a scăzut ușor în multe state membre ale UE. În 2010, statele membre ale UE au dedicat în medie (neponderat) 9,0% din PIB cheltuielilor pentru sănătate, o creștere semnificativă față de procentul de 7,3% din 2000, dar o ușoară scădere față de valoarea maximă de 9,2% din 2009.

În 2010 cea mai mare proporție din PIB a fost alocată sănătății de Olanda (12%), urmate de Franța și Germania (11,6%). În privința cheltuielilor pentru sănătate pe locuitor, nivelurile cele mai ridicate dintre statele membre ale UE, s-au înregistrat în Olanda (3 890 EUR), Luxemburg (3 607 EUR) și Danemarca (3 439 EUR) . Acestea au fost urmate de Austria, Franța și Germania, cu peste 3 000 EUR pe locuitor. Bulgaria și România au fost țările cu cel mai scăzut nivel al cheltuielilor, respectiv aproximativ 700 EUR.

Sectorul public este principala sursă de finanțare a sănătății în toate țările europene cu excepția Ciprului. În 2010 aproape trei sferturi (73%) din totalul cheltuielilor pentru sănătate din statele membre ale UE au fost finanțate public. Finanțarea sistemului public a reprezentat peste 80% în Olanda, țările nordice (cu excepția Finlandei), Luxemburg, Republica Cehă, Regatul Unit și România. Cele mai

mici proporții s-au înregistrat în Cipru (43%) și în Bulgaria, Grecia și Letonia (55-60%).

În unele țări criza economică a afectat raportul dintre finanțarea sistemului de sănătate public și a celui privat. Cheltuielile publice pentru anumite produse și servicii au fost reduse, fiind frecvent însoțite de creșteri ale nivelului plăților directe efectuate de către gospodării. În Irlanda, proporția finanțării publice a cheltuielilor pentru sănătate a scăzut cu aproape 6 puncte procentuale între 2008 și 2010, ea fiind în prezent de 70%, în timp ce proporția plăților directe efectuate de către gospodării a crescut. De asemenea, au existat reduceri importante în Bulgaria și în Republica Slovacă.

După finanțarea publică, în majoritatea țărilor UE principala sursă de finanțare a cheltuielilor pentru sănătate este reprezentată de plățile directe. Finanțarea din asigurările private de sănătate are un rol semnificativ doar în câteva țări. În 2010, proporția plăților directe a fost cea mai ridicată în Cipru (49%), Bulgaria (43%) și Grecia (38%). Ea a fost cea mai scăzută în Olanda (6%), Franța (7%) și Regatul Unit (9%). Această proporție a crescut în ultimul deceniu în aproximativ jumătate dintre statele membre ale UE, mai ales în Bulgaria, Cipru, Malta și Republica Slovacă.

Criza economică și constrângerile bugetare în creștere au creat presiuni suplimentare asupra sistemelor de sănătate din multe țări europene. Mai multe dintre țările cel mai puternic afectate de criză au luat o serie de măsuri de reducere a cheltuielilor publice pentru sănătate. Va fi important să se monitorizeze îndeaproape impactul pe termen scurt și lung al acestor măsuri asupra asigurării calității și a accesului adecvat la asistență, obiective fundamentale ale sistemelor de sănătate din țările europene.

Starea de sănătate în România

2.1. Strategia privind sănătatea în România

Ministerul Mediului și Schimbărilor Climaterice a elaborat o strategie națională pentru o dezvoltare durabilă a României pentru anii 2013 – 2020 – 2030. În această strategie națională de dezvoltare durabilă este prezentat și obiectivul general al sănătății publice: *Promovarea unor servicii medicale de calitate în condiții de egalitate și îmbunătățirea protecției împotriva amenințărilor la adresa sănătății*¹⁰.

Sănătatea publică a devenit în mod oficial un domeniu care intră în competența Uniunii Europene, în condițiile respectării principiului subsidiarității, odată cu adoptarea Tratatului de la Maastricht, iar prin Tratatul de la Amsterdam s-a stipulat că toate politicile în alte domenii-cheie ale activității comunitare trebuie să țină cont de cerințele de protecție a sănătății umane. Regulamentele, directivele și deciziile adoptate de-a lungul timpului în cadrul Uniunii Europene fac parte din acquis-ul comunitar și sunt obligatorii pentru statele membre. Resursele alocate domeniului sănătății și sistemelor de sănătate în statele din nucleul central al Uniunii Europene se ridică la circa 8,5% din PIB, reprezentând în medie, cu variații de la țară la țară, 1.600 euro pe locuitor.

Deși nu există încă un sistem medical european unitar ci numai modele de referință (german, francez, britanic, scandinav), este evidentă tendința spre adoptarea unor standarde și protocoale comune pentru efectuarea și evaluarea tratamentelor, acțiunilor de prevenție și stării generale a populației, în condițiile în care toate sistemele din țările UE sunt de tip social și se bazează pe principiul solidarității (asigurații beneficiază egal de servicii, deși contribuțiile lor variază după venit).

Orizont 2013. Obiectiv național: *Îmbunătățirea structurii sistemului de sănătate, a calității actului medical și a îngrijirilor furnizate în cadrul serviciilor de sănătate; ameliorarea stării de sănătate a populației și creșterea performanței sistemului de sănătate.*

¹⁰ Guvernul României, Ministerul Mediului și Schimbărilor Climaterice, Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030, 2008

România nu dispune încă de o viziune strategică pe termen mediu și lung în domeniul sănătății publice pentru atingerea parametrilor medii de performanță din celelalte țări ale Uniunii Europene și pentru integrarea organică a acestor preocupări în strategiile naționale și programele operaționale sectoriale sau tematice.

Principalele direcții de activitate stipulate pe termen scurt sunt:

a) Creșterea accesibilității la serviciile medicale:

- Implementarea de programe naționale de sănătate care să răspundă problemelor de sănătate publică prioritare și nevoilor grupurilor vulnerabile prin:
 - dezvoltarea capacității de reacție rapidă la amenințările la adresa sănătății prin eficientizarea structurii existente de supraveghere și răspuns în privința bolilor transmisibile, cu o capacitate de notificare și verificare imediată, 24 ore pe zi, în tot cursul anului;
 - reducerea impactului asupra sănătății publice a bolilor transmisibile cu impact major precum și a bolilor cronice; focalizarea acțiunilor preventive și de asigurare de servicii de bază către populațiile aflate în situație de risc crescut; stabilirea unor pachetele minime de îngrijiri medicale asigurate pentru grupurile vulnerabile; introducerea unor sisteme de raportare standardizată și de evaluare periodică pe baza unor indicatori specifici;
 - promovarea unor intervenții asupra determinantilor stării de sănătate prin ierarhizarea factorilor de risc pe diferite grupuri de populație; instituirea unor programe de educație pentru sănătate și de informare asupra riscurilor, inclusiv în privința sedentarismului, nutriției, consumului de tutun, alcool și droguri psihotrope, nivelului și calității instalațiilor sanitare și a igienei din locuințe, siguranței alimentare; evaluarea eficacității campaniilor de conștientizare și ajustarea lor în vederea creșterii impactului pe termen lung;
 - Deplasarea accentului către serviciile preventive de sănătate.
- Dezvoltarea și modernizarea infrastructurii furnizorilor de servicii medicale și dotarea acestora cu aparatură, echipamente și mijloace de transport specifice prin construirea a 28 spitale de urgență noi (8 regionale universitare și 20 județene), reabilitarea a 15 spitale județene de urgență; realizarea dotării cu aparatura și echipamente medicale, inclusiv cu mijloace de transport specifice, prin licitații publice deschise.
- Dezvoltarea resurselor umane prin identificarea unor facilități pentru atragerea personalului medical în zone izolate, defavorizate economic; deplasarea în

asemenea zone a unor echipe medicale mobile pentru evaluarea stării de sănătate a populației și a riscurilor specifice, precum și pentru desfășurarea de activități de educație pentru sănătate; extinderea rețelei de asistență medicală comunitară integrată; definirea rolului asistenților medicali comunitari și formarea profesională a acestora (angajarea a 500 persoane pe an dintre care 50 de etnie romă); producerea de materiale informative și educaționale specifice; implementarea unui sistem de indicatori pentru evaluarea performanței.

- Stabilirea listei de medicamente esențiale pentru sănătatea populației care să fie acoperite total sau parțial prin sistemul de asigurări sociale de sănătate.

b) Creșterea calității serviciilor medicale:

- Asigurarea continuității actului medical prin creșterea ponderii îngrijirilor la domiciliu, asistenței medicale primare și serviciilor de specialitate acordate în ambulator.
- Realizarea compatibilității cu sistemele de sănătate din celelalte țări membre ale UE prin adoptarea de standarde pentru produse și tehnologii medicale, formarea profesională și crearea unor rețele de informare; introducerea și utilizarea conceptelor de medicină bazată pe dovezi și evaluare a tehnologiilor medicale; standardizarea măsurilor de siguranță a pacienților.
- Creșterea competențelor profesionale ale personalului medical, în special a medicilor, prin îmbunătățirea pregătirii profesionale de bază; introducerea unor criterii mai severe pentru obținerea licenței de medic și pentru formarea profesională a asistenților medicali și a infirmierilor; re-evaluarea specialităților și atestatelor conform standardelor de bază practicate în UE; creșterea abilităților de comunicare ale personalului medical.
- Introducerea unor practici medicale unitare bazate pe ghiduri de practică și protocoale clinice.
- Evaluarea spitalelor în perspectiva obținerii acreditării prin: constituirea unei Comisii Naționale de Acreditare a Spitalelor (CNAS); precizarea competențelor pe tipuri de spitale; elaborarea procedurilor, standardelor și metodologiei de acreditare; acreditarea tuturor spitalelor.

c) Îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate prin creșterea transparenței în utilizarea fondurilor; informatizarea sistemului în scopul evidențierii costurilor reale ale serviciilor medicale; întărirea capacității de evaluare, audit statutar și control financiar; întărirea disciplinei financiare; dezvoltarea de parteneriate pentru

furnizarea de servicii medicale și nemedicale, externalizarea unor servicii; reprofilarea unor unități neperformante; încurajarea cooperării și parteneriatelor cu sectorul privat, organizațiile neguvernamentale și societatea civilă; înființarea de secții private în spitale publice; cultivarea unui mediu concurențial real între furnizorii de servicii de sănătate.

d) Descentralizarea sistemului sanitar prin transferul de competențe, atribuții și responsabilități către administrația publică locală; preluarea de către autoritățile locale a activităților de promovare și educație pentru sănătate, a competențelor legate de recrutarea, formarea și evaluarea activității mediatorilor sanitari și asistenților comunitari precum și a celor legate de asistența medicală, inclusiv de medicina dentară, în unitățile de învățământ; realizarea, într-o primă etapă, a transferului spitalelor orășenești, comunale și a centrelor de sănătate, iar în a doua etapă a spitalelor municipale în administrarea efectivă a autorităților și comunităților locale; evaluarea intermediară la 6 luni și finală după 1 an a rezultatelor obținute în fiecare etapă și operarea corecturilor necesare.

e) Reorganizarea instituțională a Ministerului Sănătății, a structurilor din subordinea sau coordonarea sa.

Viitoarele programe în domeniu vor trebui să țină seama în mai mare măsură de evoluțiile demografice mai mult decât îngrijorătoare și să se concentreze pe efectele asupra sănătății populației generate de mobilitatea transfrontalieră, recrudescența unor maladii transmisibile, modificarea morbidității prin creșterea incidenței bolilor cardiace și a celor provocate de diabet, obezitate, cancer și afecțiuni neuropsihice. O atenție specială va trebui să fie acordată problemelor specifice de sănătate care pot surveni drept consecință a schimbărilor climatice. Este, de asemenea, necesară implicarea activă a serviciilor de sănătate publică în acțiunile menite să ducă la realizarea unei calități a mediului în care nivelul contaminanților produși de om să nu aibă un impact semnificativ și să nu reprezinte un risc pentru sănătatea umană. Aceasta presupune:

- Identificarea riscului pe care îl prezintă pentru sănătatea umană diferitele categorii de contaminanți; substanțele periculoase trebuie să devină obiectul unor proceduri specifice de management al riscului înainte ca acestea să fie utilizate;
- Identificarea și evaluarea traseelor pe care contaminanții ajung în organismul uman și stabilirea celui mai eficient mod de acțiune pentru a diminua nivelul de expunere sau, cel puțin, aducerea acestui nivel la valori acceptabile;

- Fixarea anumitor priorități mediu-sănătate la stabilirea politicilor specifice prin care se urmărește eliminarea contaminanților sau utilizarea substanțelor nepericuloase în produse și în procesele de producție.

Orizont 2020. Obiectiv național: *Atingerea unor parametri apropiați de nivelul mediu actual al stării de sănătate a populației și al calității serviciilor medicale din celelalte state membre ale UE; integrarea aspectelor de sănătate și demografice în toate politicile publice ale României¹¹.*

Având în vedere obiectivele strategice ale sectorului sanitar și măsurile preconizate pentru perioada anterioară, începând cu anul 2014 vor fi consolidate noile structuri instituționale, în special pentru asigurarea calității serviciilor de asistență medicală în condițiile descentralizării și managementului pe programe. Se vor iniția noi măsuri, inclusiv prin inițiative legislative, pentru fundamentarea deciziilor în domeniul politicilor de sănătate prin analiza performanței sistemului în funcție de rezultate, evaluarea tehnologiilor, efectuarea sistematică de cercetări privind eficiența sistemului.

Prin implementarea principalelor programe de sănătate, se prevede continuarea tendinței descrescătoare în privința mortalității și morbidității infantile și materne, a incidenței îmbolnăvirilor și mortalității provocate de boli transmisibile și cancer (scădere cu 50%). În acest scop, se va trece la al doilea val de servicii organizate la nivelul populației pentru prevenția secundară în privința cancerului de col uterin, a incidenței și mortalității provocate de cancer de sân și de colon.

Va continua creșterea procesului de acoperire a populației cu servicii de bază cum ar fi asistența de urgență, creșterea cu 50% a accesului la servicii de asistență medico-sanitară (îngrijiri pe termen lung) a populației de vârstă a treia, creșterea acoperirii cu servicii paliative la 60% din necesar și cu servicii de asistență de psihiatrie comunitară la 70% din necesar.

Orizont 2030. Obiectiv național: *Alinierea deplină la nivelul mediu de performanță, inclusiv sub aspectul finanțării serviciilor de sănătate, al celorlalte state membre ale UE¹².*

¹¹ Guvernul României, Ministerul Mediului și Schimbărilor Climaterice, Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030, 2008

¹² Guvernul României, Ministerul Mediului și Schimbărilor Climaterice, Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030, 2008

România se va alinia, în linii generale, la cerințele și standardele UE privind accesul la serviciile de bază privind asistența de urgență, asistența medicală primară, controlul cancerului, asigurarea cu servicii de sănătate mintală la nivelul comunității.

2.2. Programele naționale de sănătate în România pentru anii 2013 și 2014

Ministerul Sănătății a lansat în martie, în dezbateri publice, un proiect de Hotărâre de Guvern privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014.

Actul normativ asigură cadrul legal pentru derularea programelor naționale de sănătate în perioada 2013-2014.

Schimbările preconizate prin acest act normativ sunt următoarele¹³:

- *reproiectarea programelor naționale de sănătate în acord cu prioritățile de sănătate publică identificate la nivel național;*
- *direcționarea programelor naționale de sănătate finanțate din bugetul Ministerului Sănătății spre activități de îmbunătățire a sănătății publice, prevenire a bolilor și evitarea surselor de pericole pentru sănătate;*
- *redefinirea rolurilor și atribuțiilor Ministerului Sănătății și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în finanțarea, gestionarea resurselor și derularea programelor naționale de sănătate.*

Aceste programe naționale reprezintă un ansamblu de acțiuni multianuale orientate spre principalele domenii de intervenție ale asistenței de sănătate publică. Ele sunt derulate în mod distinct de către Ministerul Sănătății - pentru programele naționale de sănătate publică - și de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate - pentru programele naționale de sănătate curative.

Actul prevede că programele naționale de sănătate publică se finanțează de la bugetul Ministerului Sănătății, din bugetul de stat și din venituri proprii, precum și din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări, iar programele naționale de sănătate curative se finanțează de la bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări.

În anul 2013, finanțarea programelor naționale de sănătate se realizează inclusiv din transferuri de la bugetul de stat și din venituri proprii, prin bugetul Ministerului Sănătății, către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de

¹³ Alexandru Boiciuc, Lege start, Sănătate, <http://legestart.ro/programele-nationale-de-sanatate-pentru-anii-2013-si-2014/>, 2013

sănătate. Sumele alocate programelor naționale de sănătate sunt aprobate anual prin legea bugetului de stat.

Programele naționale de sănătate sunt elaborate de către Ministerul Sănătății (cu participarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate), care, totodată, elaborează și aprobă normele tehnice de realizare a acestor programe.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează și aprobă normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative.

2.3. Speranța de viață sănătoasă a românilor după 50 de ani, comparativ cu celelalte state europene

Românii și slovacii se numără printre locuitorii statelor europene care au cele mai puține șanse de a duce o viață sănătoasă după vârsta de 50 de ani, conform datelor furnizate de Eurostat, biroul de statistică al Uniunii Europene (EU)¹⁴.

Femeile din țara noastră se pot aștepta, la naștere, să aibă o viață sănătoasă timp de 57 de ani. La vârsta de 50 de ani ele mai pot spera la încă 12 ani de viață în aceleași condiții, iar la vârsta de 65 de ani ele pot spera la alți 5 ani.

Bărbații din România se pot aștepta la vârsta de 50 de ani să mai ducă o viață sănătoasă încă 13 ani, iar la vârsta de 65 de ani pot spera la alți 8 ani în aceleași condiții.

La naștere, atât femeile, cât și bărbații din cele 27 de state membre ale Uniunii Europene se pot aștepta să aibă o viață sănătoasă timp de 62 de ani. La vârsta de 50 de ani, ei se pot aștepta să mai aibă timp de 18 ani o stare de sănătate bună, în timp ce la vârsta de 65 de ani, ei se pot aștepta la alți 9 ani în care vor avea o stare de sănătate bună.

Cel mai mare număr de ani la care se așteaptă, la naștere, locuitorii unui stat european să ducă o viață sănătoasă se înregistrează în cazul cetățenilor din Malta (71 de ani în cazul femeilor și 70 de ani în cazul bărbaților), ei fiind urmați de suedezi (70 pentru femei și 71 pentru bărbați), de luxemburghezi, de greci și de irlandezi (67 pentru femei și 66 pentru bărbați).

La polul opus, se găsesc slovacii și slovenii care se pot aștepta la naștere să se bucure de o viață sănătoasă până la vârsta de 52 de ani, respectiv până la vârsta de 54 de ani în cazul ambelor sexe.

¹⁴ Corina VÂRLAN, Gândul, Barometru EUROSTAT. Speranța de viață sănătoasă a românilor după 50 de ani, 2013

La 50 de ani, atât femeile, cât și bărbații se mai pot aștepta la peste 20 de ani fără probleme de sănătate dacă sunt locuitori ai unor state precum Suedia (26 de ani în cazul femeilor și 25 de ani în cazul bărbaților), Malta (23 de ani în cazul ambelor sexe) și Danemarca (22 de ani în cazul ambelor sexe). Slovacia se află, și de această dată, pe ultimul loc în clasament aici, atât bărbații cât și femeile, putând să mai ducă o viață sănătoasă doar 10 ani.

La vârsta de 65 de ani, cei care se pot aștepta să mai ducă o viață sănătoasă pentru încă 14-15 ani sunt tot suedezii, în timp ce slovacii nu pot spera decât la 3-4 ani de viață în condiții de sănătate bune.

Sănătatea, o componentă esențială a calității vieții vârstnicilor

Pentru a cunoaște modul în care este percepută sănătatea ca o componentă a calității vieții persoanelor vârstnice, Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice a realizat o cercetare sociologică, la nivel național, care a vizat în principal relaționarea stării de sănătate cu o serie de indicatori economici, sociali și culturali.

Cercetarea s-a realizat în colaborare cu consiliile județene ale persoanelor vârstnice și cele ale sectoarelor municipiului București și a cuprins **34 de județe și 5 sectoare** ale municipiului București, respectiv un **eșantion de 406 persoane cu vârsta cuprinsă între 60 și peste 85 ani**.

3.1. Aspecte de ordin metodologic

Pentru obținerea informațiilor a fost folosit un chestionar, iar tehnica de cercetare folosită pentru completarea chestionarului (*anexat*) a fost ancheta directă, față în față, realizată prin interviuarea persoanelor vârstnice de către membri ai consiliilor persoanelor vârstnice județene, respectiv ale sectoarelor municipiului București, cărora li s-au transmis materiale de instruire în acest sens.

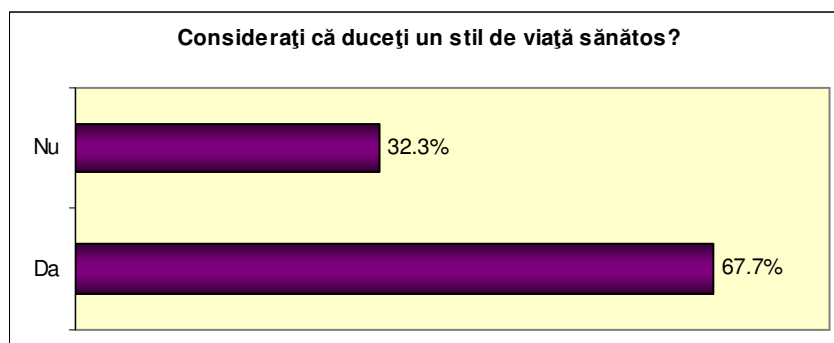
Cu ajutorul chestionarului s-au obținut informații legate de stilul de viață al persoanelor vârstnice, calitatea vieții, starea de sănătate, gradul de satisfacție în ceea ce privește sistemul de îngrijire al sănătății din România, dar și serviciile oferite de medicul specialist.

3.2. Analiza și interpretarea datelor

Prin cercetarea de teren, reprezentanții Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice au avut ca obiectiv să determine care este starea subiectivă de sănătate a persoanelor vârstnice, care este punctul de vedere al acestora privind factorii care duc la creșterea calității vieții și gradul de încredere în sistemul medical din România.

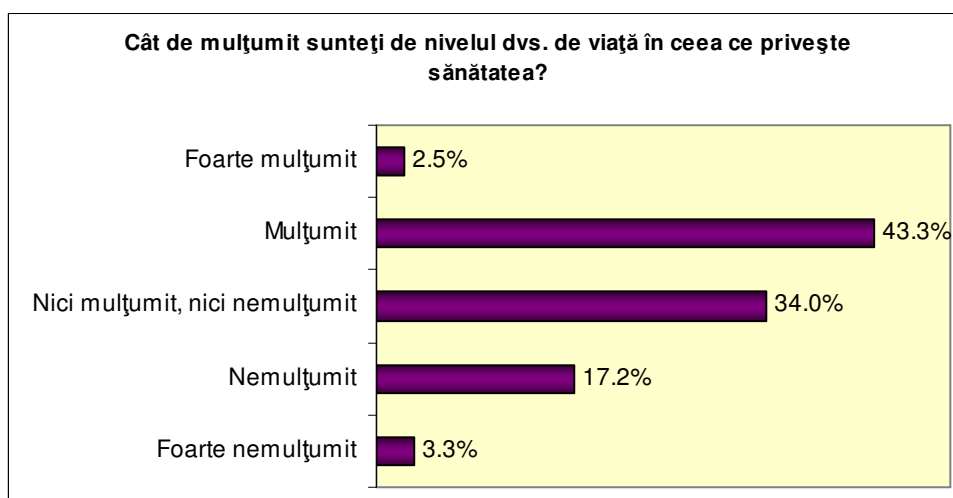
Din persoanele intervievate, 67,7% consideră că duc un stil de viață sănătos, în timp ce 32,3% au răspuns că nu consideră că stilul lor de viață este sănătos.

Grafic nr.1 Percepția privind stilul de viață



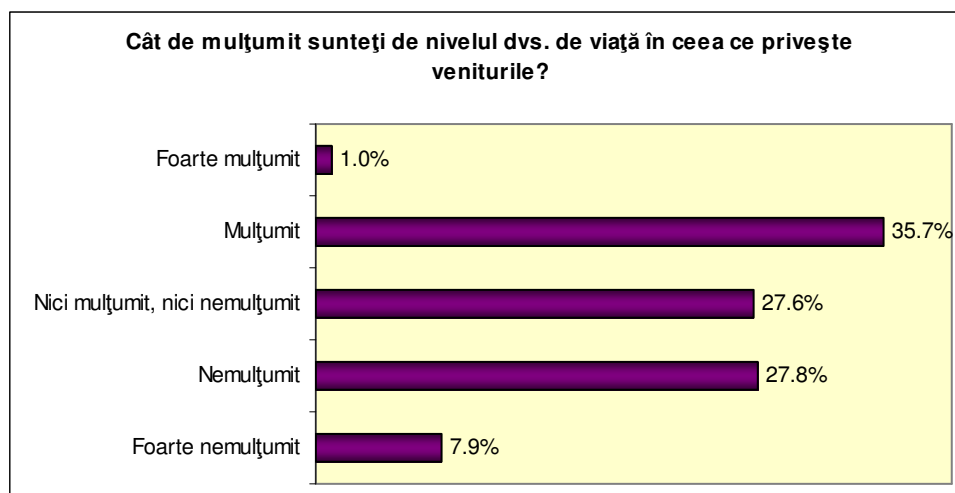
În continuare, persoanele vârstnice au fost întreabate cât de mulțumite sunt de nivelul de viață în ceea ce privește următorii indicatori: sănătatea, veniturile, activitățile culturale și recreative și viața socială. Astfel, referitor la indicatorul *sănătate*, 43,3% din persoanele intervievate au declarat că sunt mulțumite, în timp ce 34,0% au declarat că nu sunt nici mulțumite, nici nemulțumite. Un procent de 17,2% din persoanele intervievate au declarat că sunt nemulțumite.

Grafic nr. 2 Gradul de satisfacție privind sănătatea



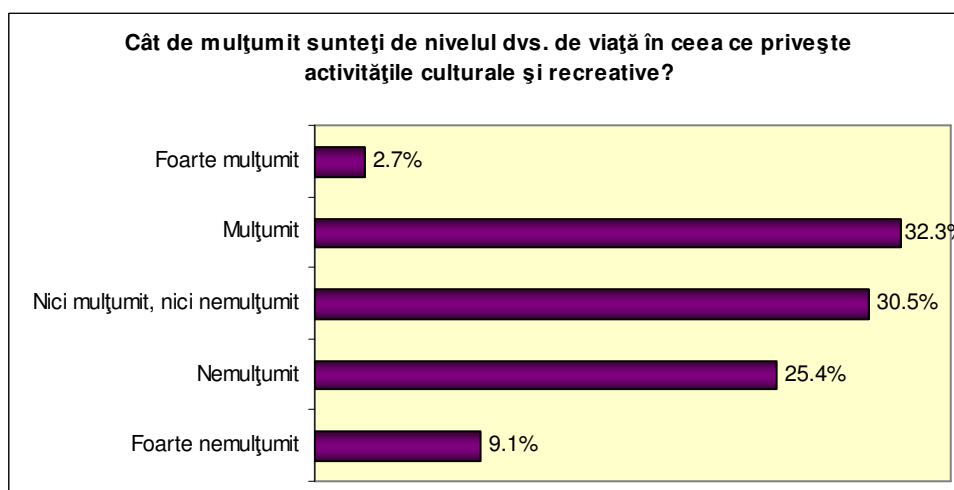
Referitor la gradul de mulțumire față de nivelul de viață în raport cu indicatorul *venituri*, avem următorul rezultat: 35,7% din persoanele intervievate au declarat că sunt mulțumite, 27,6% au spus că nu sunt nici mulțumite, nici nemulțumite. Un procent de 27,8% din persoanele intervievate au declarat că sunt nemulțumite.

Grafic nr. 3 Satisfacția privind veniturile



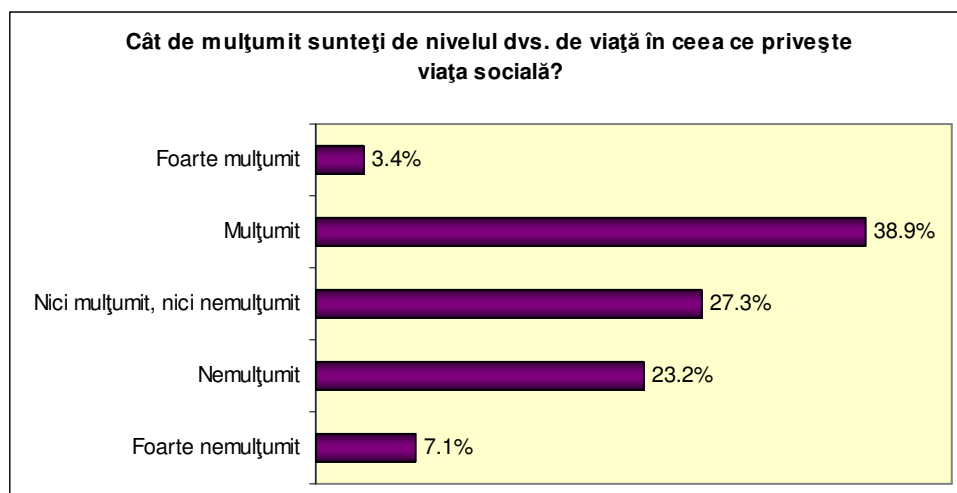
În ceea ce privește exprimarea gradului de mulțumire asupra nivelului de viață apreciat în raport cu indicatorul *activități culturale și recreative*, avem următorul rezultat: 32,3% din persoanele intervievate au declarat că sunt mulțumite, 30,5% au spus că nu sunt nici mulțumite, nici nemulțumite. Un procent de 25,4% din persoanele intervievate au declarat că sunt nemulțumite.

Grafic nr. 4 Gradul de mulțumire privind activitățile culturale și recreative



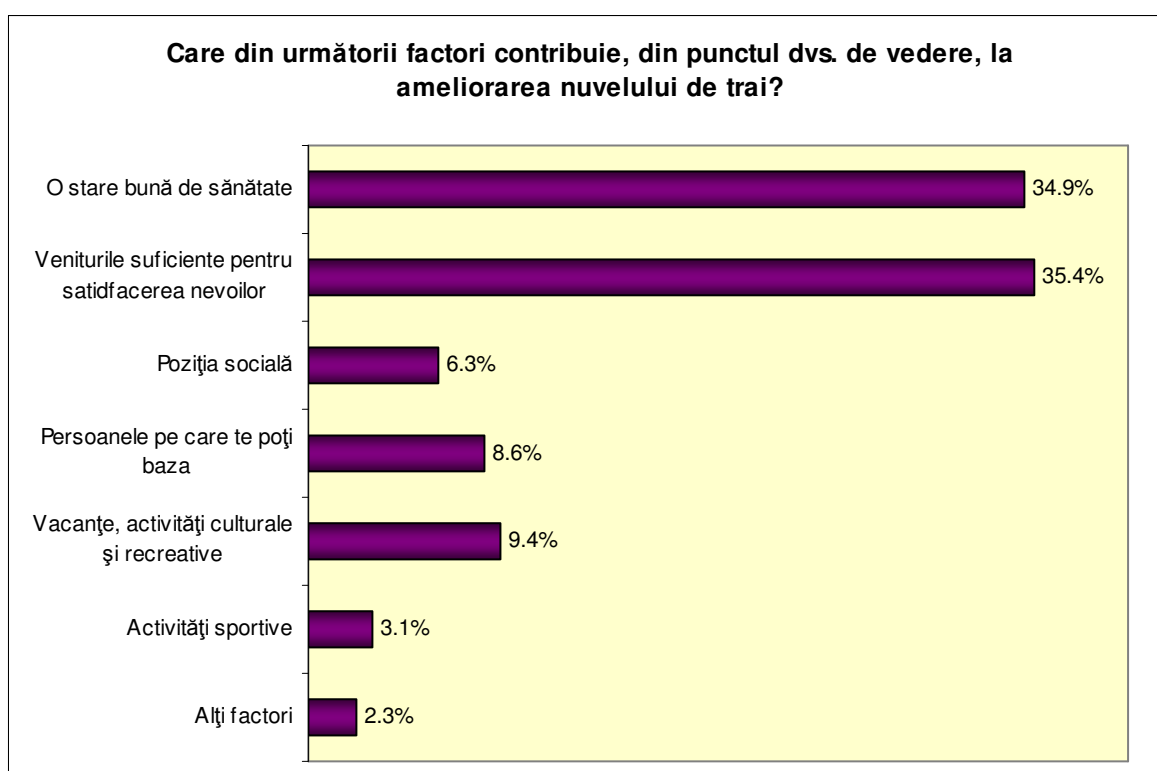
Ultimul indicator care a măsurat gradul de mulțumire al nivelului de viață a fost legat de *viața socială*. Astfel, 38,9% dintre persoanele intervievate au declarat că sunt mulțumite, în timp ce 23,2% au declarat că nu sunt mulțumite. De asemenea, un procent de 27,3% au răspuns că nu sunt nici mulțumite, nici nemulțumite de viața socială pe care o au.

Grafic nr. 5 Satisfacția privind viața socială



În ceea ce privește factorii care ameliorează cel mai mult calitatea vieții, *veniturile suficiente pentru satisfacerea nevoilor* se află printre primii trei, cu o pondere de 35,4%. O pondere apropiată deține *starea bună de sănătate* (34,9%), urmată de *vacanțe, activități culturale și recreative* cu o pondere de numai 9,4%. De aici, putem concluziona că persoanele vârstnice pun cel mai mare accent pe nivelul veniturilor, ca o condiție pentru îndeplinirea tuturor celorlalte, dar și sănătatea este apreciată ca fiind o componentă importantă a vieții lor, diferența fiind de mai puțin de un punct procentual între cei doi indicatori.

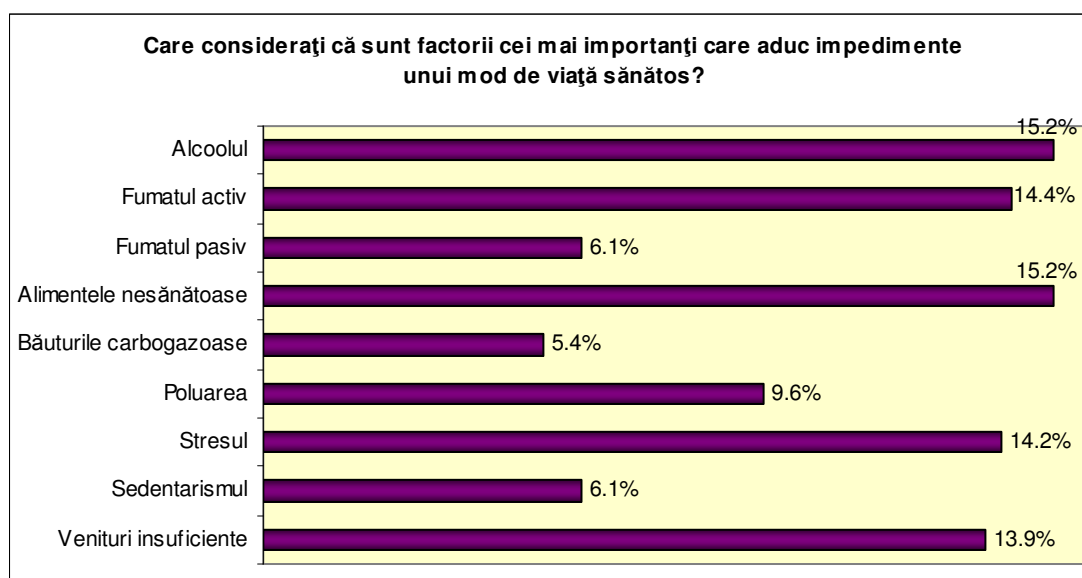
Grafic nr. 5 Factori în ameliorarea nivelului de trai



De asemenea, persoanele intervievate au considerat că în afara factorilor, care contribuie la ameliorarea nivelului de trai, enumerați, mai pot fi menționați și alții, cum ar fi: sistemul magazinelor de tip economat sau activități pentru îmbătrânirea activă.

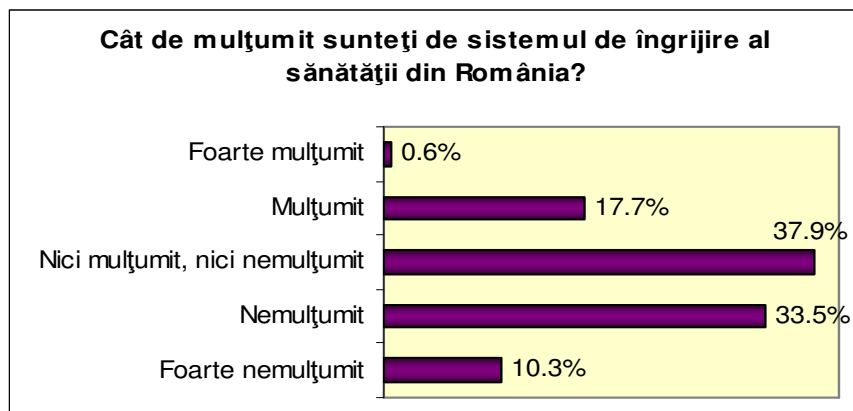
În continuare, persoanelor vârstnice intervievate li s-a cerut să precizeze care consideră că sunt factorii cei mai importanți care aduc impedimente unui mod de viață sănătos. În urma analizei, s-a constatat că primii trei factori clasauți sunt: alcoolul – 15,2%, alimentele nesănătoase – 15,2% și fumatul activ – 14,4%. Persoanele intervievate consideră că și stresul – 14,2%, dar și veniturile insuficiente – 13,9%, sunt factori importanți care aduc impedimente unui mod de viață sănătos.

Grafic nr. 6 Factori care împiedică un mod de viață sănătos



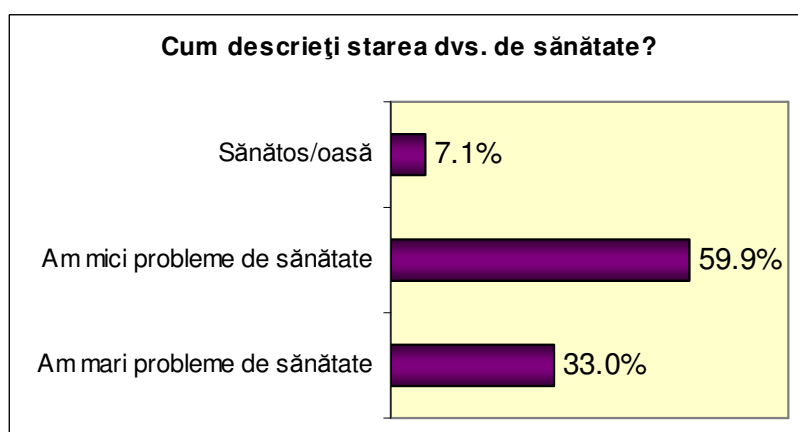
Referitor la gradul de mulțumire al persoanelor vârstnice în ceea ce privește sistemul de îngrijire al sănătății în România, se constată că din persoanele intervievate 37,9% au declarat că nu sunt nici mulțumiți, nici nemulțumiți, iar 33,5% au declarat că sunt nemulțumiți. Doar 17,7% dintre persoanele intervievate au declarat că sunt mulțumite de sistemul de îngrijire al sănătății din România.

Grafic nr. 6 Satisfacția privind sistemul de îngrijire a sănătății



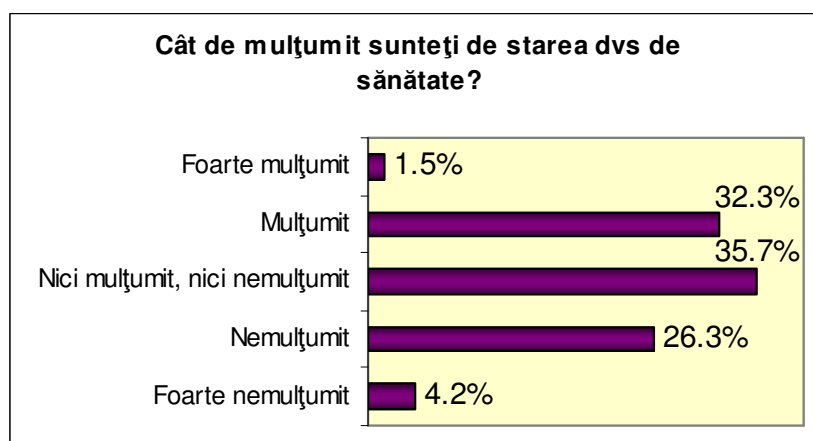
Ca dimensiune a calității vieții, sănătatea poate fi abordată prin diverși indicatori, printre care aprecierea subiectivă a propriei sănătăți sau, dimpotrivă, plângerile privind diferite afecțiuni. Starea de sănătate a vârstnicilor este unul dintre punctele critice ale calității vieții lor. În urma cercetării, sănătatea subiectivă s-a măsurat prin caracterizarea de către persoanele intervievate a propriei sănătăți. În proporție de 59,9% persoanele vârstnice intervievate consideră că au mici probleme de sănătate, în timp ce un procent de 33,0% au spus că au mari probleme de sănătate. Doar 7,1% dintre persoanele intervievate au declarat că se consideră sănătoase.

Grafic nr. 7 Aprecierea propriei stări de sănătate



Referitor la gradul de mulțumire al persoanelor intervievate privind starea de sănătate, se constată că 35,7% nu sunt nici mulțumiți, nici nemulțumiți, 32, 3% sunt mulțumiți, iar 26,3% sunt nemulțumiți.

Grafic nr. 8 Gradul de mulțumire privind propria stare de sănătate



Tabelul nr. 1 prezintă o comparație între cât de mulțumite sunt persoanele intervievate de starea lor de sănătate și, respectiv, de nivelul de viață în ceea ce privește sănătatea.

Tabel nr. 1 Satisfația privind starea de sănătate și nivelul de viață

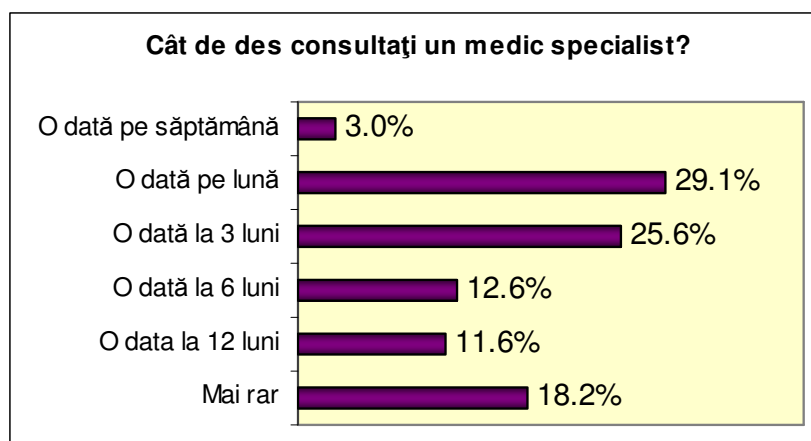
	Cât de mulțumit sunteți de nivelul dvs. de viață în ceea ce privește sănătatea?	Cât de mulțumit sunteți de starea dvs. de sănătate?
Foarte mulțumit	2,5%	1,5%
Mulțumit	43,3%	32,3%
Nici mulțumit, nici nemulțumit	34,0%	35,7%
Nemulțumit	17,2%	26,3%
Foarte nemulțumit	3,3%	4,2%

Cu toate că atunci când au fost întrebați cât de mulțumiți sunt de nivelul de viață în ceea ce privește sănătatea, 43,3% din persoanele intervievate au declarat că sunt mulțumiți, atunci când aceștia au fost întrebați cât de mulțumiți sunt cu starea de sănătate, 32,3% au declarat că sunt mulțumiți. De aici, se poate desprinde concluzia că persoanele intervievate sunt destul de mulțumite privind nivelul de viață în legătură cu starea de sănătate, dar când sunt puse în situația de a-și exprima mulțumirea în legătură cu starea de sănătate, rezultatul scade cu 11 puncte procentuale.

Analizând frecvența cu care persoanele intervievate consultă un medic specialist, avem următoarele rezultate: o proporție de 29,1% din persoanele intervievate au declarat că o dată pe lună consultă un medic specialist, iar 25,6% consultă un medic specialist o dată la 3 luni. Se constată o pondere destul de

ridicată și la categoria de persoane care au declarat că merg la medicul specialist mai rar, respectiv o dată pe an – 18,2%. Nivelul scăzut se poate pune pe seama persoanelor vârstnice intervievate din mediul rural, care nu au același acces la medicul de specialitate ca persoanele din mediul urban.

Grafic nr. 9 Frecvența consultării unui medic specialist



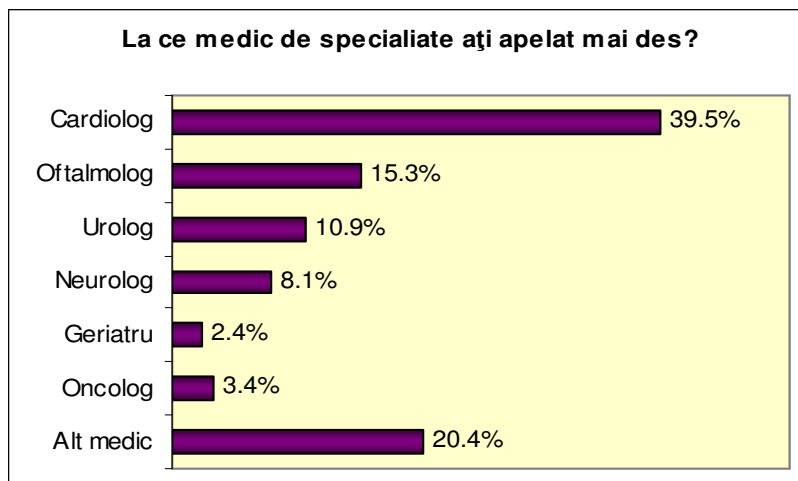
Analizând frecvența persoanelor vârstnice care apelează la un medic specialist, se constată că atât în mediul rural, cât și în mediu urban procentajul cel mai mare este la „O dată pe lună” (29,10% în urban, 28,30% în rural) și „O dată la trei luni”(25,90% în urban, 23,30% în rural).

Tabel nr. 2 Frecvența consultării unui medic specialist pe medii de rezidență

Cât de des consultați un medic specialist?	Mediul de rezidență	
	Urban	Rural
O dată pe săptămână	3,2%	1,7%
O dată pe lună	29,1%	28,3%
O dată la 3 luni	25,9%	23,3%
O dată la 6 luni	13,1%	10,0%
O dată pe an	11,0%	15,0%
Mai rar	17,7%	21,7%
Total:	100,0%	100,0%

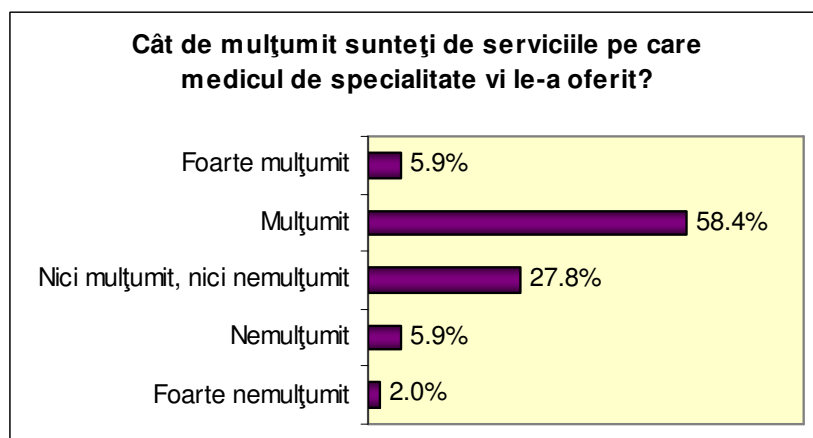
În continuare, persoanele vârstnice au fost întrebate la ce medic de specialitate au apelat mai des. Astfel avem următoarele rezultate: 39,5% au răspuns că cel mai des au apelat la cardiolog, 15,3% - oftalmolog, 10,9% - urolog, 8,1% neurolog, 2,4% - geriatru, oncolog – 3,4%, iar 20,4% au răspuns că au consultat și alți medici cum ar fi: endocrinolog, ORL, stomatolog, psihiatru, nefrolog, ortoped, fizioterapeut, nutriționist, diabetolog, medicul de familie, s.a.

Grafic nr. 10 Specialitatea medicului la care au apelat



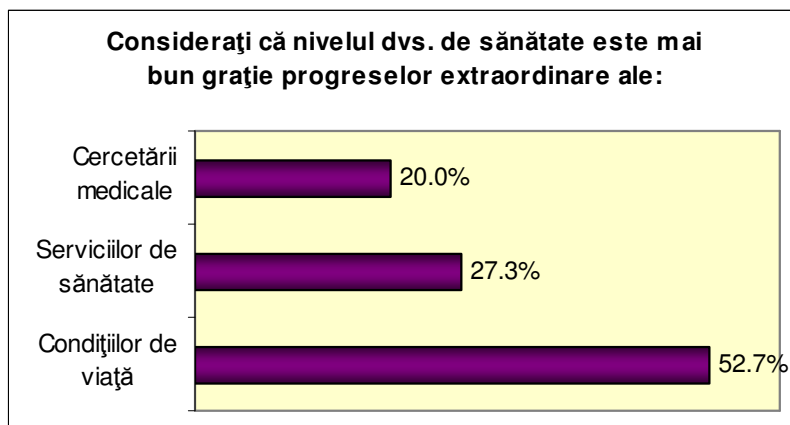
Referitor la gradul de mulțumire privind serviciile care i-au fost oferite de către medicul de specialitate, persoanele vârstnice interviewate au declarat, în proporție de 58,4%, că sunt mulțumite.

Grafic nr. 11 Gradul de satisfacție privind serviciile medicului specialist



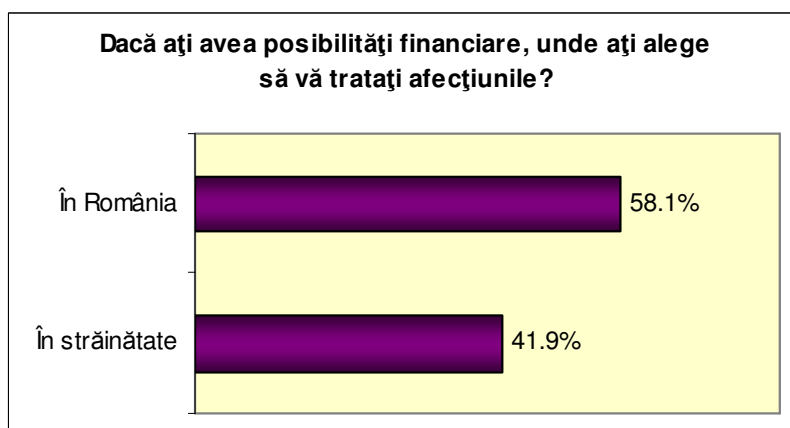
În urma analizei, s-a constatat că 52,7% din persoanele vârstnice interviewate consideră că nivelul lor de sănătate este mai bun datorită condițiilor de viață. Doar 27,3% consideră că starea de sănătate este mai bună datorită serviciilor de sănătate oferite și numai 20,0% pun ameliorarea stării de sănătate pe seama cercetărilor care se fac în acest domeniu.

Grafic nr. 12 Factorii ce influențează nivelul de sănătate



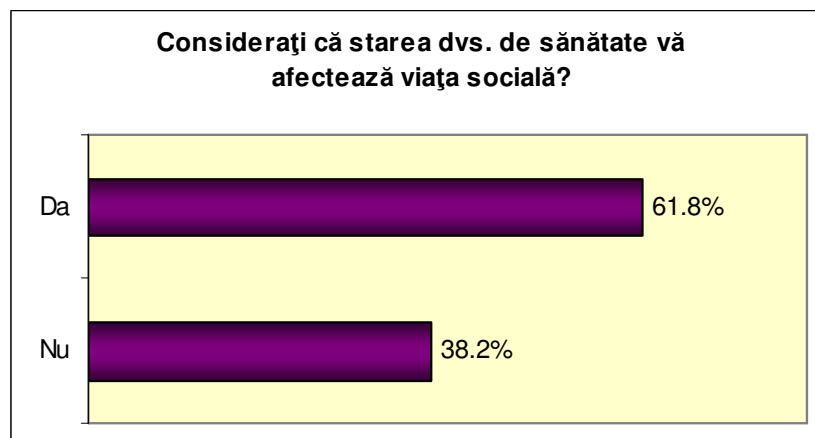
Referitor la locația unde ar dori să se trateze dacă posibilitățile financiare nu ar fi un impediment, 58,1% din persoanele intervievate ar alege să-și trateze afecțiunile în România, în timp ce 41,9% ar alege să se trateze în străinătate.

Grafic nr. 13 Opțiunea privind locul de tratament



În ceea ce privește viața socială, 61,8% din persoanele vârstnice intervievate au declarat că starea de sănătate le afectează viața socială. Se constată că persoanele vârstnice care și-au descris starea de sănătate ca fiind cu mari probleme, consideră în proporție de 81,3%, că aceasta le afectează viața socială, iar cei care au spus că sunt sănătoși, au declarat că starea de sănătate nu le afectează viața socială în proporție de 82,8%.

Grafic nr. 14 Influența sănătății asupra vieții sociale

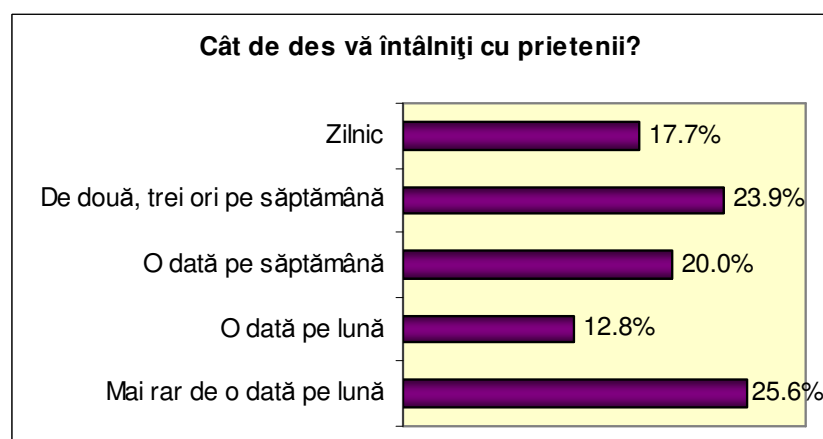


Tabel nr. 3 Influența sănătății asupra vieții sociale in funcție de starea de sănătate autopercepută

	Considerați că starea dvs. de sănătate vă afectează viața socială?	
	Da	Nu
Sunt sănătos /sănătoasă	17,2%	82,8%
Am mici probleme de sănătate	56,4%	43,6%
Am mari probleme de sănătate	81,3	18,7%

De asemenea, referitor tot la viața socială, 23,9% din persoanele intervievate au declarat că se întâlnesc cu prietenii de două, trei ori pe săptămână, iar 25,6% au spus că se văd mai rar de o dată pe lună cu prietenii.

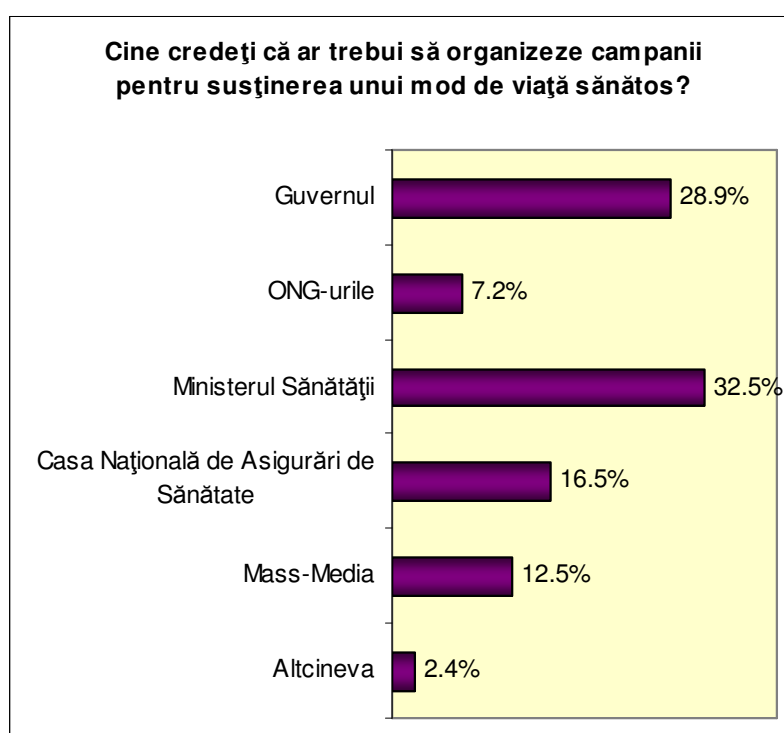
Grafic nr. 15 Frecvența întâlnirii cu prietenii



În continuare, am dorit să aflăm care este punctul de vedere al persoanelor vârstnice intervievate referitor la factorii responsabili pentru organizarea de campanii

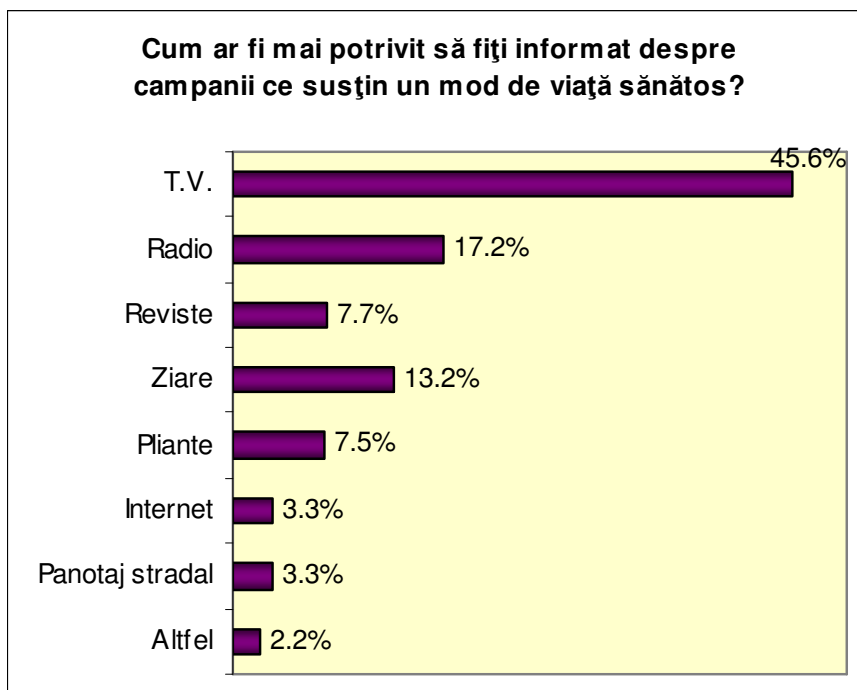
în vederea susținerii unui mod de viață sănătos. Aceștia au declarat că este de datoria Guvernului în proporție de 28,9%, de datoria Ministerul Sănătății în proporție de 32,5%, iar 16,5% consideră că aceste campanii ar trebui organizate de către Casa Națională de Sănătate. De asemenea, persoanele intervievate au fost de părere că în aceste campanii ar putea să se implice și Parlamentul, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, primăriile, dar și Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice.

Grafic nr. 16 Responsabilitatea susținerii de campanii pentru un mod de viață sănătos



Despre campaniile care susțin un mod de viață sănătos, persoanele vârstnice intervievate consideră în proporție de 45,6% că ar trebui să fie informați asupra lor prin intermediul televiziunii, primăriilor sau a organizațiilor de pensionari.

Grafic nr. 17 Responsabilitatea informării privind campaniile pentru un mod de viață sănătos



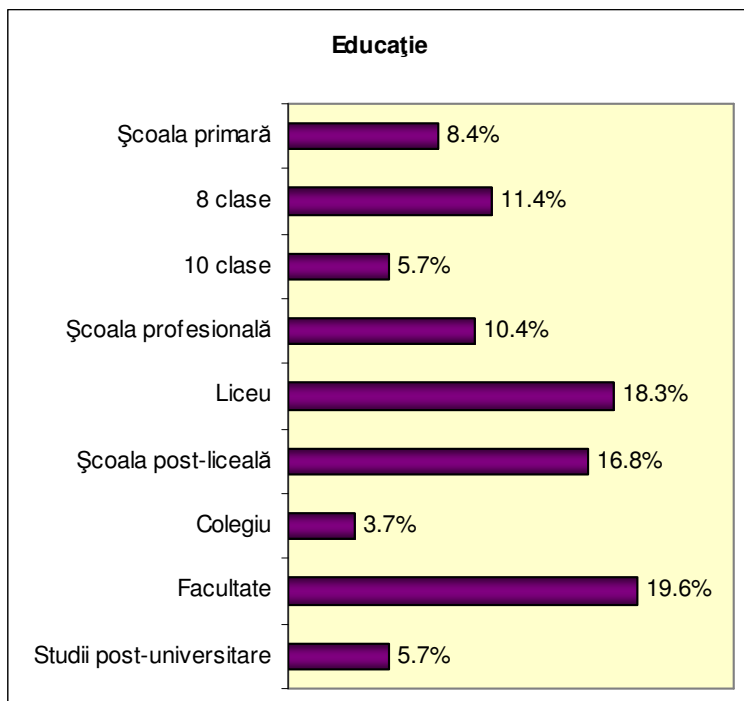
Date privind persoanele din eșantionul utilizat:

În ceea ce privește structura socio-demografică a eșantionului trebuie să menționăm că: 51,7% din persoanele intervievate au fost de sex masculin și 48,3% de sex feminin. În ceea ce privește vârsta acestora 25,7 % au sub 65 de ani, 28,0% au vârsta cuprinsă între 65-70 ani, 23,5% între 71-75 ani, 14,9% au vârsta cuprinsă între 76-80 de ani, 5,7% între 81-85 de ani și 2,2 % sunt persoane cu vârsta de peste 85 ani.

După starea civilă actuală situația este următoarea: 67,3% de persoane care trăiesc în cuplu (căsătorii) și 32,7% persoane singure, din care: văduv - 25,0%, divorțat - 6,2 % și 1,5 % - necăsătorit.

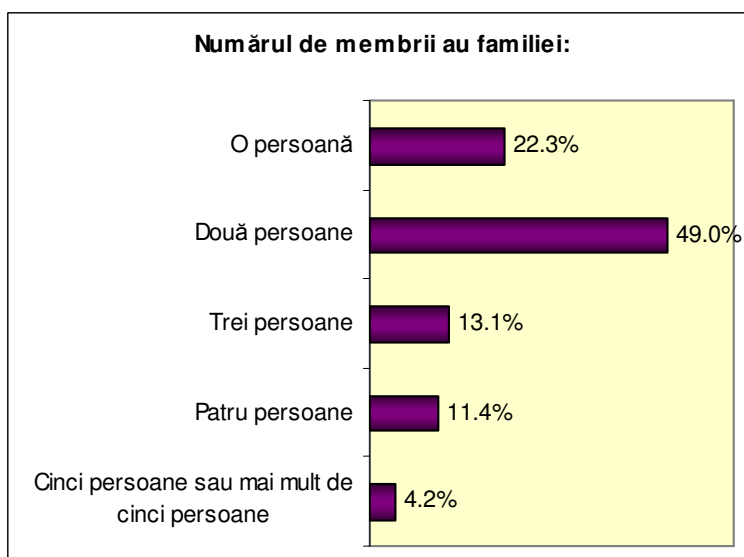
În ceea ce privește nivelul de educație al persoanelor cuprinse în eșantion 19,6% din cei intervievați au absolvit studiile universitare.

Grafic nr. 18 Structura eșantionului după nivelul de educație



Pe medii de rezidență 85,10% din persoanele intervievate au provenit din mediul urban, și 14,9% din mediul rural. Numărul de membri ai familiilor persoanelor din eșantion graficului nr. 19.

Grafic nr. 19 Membrii familiei persoanelor din eșantion:



Îmbătrânirea este un proces normal de modificări fizice în timp. Se poate îmbătrâni pasiv, fără a se da mare atenție procesului, sau activ, făcându-se conștient anumite alegeri și având mare grijă de propriul corp și propria minte.

Nu este niciodată prea târziu sau prea devreme pentru a alege calea unei îmbătrâniri sănătoase. La persoanele sănătoase și pline de viață o îngrijire adecvată poate încetini sau preveni apariția multor probleme legate de vârstă¹⁵.

La persoanele cu boli cronice, la cele cu dizabilități sau la cele care se simt obosește adoptarea unor măsuri sănătoase poate avea un impact mare asupra sănătății fizice și mentale. Indiferent de momentul adoptării unui stil de viață sănătos acesta îmbunătățește calitatea vieții și poate prelungi speranța de viață.

Chestionarul administrat a încercat să identifice stilul de viață al persoanelor vârstnice, calitatea vieții lor, starea de sănătate, gradul de satisfacție în ceea ce privește sistemul de îngrijire al sănătății din România, dar și serviciile oferite de medicul specialist.

În urma analizei sociologice, s-a constatat că persoanele vârstnice intervievate consideră în proporție de 67,7% că duc un stil de viață sănătos. De asemenea, analizând indicatorii care măsoară gradul de mulțumire al nivelului de viață în ceea ce privește sănătatea, veniturile, activitățile culturale și recreative, dar și viața socială s-a constatat că aceștia se declară mulțumiți.

În ceea ce privește factorii care ameliorează cel mai mult calitatea vieții se constată că persoanele vârstnice pun cel mai mult accent pe *veniturile suficiente pentru satisfacerea nevoilor* (35,4%), urmat, la 0,5 puncte procentuale (34,9%) de *starea bună de sănătate*.

Persoanele vârstnice intervievate consideră că primii trei factori care aduc impedimente unui mod de viață sănătos sunt: alcoolul, alimentele nesănătoase și fumatul. De asemenea, stresul dar și veniturile insuficiente sunt factori care își pun puternic amprenta asupra modului de viață.

Referitor la gradul de mulțumire privind sistemul de îngrijire al sănătății din România, se constată că în mare parte, persoanele vârstnice sunt nemulțumite de acest sistem.

¹⁵ Gabriela Cristescu, Sfatul Medicului, Vârsta a treia, http://www.sfatulmedicului.ro/Varsta-a-treia/cum-sa-imbatranim-sanatos_1229#Alimentatia_sanatoasa

Persoanele vârstnice intervievate au fost, de asemenea, rugate să-și aprecieze starea de sănătate rezultând că: 59,9% consideră că au mici probleme de sănătate, iar 33,0% consideră că au mari probleme de sănătate. Doar 7,10% din persoanele intervievate consideră că au o stare bună de sănătate. Starea de sănătate subiectivă pe vârste, este prezentată în tabelul nr. 4.

Tabelul nr 4 Starea autopercepută de sănătate pe grupe de vârstă

	Cum descrieți starea dvs. de sănătate?		
	Am o stare bună de sănătate	Am mici probleme de sănătate	Am mari probleme de sănătate
Până în 65 de ani	3,8%	64,5%	31,7%
Între 65 – 70 de ani	8,8%	62,9%	28,3%
Între 71 – 75 de ani	9,5%	60,0%	30,5%
Între 76 – 80 de ani	3,3%	58,3%	38,3%
Între 81 – 85 de ani	13,0%	39,1%	47,8%
Peste 85 de ani	11,1%	33,3%	55,6%

În urma analizei s-a constatat că persoanele vârstnice din mediul rural au acces la medicul de specialitate mai dificil comparativ cu cele din mediul urban, așadar, majoritatea consultă un medic specialist mai rar de o dată pe an.

39,5% dintre persoanele vârstnice au declarat că cel mai des au apelat la medicul cardiolog, astfel, putem spune că pe primul loc în rândul bolilor care îi afectează pe vârstnici sunt afecțiunile cardio-vasculare, iar 52,7% din persoanele intervievate consideră că nivelul lor de sănătate este mai bun datorită condițiilor de viață.

În ceea ce privește viața socială, s-a constatat că persoanele afectate de probleme de sănătate, consideră, că starea de sănătate le afectează și viața socială.

Privind sănătatea ca o componentă esențială a calității vieții, am cerut persoanelor vârstnice să facă câteva propuneri referitoare la această temă, astfel, majoritatea consideră că viața lor s-ar îmbunătăți dacă:

- Pensiile s-ar majora și, astfel, fiecare persoană vârstnică ar putea să-și asigure un trai decent;
- CNPP ar acorda mai multe bilete de tratament, astfel încât majoritatea pensionarilor să poată beneficia de tratament în stațiunile balneoclimaterice;
- Medicamentele ar fi mai ieftine, deoarece mulți pensionari nu și le permit din cauza nivelului scăzut al pensiilor;
- Serviciile medicale ar fi gratuite pentru vârstnici;
- Ar exista programe de socializare atractive pentru vârstnici;
- S-ar pune mai mult accent pe latura de gerontologie;
- S-ar face o reformă reală în domeniul sănătății.

Persoanele intervievate, consideră că pentru a crește calitatea vieții vârstnicilor ar trebui ca aceștia să aibă acces, o dată la 3 luni, la efectuarea analizelor în mod gratuit. De asemenea, majoritatea consideră că ar trebui elaborată o nouă lege a sănătății, care să cuprindă un capitol destinat în totalitate vârstnicilor. Totodată, s-a constatat că persoanele intervievate nu găsesc o soluție bună în introducerea coplății, deoarece este o povară în plus pentru veniturile și așa insuficiente de care dispun.

O parte din persoanele intervievate, consideră că sunt singurii responsabili pentru sănătatea lor și că doar ei se pot ajuta, printr-o alimentație sănătoasă și prin activități fizice.

Propunerile Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice privind sănătatea ca o componentă esențială a calității vieții sunt:

- Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate ar trebui să organizeze, cu sprijinul mass-mediei, campanii pentru susținerea unui mod de viață sănătos pentru persoanele vârstnice. Pentru informarea persoanelor vârstnice privind aceste campanii, Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, ar putea avea sprijinul Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice, alături de consiliile județene și organizațiile centrale reprezentative ale pensionarilor.

- Persoanele vârstnice își pot îmbunătăți starea de sănătate emoțională și cognitivă printr-o activitate fizică regulată. Exercițiul fizic generează o stare de bine, în timp ce inactivitatea poate accentua depresia, anxietatea și stresul. Vârstnicii care merg regulat pe jos dovedesc o luciditate mult mai mare decât cei care nu au activitate.
- Sănătatea emoțională poate fi protejată sau îmbunătățită prin menținerea unei interacțiuni cu prietenii, familia și comunitatea. Bolnavi sau nu, cei care se simt legați de alte persoane pot avea mult mai ușor o stare de bine decât cei izolați social. A face muncă voluntară pentru comunitate sau a împărtăși talentul și înțelepciunea celorlalți este un mod deosebit de a-ți îmbogăți viața. De fapt, persoanele vârstnice care alocă, în mod regulat, din timpul lor, chiar și o mică parte activității de voluntariat se simt mult mai împliniți decât cei care nu au astfel de preocupări.

Șef birou analize și studii,

Alina Letitia Matei

Insp. de spec. gr. I,

Georgiana Elena Cojocaru

Director general,

Marius Augustin Pop

Bibliografie

- Blagoi Alina Maria, Cum să ai grijă de sănătatea ta mintală la vârsta a III-a?, 5 aprilie 2012, <http://psihologbun.wordpress.com/tag/batrani/>
- Boiciuc Alexandru, Lege start, Sănătate, <http://legestart.ro/programele-nationale-de-sanatate-pentru-anii-2013-si-2014/>, 2013
- Cirstescu Gabriela, Menținerea independenței vârstnicilor, un țel mai ușor de atins astăzi, www.mereutanar.com
- Gabriela Cristescu, Sfatul Medicului, Vârsta a treia, http://www.sfatulmedicului.ro/Varsta-a-treia/cum-sa-imbatranim-sanatos_1229#Alimentatia_sanatoasa
- Comisia Europeană, Sănătate Publică, http://ec.europa.eu/health/index_ro.htm
- Guvernul României, Ministerul Mediului și Schimbărilor Climaterice, Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României Orizonturi 2013-2020-2030, 2008
- Vârlan Corina, Gândul, Barometru EUROSTAT. Speranța de viață sănătoasă a românilor după 50 de ani, 2013

CHESTIONAR

1. Sex: 1. Feminin 2. Masculin

2. Vârstă: 1. până în 65 de ani 4. între 76 – 80 de ani
 2. între 65 – 70 de ani 5. între 81 – 85 de ani
 3. între 71 – 75 de ani 6. peste 85 de ani

3. Numărul de membri ai familiei Dvs.?

1. o persoană 3. trei persoane 5. cinci sau mai mult
 2. două persoane 4. patru persoane de cinci persoane

4. Care este nivelul cel mai înalt de școlarizare al Dvs.?

1. școala primară 4. școala profesională 7. colegiu
 2. 8 clase 5. liceu 8. facultate
 3. 10 clase 6. școala post-liceală 9. studii post-universitare

5. Starea civilă:

1. Necăsătorit/ă 3. Divorțat/ă
 2. Căsătorit/ă 4. Văduv/ă

6. Locuiți în: 1. Urban 2. Rural

7. Județul - Localitatea:.....

8. Considerați că duceți un stil de viață sănătos?

1. Da
 2. Nu

9. Cât de mulțumit sunteți de nivelul dvs. de viață în ceea ce privește:

	Foarte mulțumit	Mulțumit	Nici mulțumit /nici nemulțumit	Nemulțumit	Foarte nemulțumit
Sănătatea					
Veniturile					
Activitățile culturale și recreative					
Viata sociala					

10. Care din următorii factori contribuie, din punctul dvs de vedere, la ameliorarea nivelului de trai?

1. O stare bună de sănătate
 2. Veniturile suficiente pentru satisfacerea nevoilor
 3. Poziția socială
 4. Persoane pe care te poți baza
 5. Vacanțe, activități culturale și recreative
 6. Activități sportive
 7. Alți factori _____(care?)

11. Care considerați că sunt factorii cei mai importanți care aduc impedimente unui mod de viața sănătos?

1. Alcoolul 4. Alimentele nesănătoase 7. Stresul
 2. Fumatul activ 5. Băuturile carbogazoase 8. Sedentarismul
 3. Fumatul pasiv 6. Poluarea 9. Venituri insuficiente

12. Cât de mulțumit sunteți de sistemul de îngrijire al sănătății în România?

1. Foarte mulțumit
2. Mulțumit
3. Nici mulțumit, nici nemulțumit
4. Nemulțumit
5. Foarte nemulțumit

13. Cum descrieți starea dvs. de sănătate?

1. Sănătos/oasă
2. Am mici probleme de sănătate
3. Am mari probleme de sănătate

14. Cât de mulțumit sunteți de starea dvs. de sănătate?

1. Foarte mulțumit
2. Mulțumit
3. Nici mulțumit, nici nemulțumit
4. Nemulțumit
5. Foarte nemulțumit

15. Cât de des consultați un medic specialist?

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> o dată pe săptămână | 4. <input type="checkbox"/> o dată la 6 luni |
| 2. <input type="checkbox"/> o dată pe lună | 5. <input type="checkbox"/> o dată de 12 luni |
| 3. <input type="checkbox"/> o dată la 3 luni | 6. <input type="checkbox"/> mai rar |

16. La ce medic de specialitate ați apelat mai des?

- | | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------|-------|
| 1. <input type="checkbox"/> Cardiolog | 4. <input type="checkbox"/> Neurolog | 7. <input type="checkbox"/> | Altul |
| (care?) | | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Oftalmolog | 5. <input type="checkbox"/> Geriatru | | |
| 3. <input type="checkbox"/> Urolog | 6. <input type="checkbox"/> Oncolog | | |

17. Cât de mulțumit sunteți de serviciile pe care medicul de specialitate vi le-a oferit?

1. Foarte mulțumit
2. Mulțumit
3. Nici mulțumit, nici nemulțumit
4. Nemulțumit
5. Foarte nemulțumit

18. Considerați că nivelul dvs. de sănătate este mai bun grație progreselor extraordinare ale:

1. Cercetării medicale
2. Serviciilor de sănătate
3. Condițiilor de viață

19. Dacă ați avea posibilități financiare, unde ați alege să vă tratați afecțiunile?

1. În România
2. În străinătate

20. Considerați că starea dvs. de sănătate vă afectează viața socială?

1. Da
2. Nu

21. Cât de des vă întâlniți cu prietenii?

1. Zilnic
2. De două, trei ori pe săptămână
3. O dată pe săptămână
4. O dată pe lună
5. Mai rar de o dată pe lună

22. Cine credeți că ar trebui să organizeze campanii pentru susținerea unui mod de viață sănătos?

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Guvernul | 4. <input type="checkbox"/> Casa Națională de Asigurări de Sănătate |
| 2. <input type="checkbox"/> Ong-urile | 5. <input type="checkbox"/> Mass-Media |
| 3. <input type="checkbox"/> Ministerul Sănătății | 6. <input type="checkbox"/> Altcineva _____ (cine?) |

23. Cum ar fi mai potrivit să fiți informat despre campanii ce susțin un mod de viață sănătos?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> T.V. | 5. <input type="checkbox"/> Pliante |
| 2. <input type="checkbox"/> Radio | 6. <input type="checkbox"/> Internet |
| 3. <input type="checkbox"/> Reviste | 7. <input type="checkbox"/> Panotaj stradal |
| 4. <input type="checkbox"/> Ziare | 8. <input type="checkbox"/> Alfel: _____ (cum?) |

24. Propuneri privind sănătatea ca și componentă a calității vieții vârstnicilor:

.....
.....
.....