Calitatea vieţii în România în context european

Raport de cercetare

Institutul de Cercetare a Calităţii Vieţii

2018

Autori: Iuliana Precupeţu (coordonator), Flavius Mihalache, Claudia Petrescu, Cosmina Elena Pop, Laura Tufă, Marian Vasile

Echipa programului de cercetare: Ioan Mărginean (coordonator), Iuliana Precupeţu (coordonator), Alin Casapu, Flavius Mihalache, Claudia Petrescu, Cosmina Elena Pop, Mona Simu, Laura Tufă, Marian Vasile

© Institutul de Cercetare a Calităţii Vieţii, 2018

Institutul de Cercetare a Calităţii Vieţii
Bucureşti
Calea 13 Septembrie nr. 13, cod poştal 050711
Telefon: 021.318.24.61
Fax: 021.318.24.62
E-mail: iccv@iccv.ro / secretariat.iccv@gmail.com
Web: www.iccv.ro

Cuprins

Introducere – Iuliana Precupețu 4

Nivelul de trai – Iuliana Precupețu..... 7

Calitatea locuirii – Laura Tufă 22

Echilibrul viaţă de familie – viaţă profesională şi responsabilităţile de îngrijire – Cosmina Elena Pop, Flavius Mihalache..... 31

Sănătatea și serviciile de sănătate – Cosmina Elena Pop 41

Calitatea societăţii – Flavius Mihalache, Claudia Petrescu..... 60

Participarea socială – Claudia Petrescu 75

Bunăstarea subiectivă – Marian Vasile 91

Introducere

Acest raport cuprinde o analiză a calităţii vieţii în România în context european, în perioada 2003-2016. Datele utilizate provin din *Sondajul european privind calitatea vieţii - European Quality of Life Survey* (EQLS), o cercetare care se realizează în toate ţările Uniunii Europene şi care are ca scop descrierea şi explicarea calităţii vieţii pe toate dimensiunile sale.

Prezentul raport îşi propune să răspundă următoarelor întrebări 1. Care este calitatea vieţii în România și cum se situează țara noastră pe diferitele dimensiuni ale calității vieții în contextul Uniunii Europene? 2. În ce măsură calitatea vieţii s-a schimbat în perioada 2003-2016? 3. Care a fost impactul crizei financiare care a debutat în anii 2008-2009 asupra calităţii vieţii în România? 4. Cum variază calitatea vieţii în funcţie de caracteristicile sociodemografice şi care sunt grupurile caracterizate de vulnerabilitate şi precaritate?

Calitatea vieţii se referă la bunăstarea oamenilor în societate şi indică măsura în care viaţa este bună pentru aceştia. Calitatea vieţii este un concept multidimensional care include o serie de domenii: condiţiile materiale de viaţă, sănătatea, locuirea, locul de muncă, viaţa de familie, echilibrul între viaţa privată şi viaţa profesională, bunăstarea subiectivă. Chiar dacă se concentrează în mod esenţial asupra individului şi circumstanţelor vieţii personale, abordarea calităţii vieţii surprinde şi relaţia persoanei cu comunitatea/societatea în care trăieşte (încrederea în oameni, instituţii etc), cât şi aspecte ale calităţii societăţii ca atare (calitatea serviciilor publice). Cea mai importantă caracteristică a acestei abordări este faptul că oferă oamenilor „o voce" prin care aceştia pot evalua aspecte ale vieţii lor în cadrul instituţionalizat al ştiinţei. Percepţiile, evaluările, satisfacţiile aparţin respondenţilor incluşi în studii şi dau posibilitatea diferiţilor actori sociali de a vedea viaţa şi societatea prin lentilele oamenilor obişnuiţi. Indicatorii calităţii vieţii devin astfel o măsură a performanţelor economice şi sociale într-o anumită societate.

Indicatorii subiectivi sunt puternic dependenţi de situaţiile obiective în care trăiesc oamenii, de circumstanţele vieţii individuale şi de contextul social.

Astfel, condiţiile macro cum sunt resursele economice, sistemul politic, carateristicile ocupării, sistemele de educaţie şi sănătate, influenţează calitatea vieţii şi determină circumstanţele concrete ale vieţii individuale. Ţările dezvoltate sunt caracterizate de niveluri înalte ale calităţii vieţii, iar populaţia se bucură de bunăstare, exprimând niveluri înalte ale satisfacţiei faţă de domeniile particulare ale vieţii şi faţă de viaţă în general. Resursele materiale sunt esenţiale în asigurarea calităţii vieţii şi există o relaţie puternică între venit şi calitatea vieţii la nivel macro, aceasta devenind mai puţin importantă la niveluri înalte ale veniturilor, când alte elemente structurale capătă semnificaţie. Astfel, pe lângă afluenţa economică, tot mai semnificative devin elemente cum sunt sistemele eficiente de sănătate şi educaţie, stabilitatea politică, protecţia socială, calitatea mediului, egalitatea şi drepturile personale. O relaţie asemănătoare se păstrează la nivel individual, unde resursele materiale sunt extrem de importante în măsura în care acoperă nevoile oamenilor şi le oferă acestora oportunitatea de a se concentra pe nevoile superioare.

Pe lângă dependenţa de condiţiile structurale oferite de societate, percepţiile şi evaluările domeniilor vieţii încorporează, însă, şi valorile, aşteptările, standardele personale. Atunci când oamenii îşi evaluează calitatea vieţii, ei iau în considerare propriile condiţii de viaţă şi pe cele ale altor oameni şi compară situaţia personală cu a grupurilor de referinţă: prieteni, vecini, persoane

cunoscute. Mai mult decât atât, ei pot folosi ca element de comparaţie situaţia lor din trecut, cât de bine „au reuşit în viaţă”, sau proiecţia asupra situaţiei lor din viitor, ceea ce îşi doresc să devină. Standardele de comparatie pot apărea la nivel micro sau chiar macro atunci când modelele de referinţă sunt reprezentate de ţările dezvoltate şi de bunăstarea acestora. Între percepţie şi realitate există o relaţie flexibilă, în sensul că oamenii se pot adapta într-o anumită măsură la condiţii negative (şi pozitive) de viaţă, iar standardele suferă ele însele ajustări în cursul vieţii.

Datele EQLS oferă o oportunitate extrem de importantă pentru a înţelege nivelul şi caracteristicile calităţii vieţii în România pe parcursul aproximativ al ultimei decade şi jumătate. Cele patru valuri ale cercetării surprind momente diferite din evoluţia economică şi socială a ţării noastre. Astfel, anul 2003 corespunde unui moment în care tranziţia era teoretic încheiată, iar România se situa într-un trend al creşterii economice începute în anul 2000. Totuşi, beneficiile creşterii nu erau încă vizibile în nivelul de trai în particular şi în calitatea vieţii în general, primul val al cercetării descriind condiţii mai degrabă negative ale calităţii vieţii. Următorul val al cercetării, 2007, a corespuns unor circumstanţe îmbunătăţite din punct de vedere economic şi social, când creşterea economică fusese transpusă într-un nivel de trai ceva mai înalt. A treia cercetare a avut loc în 2011, anul în care criza economică a fost puternic resimţită de către populaţia României în urma reducerilor salariale din toamna anului 2010. Ultimul val al EQLS a surprins un moment de creştere economică şi stabilitate socială.

Raportul de faţă este construit pe o abordare preponderent descriptivă şi trece în revistă o serie de dimensiuni ale calităţii vieţii în România în perspectivă europeană: nivelul de trai, condiţiile de locuire, sănătatea şi serviciile de sănătate, echilibrul viaţă privată-viaţă profesională, calitatea societăţii, participarea socială şi bunăstarea subiectivă. Serviciile de sănătate sunt tratate în detaliu alături de starea de sănătate și apoi trecute în revistă și comparativ cu celelalte servicii publice. Lucrarea se concentrează pe România, încercând să creeze o imagine generală asupra calităţii vieţii în ţara noastră şi să evidenţieze particularităţi comparativ cu celelalte ţări UE. Raportul nostru include analize realizate de către autori pe baza setului de date integrat EQLS 2003 - 2016[1]. Rezultatele sunt prezentate pentru România, comparativ cu celelalte ţări cu accent pe situaţia curentă (cea mai recentă, 2016). În cele mai multe cazuri, raportarea valorilor se face la minimele şi maximele europene, dar şi la media UE[2]. Analiza schimbării în domeniile calităţii vieţii se face luând în considerare, acolo unde este posibil, toate valurile cercetării. De asemenea, încercăm să subliniem, pe baza evidenţelor din date, domeniile influenţate de criza economică şi tendinţele de schimbare în timp. Totodată, sunt analizate variaţiile calităţii vieţii în funcţie de caracteristicile sociodemografice pentru România. Diferenţierile observate în date au fost testate pentru semnificaţie statistică la $p<0,05$. Numai diferenţele semnificative statistic au fost semnalate în text. Datele au fost ponderate conform indicaţiilor ce însoţesc baza de date.

[1] European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2018). *European Quality of Life Survey Integrated Data File, 2003-2016*. [data collection]. *3rd Edition.* UK Data Service. SN: 7348, http://doi.org/10.5255/UKDA-SN-7348-3

[2] Media a 27 de ţări actual membre UE (fără Croaţia) pentru valul din 2003 şi media celor 28 de ţări membre UE din prezent pentru toate celelalte valuri.

Metodologia EQLS

Sondajul european privind calitatea vieţii - European Quality of Life Survey (EQLS)[3] este un instrument de monitorizare aplicat în ţările UE realizat de către Fundaţia Europeană pentru Îmbunătăţirea Condiţiilor de Viaţă şi Muncă (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions – Eurofound[4]), o agenţie europeană tripartită care are un rol activ în dezvoltarea politicilor sociale şi de ocupare. Studiul a fost iniţiat în anul 2003 şi a fost reiterat în anii 2007, 2011 şi 2016.

Eşantioanele sunt reprezentative pentru populaţia rezidentă de peste 18 ani, la nivel naţional, fiind realizate utilizând, în funcţie de disponibilitate, registre de populaţie sau rută aleatorie (*random route*). În fiecare ţară a fost utilizat un eşantion de tip multistadial probabilist. Eșantioanele au fost stratificate după regiunea de dezvoltare (NUTS 2) și gradul de urbanizare. În fiecare strat au fost selectate aleator unităţile primare de eşantionare proporţional cu populaţia, pentru ca în stadiul următor să se selecteze indivizii/gospodăriile. În situaţiile în care nu au fost disponibile liste nominale selecția respondentului în gospodărie a fost făcută aleator. Mărimea eşantioanelor în anul 2016 este de aproximativ 1000 de persoane, ajungând, în unele cazuri, în funcţie de mărimea populaţiei, la 1304 în Marea Britanie şi 1631 respondenţi în Germania. Mărimea eşantioanelor pentru România în cele patru valuri ale cercetării a fost următoarea: N=1030 (2003); N=1000 (2007); N=1542 (2011); N= 1004 (2016). Detaliile tehnice despre eșantionare și ponderare pot fi consultate în raportul tehnic[5].

Cercetarea fost realizată pe bază de chestionar aplicat la domiciliul respondentului, cu ajutorul tabletei, prin metoda „faţă în faţă”. Durata chestionarului a fost, în medie, de 40 de minute. Asigurarea calităţii s-a făcut aplicând criteriile Sistemului European de Statistică ale Eurostat. În anul 2016 chestionarul a inclus 262 de itemi care au cules informaţii despre: caracteristicile sociodemografice, resursele materiale, condiţiile de viaţă, locul de muncă, relaţiile sociale, utilizarea serviciilor, bunăstarea subiectivă. Chestionarul aplicat a fost modificat într-o anumită măsură între valurile cercetării şi completat în 2016 cu o baterie de itemi dedicată serviciilor sociale.

Un raport asupra calităţii vieţii la nivel european a fost publicat de către Eurofound în anul 2017, devenind disponibil în 2018, iar setul de date integrat a devenit disponibil pentru cercetare ştiinţifică în anul 2018 fiind depozitat la UK Data Service.

[3] Metodologia ultimului val al cercetării este descrisă în raportul tehnic https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/wpef18016.pdf
[4] https://www.eurofound.europa.eu/
[5] https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/wpef18016.pdf

Nivelul de trai

Nivelul de trai se referă la resursele economice ale persoanei și/sau gospodăriei, care permit o viață în acord cu normele considerate acceptabile la un moment dat în societate. Condițiile materiale reprezintă fundamentul unei vieţi de calitate, pe parcursul căreia oamenii îşi pot satisface nevoile corespunzător standardelor societăţii în care trăiesc şi pot face alegeri în conformitate cu valorile şi idealurile personale în toate domeniile vieţii lor: educaţie, sănătate, ocupare, locuire etc. Acest capitol se concentrează asupra modului în care oamenii percep şi experimentează circumstanțele economice ale vieții lor. Elementele tratate sunt: resursele economice ale nivelului de trai, percepţia asupra dificultăţilor financiare, nivelul de deprivare materială, măsura în care oamenii își pot îndeplini nevoile, strategii de satisfacere a necesităţilor, evaluarea situaţiei financiare a gospodăriei şi satisfacția cu nivelul de trai.

Resurse economice ale nivelului de trai

Bunăstarea oamenilor depinde în mod fundamental de potentialul economic al ţării şi de nivelul venitului naţional generat. Ţările afluente economic oferă cetăţenilor lor condiţii structurale care favorizează o bună calitate a vieţii la nivel individual. PIB-ul României este al doilea cel mai scăzut din Uniunea Europeană, demonstrând resurse macro reduse pentru nivelul de trai al cetăţenilor săi. După primul deceniu de tranziţie, caracterizat de contracţia output-ului economic şi încercări timide de revenire, începând cu anul 2000, România a intrat într-o perioadă de creştere economică întreruptă de criza care a debutat în anul 2009. În cea de-a doua decadă a anilor 2000, în anul 2013 a fost depăşit nivelul PIB-ului anterior crizei, iar economia a cunoscut din nou o perioadă de creştere accelerată.

Studiul European Quality of Life Survey a fost realizat în anii 2003, 2007, 2011 şi 2016 surprinzând momente diferite din trendul evoluţiei economice a României. Astfel, în anul 2003, PIB-ul se situa încă la un nivel scăzut şi, deşi aflat în creştere, această evoluţie a venitului naţional nu era încă tradusă în venituri mai mari în gospodărie. Anul 2007 a marcat un moment caracterizat atât de creştere economică, cât şi de venituri crescute în gospodării. Următorul an al studiului, 2011, a surprins criza economică la nivel macro şi micro, veniturile populaţiei fiind semnificativ reduse, iar criza fiind considerabil resimţită în nivelul de trai. Ultimul val al cercetării, 2016, descrie un nou moment pozitiv, de progres al economiei, venituri mărite şi stabilitate socială.

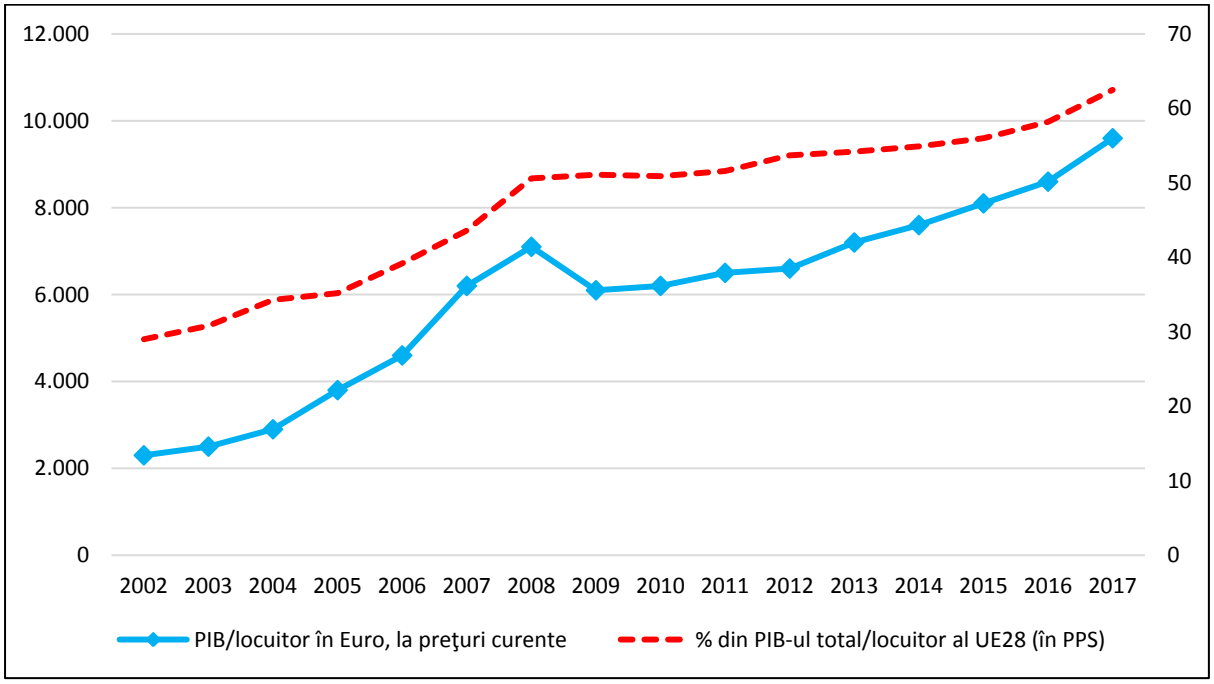
În anul 2017, PIB-ul/locuitor calculat în preturi curente era de 9600Euro, ceea ce situa România pe penultimul loc în UE, înainte de Bulgaria (7300Euro), şi reprezentând, la paritatea puterii de cumpărare, 63% din media UE. Pe ansamblu, faţă de anul 2002, evoluţia economică a României a fost favorabilă, output-ul economic crescând de peste 4 ori, acesta reprezentând cel mai accelerat progres din UE. Comparativ, ţările postcomuniste (Bulgaria, Lituania, Slovacia, Estonia) au avut creşteri ale PIB-ului de aproximativ 3 ori, în timp ce ţările vestice (Belgia, Austria, Suedia) de maxim 1,5 ori (Eurostat).

În perioada[6] luată în considerare aici, această dezvoltare rapidă, a permis României să micşoreze decalajul macroeconomic faţă de ţările UE: dacă în 2002 PIB-ul ţării noastre reprezenta la

[6] Datele arată evoluţia PIB-ului pentru aproximativ ultima decadă şi jumătate, între anul 2002, anul anterior primului val al EQLS şi anul 2017, anul următor ultimului val al EQLS.

paritatea puterii de cumpărare 30% din PIB-ul total pe locuitor al UE27, în 2017 el ajunsese la 63% din media UE (Eurostat).

Grafic 1. PIB/locuitor în România, 2002-2017



Sursa: Eurostat 2018.

Venitul populației

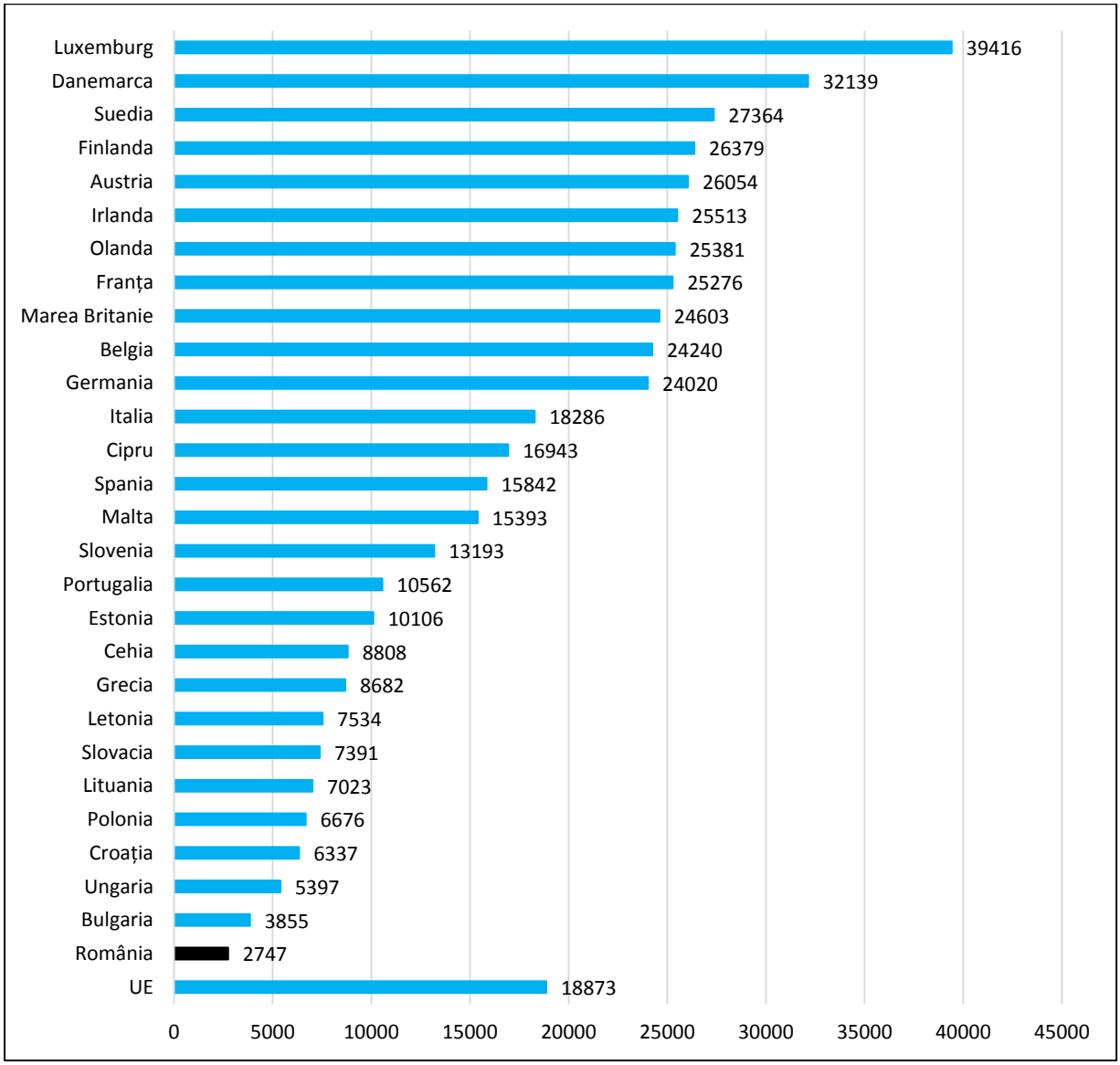
La nivel individual şi de gospodărie, resursele financiare sunt extrem de scăzute în România, ceea ce generează un nivel de trai în general coborât şi probleme financiare în îndeplinirea nevoilor, atât a celor materiale, de hrană, locuire, cât şi a celor superioare de siguranţă, relaţionare socială, apartenenţă, recunoaştere socială şi auto-actualizare.

Pentru anul 2017, valoarea venitului mediu disponibil/persoană[7] a fost de 3059 Euro (Tabel 1), acesta fiind primul an în care s-a depăşit pragul de 3000 Euro în România. În context european, la nivelul anului 2016[8], ţara noastră se situa pe ultimul loc în UE (Grafic 2), cu o valoare în Euro de aproximativ 15% din media UE. Venitul mediu disponibil la paritatea puterii de cumpărare reprezenta în 2016 aproximativ 30% din media UE, numai 61% din cel al Bulgariei și aproximativ 25% din cel al unor țări dezvoltate cum sunt Germania sau Franța.

[7] Venitul mediu disponibil este venitul total al gospodăriei, după taxe şi impozite, disponibil pentru consum sau economisire, împărţit la numărul de membri ai gospodăriei. Fiecare membru al gospodăriei este convertit în adult echivalent, utilizându-se o scală de echivalență ce acordă o pondere de 1 primului adult, de 0,5 celui de-al doilea adult și fiecărei persoane în vârstă de 14 ani și peste și de 0,3 fiecărui copil sub 14 ani. Date disponibile începând cu anul 2007.

[8] 2016 cel mai recent an cu date disponibile pentru toate țările.

Grafic 2. Venitul mediu disponibil anual, 2016 (Euro)



Sursa: Eurostat, EU-SILC.

În timp, venitul mediu net a cunoscut o creștere importantă în ţara noastră (Tabel 1), însă perioada de criză economică a avut o influență de durată asupra veniturilor din gospodărie. După scăderea provocată de criză începând cu 2010, venitul disponibil a depășit nivelul anterior crizei abia în anul 2015.

Dacă la nivel macro evoluţia României a fost pozitivă, la cel micro, al resurselor financiare individuale şi pe gospodărie, progresul a fost mai puţin important, veniturile populaţiei rămânând în decalaj faţă de trendul economiei. Atunci când comparăm dinamica macro şi micro, constatăm că diferenţele de PIB între România şi celelalte ţări postcomuniste sunt mai mici decât cele de venit disponibil. De asemenea, cu un PIB mai mic faţă de România, Bulgaria are un venit disponibil considerabil mai mare. Aceste pattern-uri arată că mecanismele de distribuţie a venitului naţional, care transformă output-ul economic în venit disponibil, sunt mai puţin favorabile în România (Mărginean 2006).

Tabel 1. Venitul mediu disponibil, anual, 2007-2016 (Euro)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
UE	15886	16945	17066	17117	17292	17726	17711	18117	18539	18873	-
Bulgaria	1716	2668	3278	3498	3429	3276	3509	3911	4093	3855	4598
România	**1940**	**2320**	**2525**	**2372**	**2400**	**2355**	**2327**	**2445**	**2676**	**2747**	**3059**

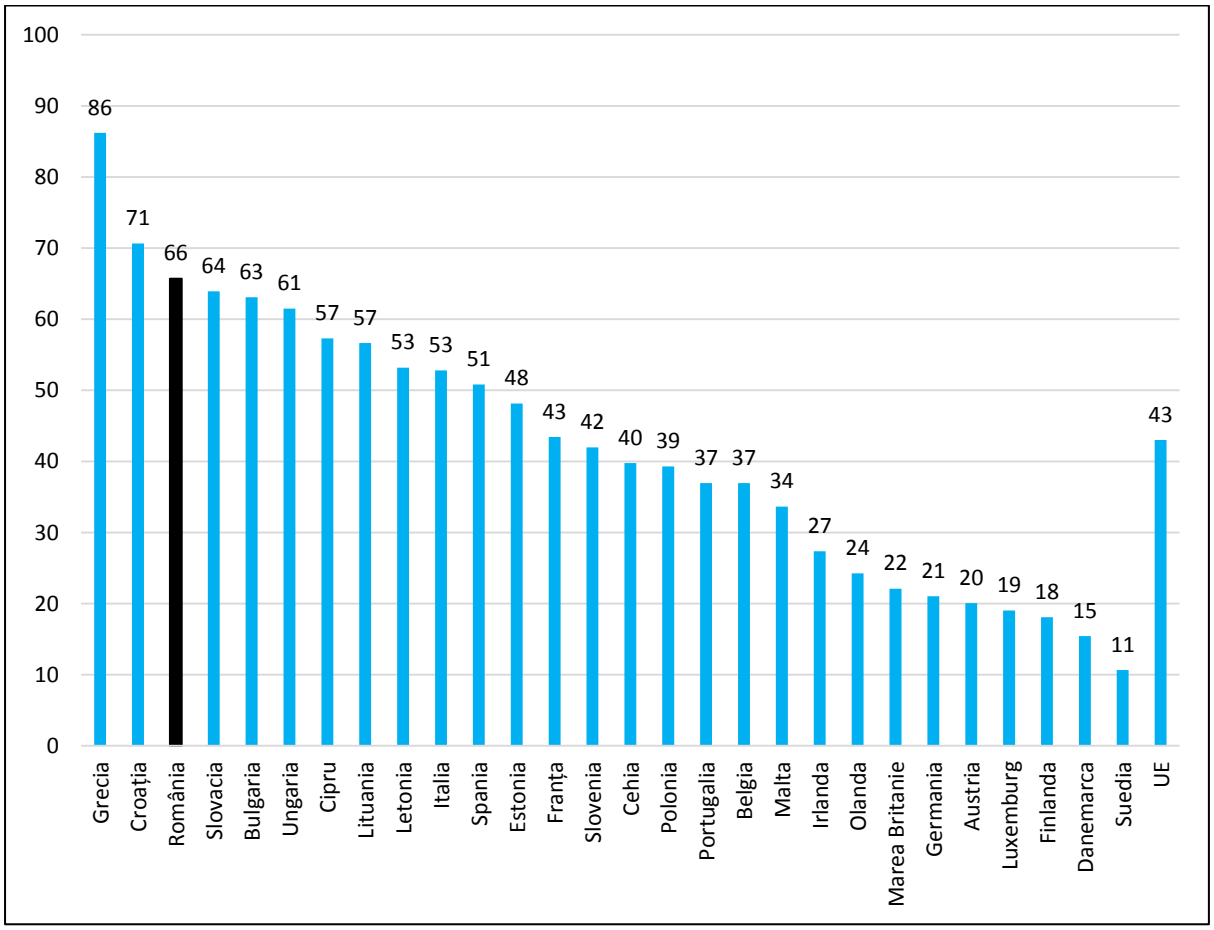
Sursa: Eurostat, EU-SILC.

Dificultăţi în satisfacerea nevoilor de bază

Evaluările subiective ale oamenilor dezvăluie experienţele personale în satisfacerea nevoilor fundamentale şi, în cele din urmă, măsura în care viaţa este împovărată de problemele economice. Modul în care venitul aflat la dispoziţie este alocat depinde de nivelul efectiv al acestuia, de nevoile membrilor gospodăriei, de prioritătile percepute la un moment dat, precum şi de valorile şi scopurile personale ale oamenilor şi de capacitatea de organizare individuală.

O proporţie covârşitoare a populaţiei, de 66%, declară că are dificultăţi în a face faţă necesităţilor cu venitul pe care îl are. Acest procent situează România pe locul 3 în Uniunea Europeană în această ierarhie negativă, în vecinătatea unor ţări ca Slovacia, Bulgaria sau Ungaria şi la mare distanţă de ţările dezvoltate, unde numai un procent redus al populaţiei se află în situaţia de a avea astfel de probleme (Grafic 3).

Grafic 3. Proporția persoanelor care declară că au dificultăți în a-și îndeplini nevoile (%), 2016



Q88. O gospodărie poate avea diverse surse de venit şi mai mult de un membru al gospodăriei poate contribui la acest venit. Dacă vă gânditi la venitul total lunar al gospodăriei dvs., aţi spune că faceţi faţă necesităţilor ….? 1. Foarte uşor 2. Uşor 3. Destul de uşor 4. Cu oarecare dificultate 5. Cu greu 6.Foarte greu.
Notă: procentul celor care declară dificultăţi (variantele 4-6).

În timp, în România, s-a înregistrat o reducere a proporţiei persoanelor care întâmpină dificultăţi în satisfacerea nevoilor materiale, de la 77% în anul 2003 la 66% în 2016 (Tabel 2). Cifrele semnifică o îmbunătăţire graduală a circumstanţelor de natură economică în ţara noastră, în mod asemănător cu ţările postcomuniste Polonia, Letonia, Lituania, Bulgaria, Estonia.

Tabel 2. Proporția persoanelor care declară că au dificultăți în a-și îndeplini nevoile (%)

	2003	2007	2011	2016
Austria	17	25	21	20
Belgia	28	33	42	37
Bulgaria	90	83	77	63
Cipru	55	56	58	57
Cehia	49	49	52	40
Germania	24	26	30	21
Danemarca	14	13	18	15
Estonia	68	50	67	48
Grecia	66	67	86	86
Spania	48	41	52	51
Finlanda	20	19	25	18
Franța	38	37	49	43
Croația		58	63	71
Ungaria	67	75	76	61
Irlanda	22	22	43	27
Italia	27	43	44	53
Lituania	84	64	68	57
Luxemburg	15	16	17	19
Letonia	76	63	71	53
Malta	23	36	38	34
Olanda	27	23	31	24
Polonia	71	51	52	39
Portugalia	41	33	41	37
România	**77**	**69**	**72**	**66**
Suedia	17	14	18	11
Slovenia	41	38	50	42
Slovacia	59	43	71	64
Marea Britanie	23	21	37	22
UE	44	41	48	42

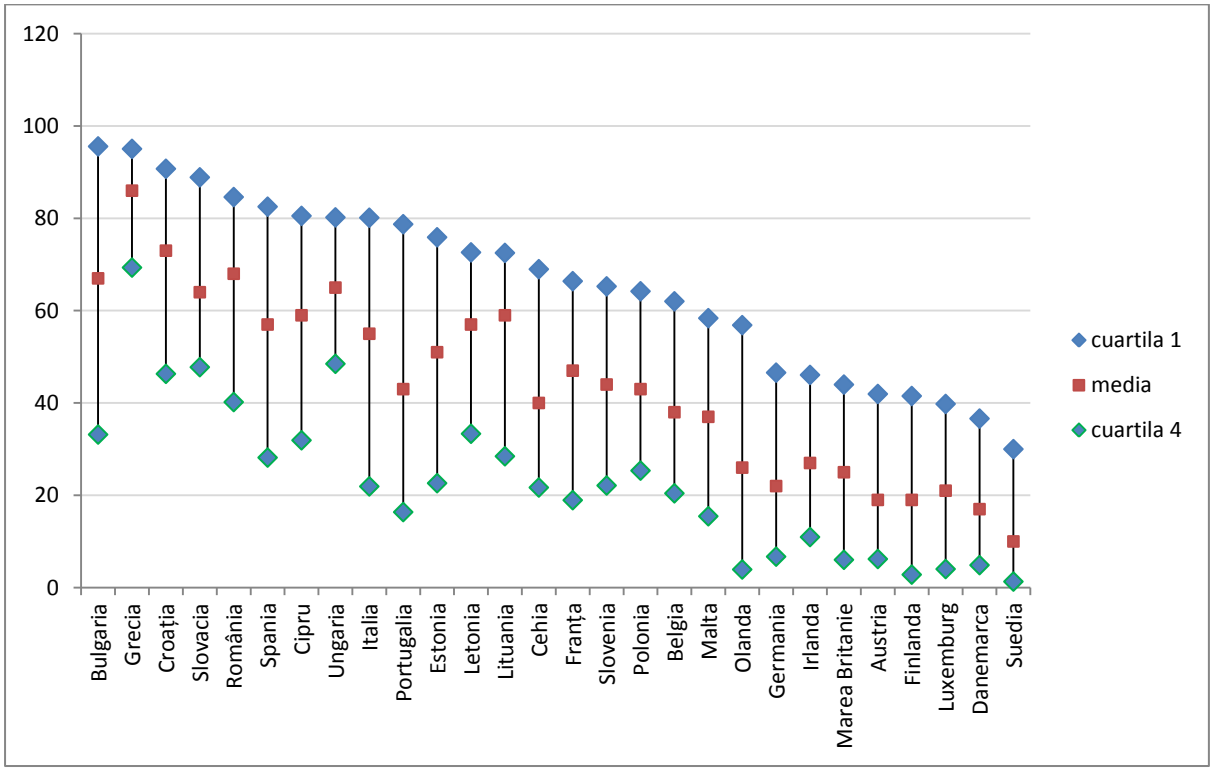
Q88. O gospodărie poate avea diverse surse de venit şi mai mult de un membru al gospodăriei poate contribui la acest venit. Dacă vă gânditi la venitul total lunar al gospodăriei dvs., aţi spune că faceţi faţă necesităţilor ….? 1. Foarte uşor 2. Uşor 3. Destul de uşor 4. Cu oarecare dificultate 5. Cu greu 6. Foarte greu.
Notă: procentul celor care declară dificultăţi (variantele 4-6).
Diferenţe semnificative statistic pentru România pe baza testului Bonferroni, p<0,05. Toate diferenţele de procente între ani sunt semnificative, cu excepţia celei între 2011 şi 2007.

Unele ţări vestice, cum sunt Austria, Danemarca, Luxemburg, Olanda, Suedia, au menţinut proporţii relativ stabile în timp ale persoanelor afectate de probleme financiare, reuşind, probabil, să protejeze cetăţenii de criza economică. Altele, cum sunt Belgia, Italia, Franţa, Irlanda, Spania şi Marea Britanie, au înregistrat o înrăutăţire a situaţiei în anul 2011, datele arătând faptul că o proporţie mai mare a populaţiei a resimţit la momentul respectiv dificultăţile economice. Grecia şi

Croaţia au cele mai mari procente de respondenţi care se confruntă cu probleme financiare şi sunt singurele în contextul UE pentru care evoluţia a fost semnificativ negativă pe întreaga perioadă considerată. În anul 2011, sub impactul crizei, pe ansamblul UE, s-a înregistrat o creştere semnificativă a proporţiei persoanelor cu dificultăţi materiale, după care s-a revenit la nivelul anterior crizei (Tabel 2).

Categoriile vulnerabile în faţa dificultăţilor economice sunt evidenţiate de analiza în funcţie de variabilele sociodemografice. În România, în cuartila 1 de venit (25% din populaţie care deţine cele mai scăzute venituri) şi din cuartila 2, cea mai mare parte a persoanelor (85%, respectiv 82%) se află într-o situaţie materială extrem de dificilă în care nu îşi pot asigura nevoile de bază (Tabel 3). Chiar şi în cea mai înaltă cuartilă de venit (25% din populaţie care deţine cele mai înalte venituri), 40% dintre respondenţi declară dificultăţi în satisfacerea necesităţilor fundamentale. În ţara noastră, cuartila 1 de venit are o situaţie apropiată de cea a cuartilei 4 din ţările dezvoltate (Marea Britanie, Austria, Finlanda etc), în timp ce persoanele care se situează la media venitului declară circumstanţe similare cuartilei 4 din ţări precum Cehia, Franţa sau Slovenia (Grafic 4). În ţări ca Danemarca sau Suedia, proporţia celor care declară dificultăţi în cuartila 1 de venit este mai mică decât a celor din cuartila 4 în România.

Grafic 4. Proporția persoanelor care declară că au dificultăți în a-și îndeplini nevoile, 2016



Q88. O gospodărie poate avea diverse surse de venit şi mai mult de un membru al gospodăriei poate contribui la acest venit. Dacă vă gânditi la venitul total lunar al gospodăriei dvs., aţi spune că faceţi faţă necesităţilor ....? 1. Foarte uşor 2. Uşor 3. Destul de uşor 4. Cu oarecare dificultate 5. Cu greu 6.Foarte greu.
Notă: procentul celor care declară dificultăţi (variantele 4-6).

Conform aşteptărilor, există diferenţe semnificative pe categorii sociodemografice în percepţia dificultăţilor materiale (Tabel 3). Pe cuartile de venit, cea mai importantă diferenţiere se produce între cei care deţin cele mai înalte 25% dintre venituri şi restul populaţiei. În timp, aceştia au experimentat schimbări importante comparativ cu cei care au venituri mai mici, cunoscând efectele pozitive ale creşterii economice atât în anul 2007, cât şi post criză. Schimbările în timp au fost puţin

importante pentru cei din jumătatea inferioară a distribuţiei veniturilor, unde cea mai mare parte a populaţiei îşi poate îndeplini cu greutate necesităţile.

Condiţiile materiale negative sunt resimţite diferenţiat şi în funcţie de vârstă, dificultăţile crescând odată cu vârsta. Din acest punct de vedere România, împărtăşeşte un model valabil pentru majoritatea ţărilor postcomuniste şi se distanţează de ţările mai dezvoltate unde, pe măsura înaintării în vârstă, problemele de natură materială au o tendinţă de scădere. În societăţile dezvoltate, oamenii acumulează în ciclul vieţii, pe parcursul perioadei active, resurse materiale (financiare şi de avere) care îi pot proteja la vârsta a treia. În ţara noastră, persoanele de peste 50 de ani au cea mai dificilă situaţie, iar cele peste 65 de ani sunt în mod special expuse problemelor materiale, datele indicând în cazul lor o situaţie extrem negativă şi care rămâne stabilă în timp.

Categoriile de vârstă active, 25-49 de ani, au beneficiat în mai mare măsură de progresul economic, schimbări pozitive în perioada considerată înregistrându-se în modul în care apreciază îndeplinirea nevoilor materiale.

Oamenii din mediul rural resimt dificultăţile materiale într-o proporţie mai mare comparativ cu urbanul, demonstrând şi aici poziţia dezavantajată a celor care locuiesc la sat comparativ cu cei din urban. În perspectivă temporală, începând cu anul 2007, în circumstanţele resimţite în urban a fost vizibilă o îmbunătăţire importantă.

Tabel 3. Proporția persoanelor care declară că au dificultăți în a-și îndeplini nevoile în România (%), 2016

		2003	2007	2011	2016
Venit – cuartile	1	92	93	92	85
	2	80	84	83	82
	3	79	73	71	67
	4	54	35	49	40
Vârstă	18-24	63	65	58	62
	25-34	70	64	65	51
	35-49	84	61	72	62
	50-64	81	74	81	72
	65+	83	82	76	78
Mediu rezidenţial	Rural	78	73	77	71
	Urban	76	63	65	60
Sex	Masculin	73	65	66	60
	Feminin	82	73	77	71
Total		77	69	72	66

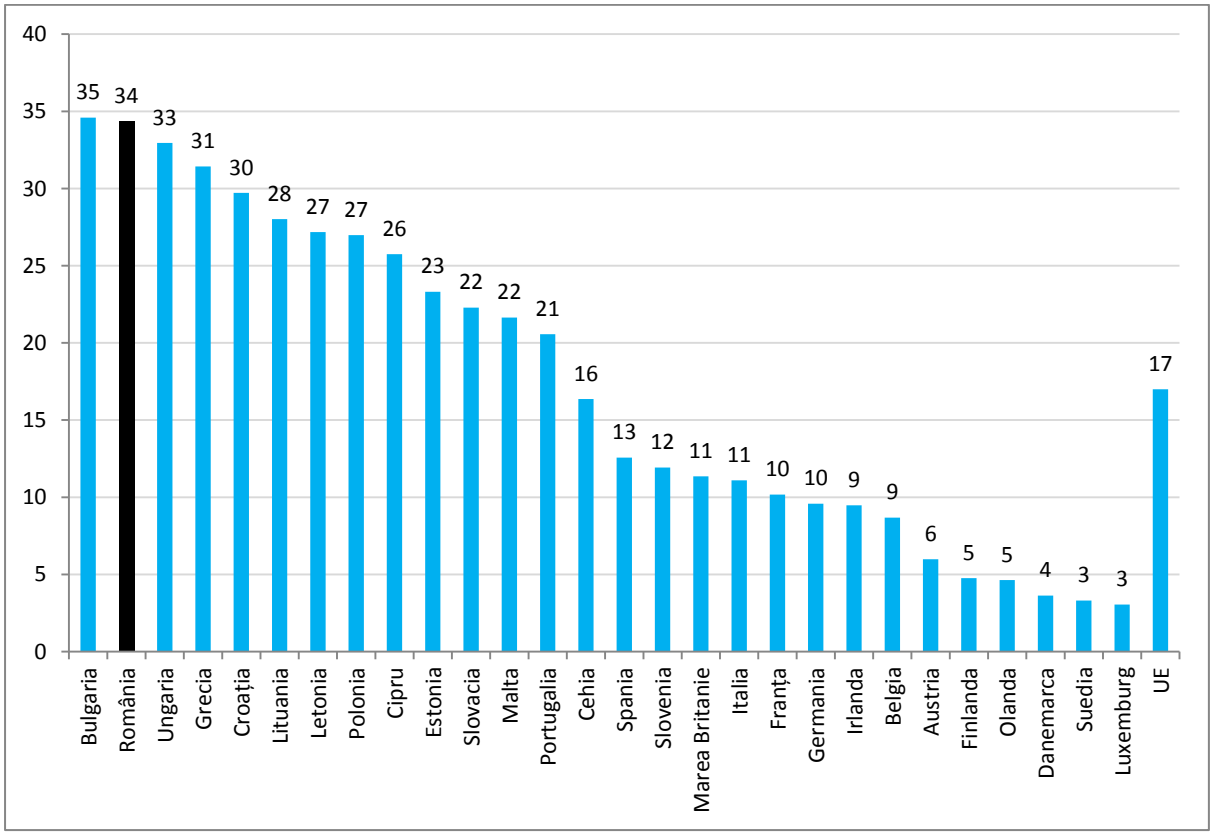
Notă: Cifrele în celule albastre indică schimbarea semnificativă în 2016 faţă de 2003.
Cifrele în celule roşii schimbarea semnificativă în 2011 faţă de 2007.

Deprivarea – elemente necesare pentru traiul conform standardelor din societatea modern

În România, o treime din populaţie era afectată de deprivare materială în anul 2016, confruntându-se cu lipsuri în cel puţin trei domenii care sunt considerate astăzi absolut necesare traiului într-o societate modernă: 1. menţinerea unei temperaturi adecvate în locuinţă, 2. o săptămână de vacanţă pe an, 3. posibilitatea de a înlocui piesele de mobilier uzate, 4. o masă cu carne, pui sau peşte o dată la două zile, 5. cumpărarea de haine noi, 6. invitarea unor prieteni sau rude la masă sau la un pahar cel puţin o dată pe lună.

Deprivarea materială s-a aflat într-o continuă scădere în ultimii aproximativ 15 ani, acesta fiind indicatorul cu evoluţia pozitivă cea mai evidentă din toate aspectele nivelului de trai. Totuşi, o parte a populaţiei încă suferă din pricina unor lipsuri în domenii care ţin de supravieţuirea biologică. Astfel, în 2016, 17% din populaţie nu îşi permitea să menţină o temperatură adecvată în locuinţă şi 19% nu putea să asigure o masă o masă cu carne, pui sau peşte o dată la două zile, deşi îşi dorea acest lucru (Tabel 4).

Grafic 5. Rata de deprivare materială[9], 2016



Q89. Există unele lucruri pe care mulţi oameni nu şi le pot permite, chiar dacă le plac. Pentru fiecare dintre următoarele lucruri de pe această listă, vă rog să specificaţi dacă gospodăria dvs. şi-l permite în cazul în care vi-l doriţi? 1. menţinerea unei temperaturi adecvate în locuinţă, 2. o săptămână de vacanţă pe an, 3. posibilitatea de a înlocui piesele de mobilier uzate, 4. o masă cu carne, pui sau peşte o dată la două zile, 5. cumpărarea de haine noi, 6. invitarea unor prieteni sau rude la masă sau la un pahar cel puţin o dată pe lună.
Notă: Procentul celor care declară că le lipsesc cel puţin trei itemi din cei şase

[9] Rata de deprivare calculată ca procent al populaţiei care se confruntă cu lipsa a cel puţin trei itemi din cei şase măsuraţi în chestionar. În acest raport rata deprivării este calculată pe baza datelor din EQLS şi diferă de rata calculată de Eurostat pe baza EU-SILC.

Tabel 4. Proporţia persoanelor care nu îşi permit, deşi îşi doresc.... (%)

	2003	2007	2011	2016
Menţinerea unei temperaturi adecvate în locuinţă	51	22	18	17
O săptămână de vacanţă pe an plătită, departe de casă (nu la rude)	75	68	66	66
Înlocuirea oricărei piese de mobilier uzate	80	61	61	59
O masă cu carne, pui sau peşte o dată la două zile, dacă doriţi acest lucru	39	22	19	19
Cumpărarea de haine noi, şi nu la mâna a doua	57	40	48	42
Invitarea unor prieteni sau rude la masă sau la un pahar cel puţin o dată pe lună	42	36	30	31

Q89. Există unele lucruri pe care mulţi oameni nu şi le pot permite, chiar dacă le plac. Pentru fiecare dintre următoarele lucruri de pe această listă, vă rog să specificaţi dacă gospodăria dvs. şi-l permite în cazul în care vi-l doriţi?

Rata de deprivare este semnificativ mai ridicată pentru anumite categorii de populaţie: persoanele cu venituri aflate în jumătatea inferioară a distribuţiei de venituri (52%), cele cu educaţie scăzută (70%), pensionarii (51%) şi persoanele de peste 65 de ani (52%). În rural, 41% din populaţie este deprivată faţă de numai 27% în urban. România are cel mai însemnat număr de oameni în stare de deprivare materială în mediul rural din UE, precum şi cea mai importantă inegalitate între cele două medii rezidenţiale.

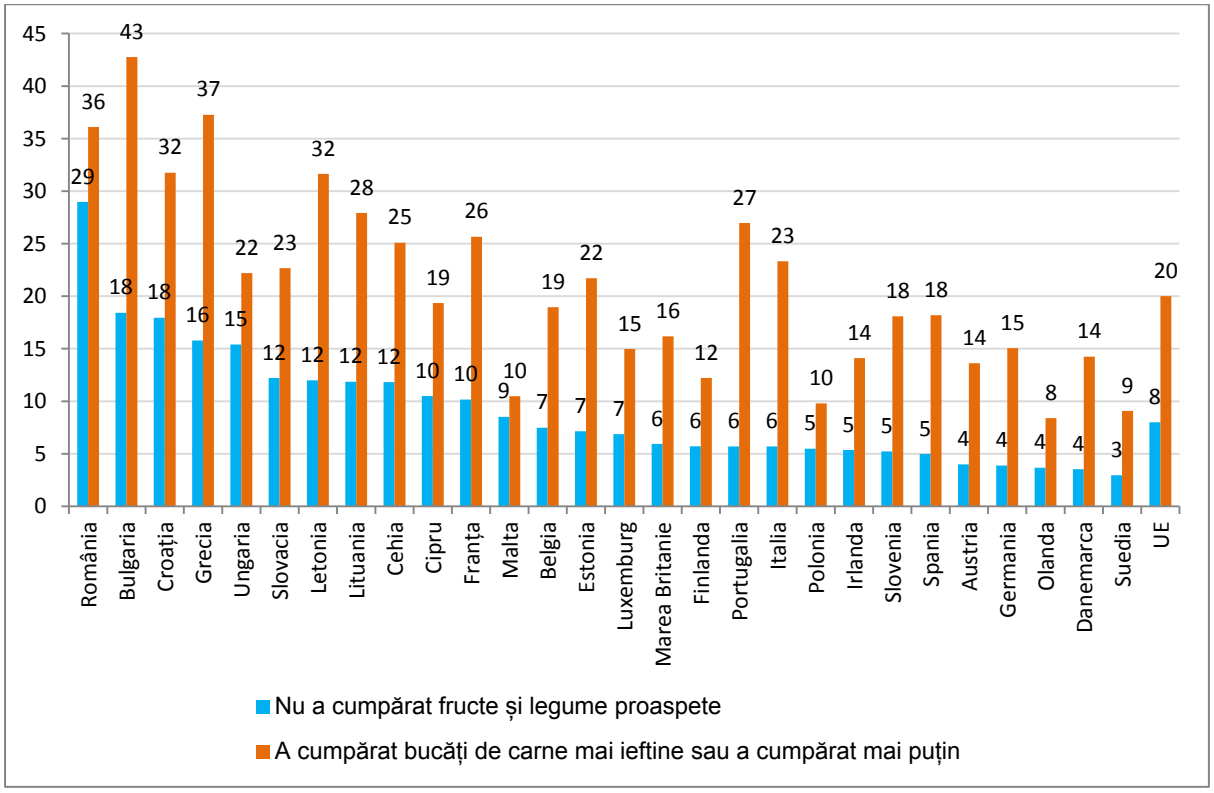
Strategii de satisfacere a nevoilor fundamentale: reducere, amânare, renunţare

Pe fondul unui nivel de trai scăzut şi având la dispoziţie resurse economice reduse, cea mai mare parte a populaţiei se concentrează pe satisfacerea nevoilor fundamentale. Categoriile vulnerabile sunt în special nevoite să recurgă la strategii specifice pentru a acoperi nevoile de bază, reducând din alimentaţie, amânând satisfacerea anumitor necesităţi pe care nu le percep ca presante sau chiar renunţând la îndeplinirea lor.

Studiul EQLS a măsurat dacă oamenii recurg la a reduce, a amâna sau a renunţa la anumite componente în patru domenii de bază pentru că banii le-au fost necesari pentru alte elemente esenţiale: 1. s-au descurcat fără fructe și legume proaspete; 2. au cumpărat bucăți de carne mai ieftine sau au cumpărat mai puțin decât şi-au dorit; 3. au amânat vizita sau nu au mers la medic; 4. au amânat vizita sau nu au mers la dentist.

Pentru a putea acoperi lucrurile de primă necesitate, oamenii prioritizează banii în funcţie de nevoile pe care le consideră urgente la un moment dat, însă această ierahizare pare să se facă în interiorul nevoilor care ţin de supravieţuire şi nu în relaţie cu cele superioare. O parte a populaţiei este nevoită să îşi modifice regimul alimentar, să amâne sau chiar să renunţe la alte elemente cum sunt vizitele la medic. În 2016, 36% dintre respondenţi au declarat că au cumpărat bucăți de carne mai ieftine sau au cumpărat mai puțin decât şi-au dorit, iar 29% s-au descurcat fără fructe și legume proaspete (Grafic 6). De asemenea, o proporţie importantă a populaţiei a amânat sau a renunţat la vizita la medic sau dentist pentru că banii au fost necesari pentru alte nevoi de bază (Grafic 7).

Grafic 6. Proporţia persoanelor care au fost nevoite să reducă din alimentele necesare (%), 2016

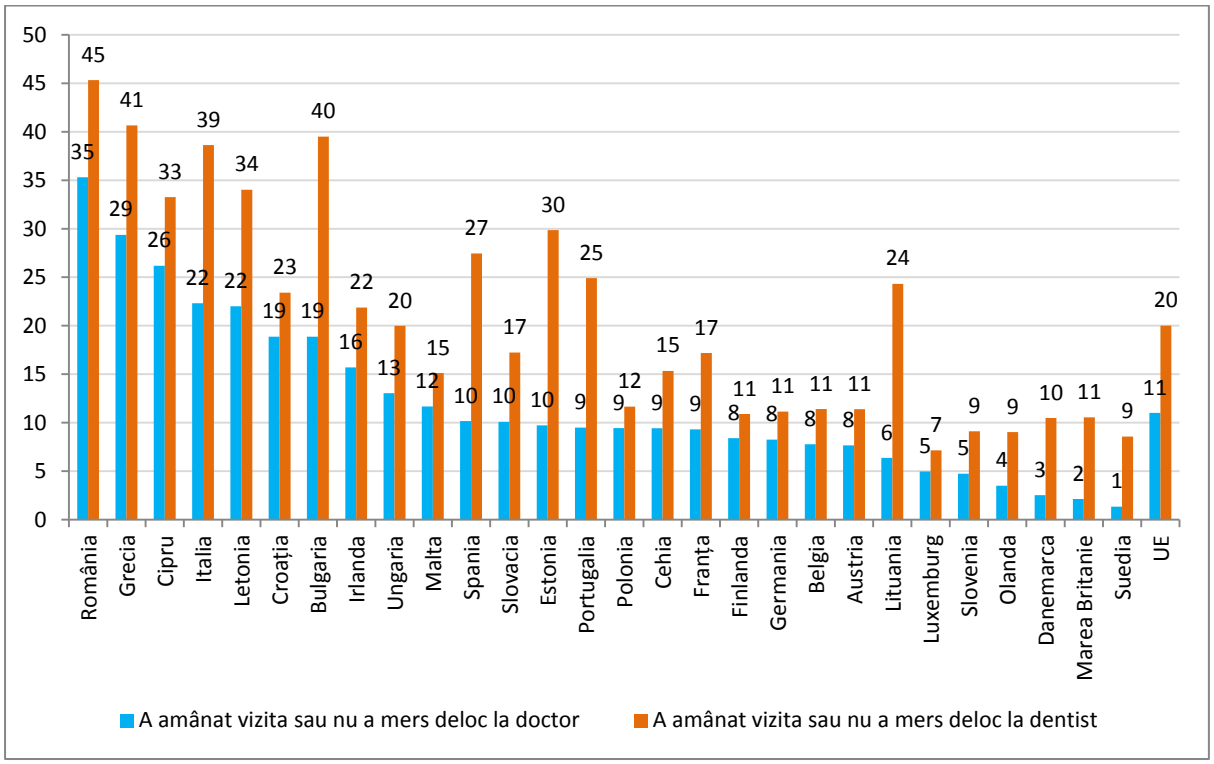


Q90. În primul rând, gândindu-vă la mâncare, dvs. sau altcineva din gospodăria dvs. și-a schimbat regimul alimentar în ultimele două săptămâni, deoarece banii au fost necesari pentru alte lucruri de primă necesitate? V-ați descurcat fără fructe și legume proaspete. Ați cumpărat bucăți de carne mai ieftine sau ați cumpărat mai puțin decât v-ați dorit.

În România, 63% dintre respondenţi au redus/amânat/renunţat la cel puţin unul din cele patru elemente, acesta fiind cel mai înalt procent din UE, în timp ce la extrema cealaltă, în Suedia, numai 16% au fost nevoiţi să recurgă la astfel de sacrificii. Nesatisfacerea nevoilor în cele patru domenii poate avea consecinţe negative majore pentru starea de sănătate a populaţiei, în condiţiile în care în România 12% din populaţie este nevoită să facă sacrificii în toate cele patru domenii. De asemenea, îngrijorător este faptul că 45% dintre respondenţi au amânat vizita sau au renunţat să meargă la dentist, acest procent situând ţara noastră pe primul loc în UE în această ierarhie negativă, la mare distanţă de ţările vestice unde între 9 şi 11% din populaţie recurge la acest comportament.

Întârzierea la plata facturilor este un alt tip de comportament prin care oamenii prioritizează îndeplinirea nevoilor. 18% din populaţie era nevoită în anul 2016 să întârzie cu plata facturilor la utilităţi (întreţinere, electricitate etc), România situându-se din acest punct de vedere pe locul 5 în UE, după ţări cum sunt Grecia sau Croaţia unde peste o treime din populaţie are dificultăţi în achitarea facturilor, dar la distanţă faţă de ţările dezvoltate aflate la cealaltă extremă, ca Suedia sau Olanda, unde numai un procent nesemnificativ se află în această situaţie. În timp, în ţara noastră s-a înregistrat o îmbunătăţire semnificativă faţă de momentul 2003 când aproape o treime din respondenţi declarau întârzieri în plata facturilor.

Grafic 7. Proporţia persoanelor care au fost amânat vizita sau au renunţat să meargă la doctor (%), 2016



Q91.Iar acum, gândindu-vă la vizitele la medic sau la dentist, în ultimele 12 luni, dvs. sau cineva din gospodăria dvs. nu a mers deloc sau a amânat o vizită, deoarece banii au fost necesari pentru alte lucruri de primă necesitate? 1. Da, nu a(m) mers deloc 2. Da, a(m) amânat vizita. Notă: răspunsuri cumulate 1+2.

Odată cu creşterea economică, dificultăţile în plata facturilor s-au atenuat simţitor, oamenii preferând să achite datoriile inainte de a se ocupa de celelalte cheltuieli (hrană, îmbrăcăminte, călătorii etc). Totuşi, aceste cheltuieli rămân o povară pentru aproape a patra parte a populaţiei.

Tabel 5. Proporţia persoanelor care au declarat întârzieri la plata facturilor şi datoriilor la utilităţi (%)

	2003	2007	2011	2016
Austria	2	8	7	5
Belgia	7	16	14	9
Bulgaria	5	26	23	24
Cipru	10	23	37	21
Cehia	6	7	13	7
Germania	4	12	12	4
Danemarca	3	3	3	3
Estonia	21	8	9	5
Grecia	23	15	40	48
Spania	5	8	13	7
Finlanda	7	9	6	9
Franţa	9	7	9	9
Croaţia		24	27	31
Ungaria	18	24	25	14
Irlanda	12	8	14	7
Italia	6	18	25	16
Lituania	21	12	9	8

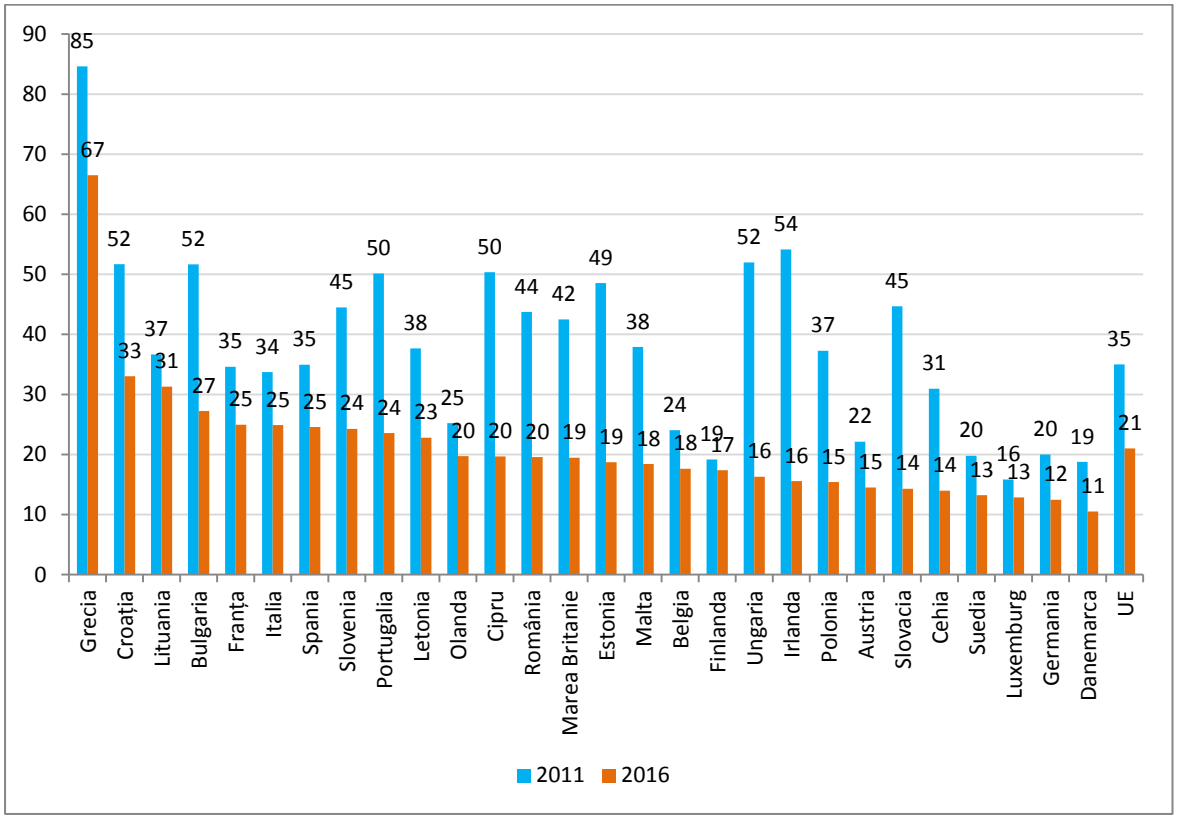
Luxemburg	5	4	4	7
Letonia	26	13	23	13
Malta	7	7	9	7
Olanda	6	6	10	2
Polonia	27	19	24	10
Portugalia	9	12	11	7
România	**31**	**25**	**21**	**18**
Suedia	4	3	3	1
Slovenia	7	9	11	9
Slovacia	15	13	12	4
Marea Britanie	9	10	10	7
UE	10	13	15	10

Q93. S-a aflat gospodăria dvs. în situaţia de a fi în întârziere cu plăţile pe parcursul ultimelor 12 luni, adică în incapacitate de a plăti la timp oricare dintre următoarele? Facturile de electricitate, întreţinere, gaze etc.

Percepţia asupra situaţiei financiare a gospodăriei

În anul 2016, în România, la nivelul gospodăriei, 12% dintre respondenţi apreciau că situaţia lor financiară s-a îmbunătăţit comparativ cu anul anterior, 68% considerau că a rămas la fel şi 20% declarau că s-a înrăutăţit. Proporţia celor care apreciau o înrăutăţire a situaţiei financiare comparativ cu anul anterior a scăzut în timp cu mai mult de jumătate, de la 43% în anul 2011, la 20% 2016. Percepţia asupra situaţiei financiare la nivelul gospodăriei, având ca reper anul anterior, s-a îmbunătăţit în toate ţările europene (Grafic 8).

Grafic 8. Proporţia persoanelor care apreciază că situaţia financiară a gospodăriei s-a înrăutăţit faţă de anul trecut (%)

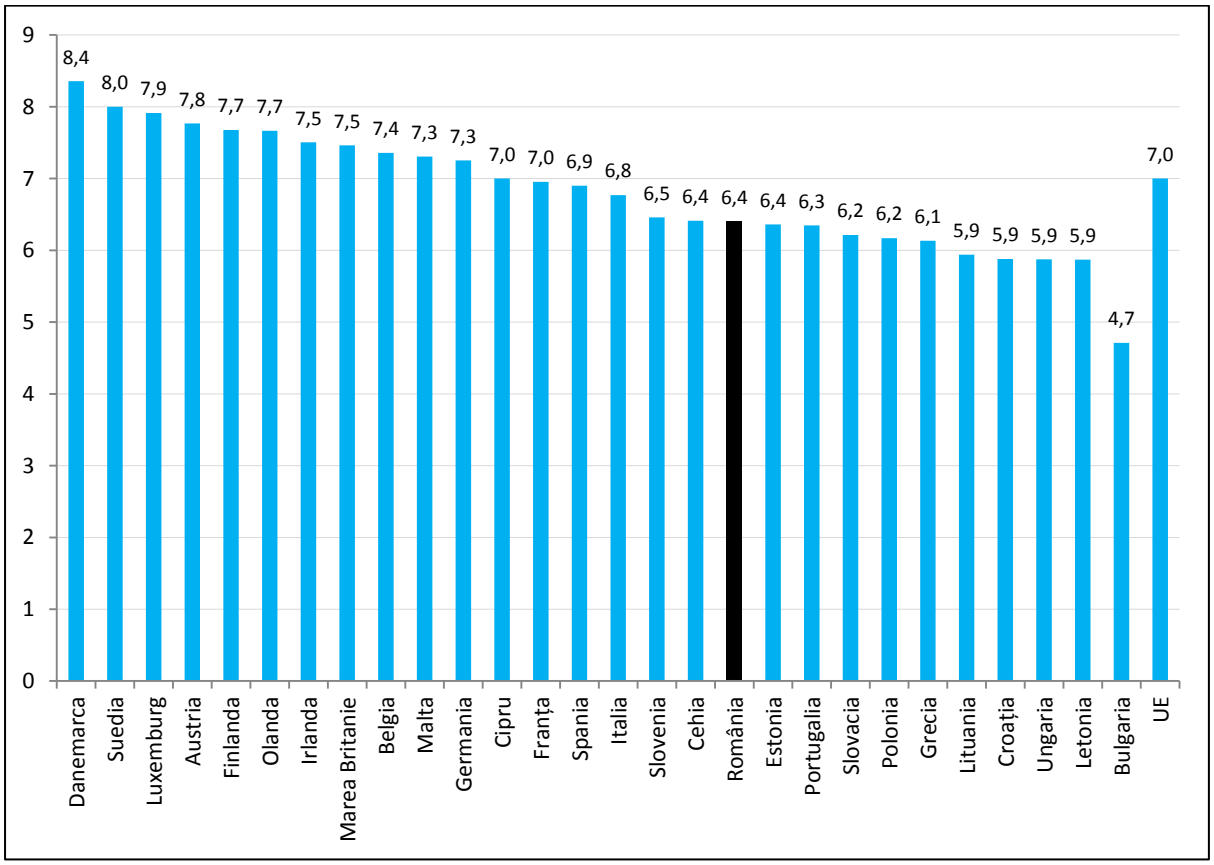


Q98. Comparând situaţia financiară a gospodăriei dvs. cu 12 luni în urmă şi în prezent, aţi spune că s-a îmbunătăţit, s-a înrăutăţit sau a rămas la fel? Notă: proporţia celor care apreciază înrăutăţirea situaţiei.

Satisfacţia cu nivelul de trai

Satisfacția cu nivelul de trai relevă mulţumirea oamenilor faţă de resursele materiale de care dispun şi faţă de modul în care ei reuşesc sa le administreze, astfel încât necesităţile economice să fie acoperite la nivelul dorit. În România, în anul 2016, satisfacţia faţă de nivelul de trai înregistra o medie de 6,7 pe o scală de la 1 la 10 unde 1 înseamnă foarte nemulţumit, iar 10 foarte mulţumit (Grafic). Acest scor plasează ţara noastră sub media UE, dar mai bine decât ar fi de aşteptat, dat fiind nivelul redus al resurselor materiale. Aceasta semnifică faptul că oamenii trec, într-o anumită măsură, prin procese de adaptare la condiţiile negative. Totuşi, îngrijorătoare rămâne concentrarea majorităţii populaţiei pe nevoi fundamentale şi tensiunea supravieţuirii resimţită la nivelurile inferioare ale venitului.

Grafic 9. Satisfacția cu nivelul de trai (medii), 2016

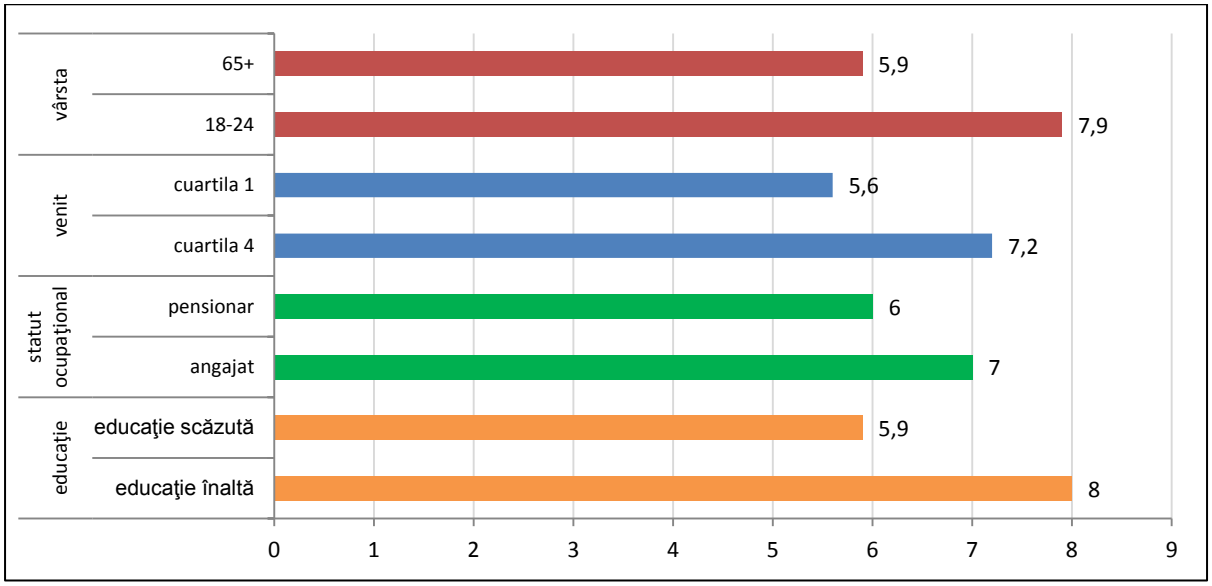


Q6c. Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă foarte nemulţumit(ă) şi 10 înseamnă foarte mulţumit(ă), vă rog să-mi spuneţi cât de mulţumit(ă) sunteţi de nivelul dvs. de trai actual. Notă: scor mediu pe scala de la 1 la 10.

În timp, mulţumirea oamenilor faţă de nivelul de trai a înregistrat o creştere semnificativă de la 6,1 în anul 2003 la 6,7 în 2016. România împărtăşeşte modelul unor ţări ca Polonia, Estonia, Slovacia, Portugalia, unde acest indicator a cunoscut o îmbunătăţire, spre deosebire de ţările vestice unde nivelul satisfacţiei a rămas aproximativ la aceleaşi niveluri: Olanda, Finlanda, Danemarca.

Diferenţierile sistematice care apar în satisfacţia cu nivelul de trai pe categorii sociodemografice reflectă şi confirmă inegalităţile obiective de venit şi condiţii de trai. Niveluri foarte scăzute de satisfacţie înregistrează vârstnicii peste 65 de ani, persoanele cu educaţie scăzută, cele din cuartila 1 de venit.

Grafic 10. Inegalităţi în satisfacţia cu nivelul de trai pe categorii sociodemografice (medii), 2016



Q6c. Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă foarte nemulţumit(ă) şi 10 înseamnă foarte mulţumit(ă), vă rog să-mi spuneţi cât de mulţumit(ă) sunteţi de nivelul dvs. de trai actual. Notă: scor mediu pe scala de la 1 la 10.

Concluzii

- Condiţiile materiale sunt problematice în România. Având la dispoziţie cel mai scăzut venit disponibil din UE, persoanele şi gospodăriile din ţara noastră întâmpină inconveniente majore în satisfacerea nevoilor fundamentale. O majoritate de 66% din populaţie se confruntă cu dificultăţi în a face faţă necesităţilor cu venitul pe care îl au la dispoziţie.
- Nivelul de trai este scăzut în România comparativ cu ţările din UE. Datele referitoare la dificultăţile economice situează România pe locul 3 în Uniunea Europeană, în vecinătatea unor ţări ca Slovacia, Bulgaria sau Ungaria şi la mare distanţă de ţările dezvoltate, unde numai un procent redus al populaţiei se află în situaţia de a avea astfel de probleme. Comparativ cu ţările dezvoltate, se poate aprecia că situaţia celei mai înalte cuartile de venit din România este asemănătoare cu aceea din cea mai joasă cuartilă de venit din ţările dezvoltate.
- Cele mai afectate categorii sociodemografice de condiţiile financiare precare sunt persoanele situate în cuartilele 1 şi 2 de venit, cele din rural, cele de peste 50 de ani şi în mod special peste 65 de ani. Chiar şi în cea mai înaltă cuartilă de venit, o proporţie substanţială a respondenţilor (40%) declară dificultăţi în satisfacerea necesităţilor fundamentale.
- În încercarea de a acoperi nevoile de bază, oamenii recurg la strategii de prioritizare, amânare sau chiar renunţare la îndeplinirea unor necesităţi fundamentale. O proporţie semnificativă a respondenţilor se confruntă cu probleme în zona supravieţuirii biologice, aflându-se în imposibilitatea de asigura un regim alimentar decent (cu carne, fructe, legume) sau de a asigura temperatura adecvată în locuinţă. Mai mult, o treime din populaţie amână vizitele la medic şi la medicul dentist din cauza dificultăţilor financiare.
- În timp, în perioada analizată, nivelul de trai a cunoscut o îmbunătăţire semnificativă: venitul disponibil a crescut, deprivarea materială a scăzut, proporţia celor care declară dificultăţi financiare s-a diminuat, procentajul celor aflaţi în întârziere cu plăţile a scăzut, iar satisfacţia cu nivelul de trai a crescut. România se situează alături de ţări postcomuniste cum sunt

Polonia, Letonia, Lituania, Bulgaria, Estonia care, de asemenea, au trecut printr-o perioadă pozitivă pentru nivelul de trai. Dar progresul în ţara noastră s-a produs de la niveluri foarte scăzute, iar îmbunătăţirea înregistrată nu este suficientă pentru a asigura întregii populaţii condiţii materiale decente de viaţă. Dimpotrivă, există inegalităţi importante între prima cuartilă de venit şi restul distribuţiei venitului, între rural şi urban, între vârstnici şi restul populaţiei, între cei cu educaţie scăzută şi persoanele cu educaţie înaltă.

- Criza economică a determinat o scădere importantă a venitului disponibil. La nivel subiectiv, criza pare să fi afectat semnificativ persoanele din cuartila cea mai înaltă de venit şi categoria de vârstă de mijloc 35-49, însă efectul crizei este în mică măsură vizibil în date. Variaţia înregistrată pe ani este puţin importantă, iar diferenţele se produc, de obicei, într-o zonă negativă de evaluare.
- Satisfacţia cu nivelul de trai, indicatorul de rezultat al circumstanţelor economice ale vieţii persoanei, se situează peste medie şi, în perspectivă temporală, a cunoscut o îmbunătăţire, plasând România alături de Estonia, Polonia, Slovacia şi Spania.

Bibliografie:

Mărginean, Ioan, Iuliana Precupeţu, Vassil Tzanov, Ana Maria Preoteasa, Bogdan Voicu. 2006. First European Quality of Life Survey: Quality of life in Bulgaria and Romania. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Disponibil on-line: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef0667en.pdf

Calitatea locuirii

Locuirea reprezintă una din componentele esențiale ale calității vieții, răspunzând nevoilor de securitate materială, dar și celor psihologice și sociale, locuința fiind spațiul în care oamenii petrec o mare parte a vieții lor, se relaxează și interacționează în cadrul intim al familiei (Delhey 2004, Domanski *et al.* 2006). În acest sens, evaluarea condițiilor de locuire obiective, cât și aprecierea satisfacției individuale cu aceste condiții creează o imagine asupra uneia din cele mai importante sfere ale vieții și poate reprezenta primul pas în stabilirea unor standarde pentru politicile cu rol în creșterea calității locuirii.

Această secțiune va analiza locuirea în România printr-o abordare comparativă la nivel european, urmărind principalele subteme: situația deținerii locuinței, descrierea și evoluția în timp a condițiilor de locuire inadecvată (*housing inadequacy*), satisfacția cu locuirea, precaritatea locuirii, calitatea percepută a mediului fizic din imediata apropiere în care românii locuiesc, cât și siguranța zonei în care se află locuința proprie. Locuirea inadecvată este măsurată prin șase indicatori cu răspunsuri dihotomice da/nu): 1. lipsa spațiului; 2. ferestre, uși sau podele putrede; 3. pereți sau acoperiș cu igrasie sau scurgeri (indicatori indirecți pentru sărăcie energetică, reflectă într-o oarecare măsură calitatea costrucției clădirii și a întreținerii ei); 4. Fără toaletă cu apă curentă în interiorul locuinței. 5. Lipsa unei băi sau a dușului. 6. Lipsa dotărilor (de încălzire sau răcire) pentru a menține o temperatură confortabilă în casă (indicator indirect de sărăcie energetică, reflectă probleme în capacitatea unei gospodării de a asigura cheltuielile necesare).

Tipul proprietății și precaritatea locuirii

În ceea ce privește tipul de proprietate, România se menține ca una dintre țările cu cea mai mare rată de deținere în proprietate a locuințelor individuale fără credit, cu 87%, în timp ce media europeană a deținerii în proprietate este de 56% din totalul de locuințe. Oficial, în România numărul locuințelor închiriate este foarte mic, reprezentând 2% din totalul formelor de locuire, însă acest procent nu reprezintă o măsură reală a închirierilor, practica închirierii informale, fără contract oficial, fiind și ea răspândită (în special în zonele urbane).

Deși în România cea mai mare parte a populației trăiește în locuințe aflate în proprietate unui membru al gospodăriei, acest lucru asigurând o anumită stabilitate în viața oamenilor, calitatea locuirii este în general scăzută. Astfel, țara noastră înregistrează valori ridicate ale indicatorilor care denotă o calitate scăzută a locuirii: supraaglomerare și fond de locuințe deteriorat. Conform Eurostat, 48% dintre români locuiesc în locuințe supraaglomerate, ceea ce situează țara noastră pe primul loc în UE, la distanță de țările estice (Ungaria 40%, Polonia 40%, Bulgaria 42%, Croația 41%), cifra fiind de aproape 3 ori mai mare față de media UE (16,4%). Conform criteriilor Eurostat, o locuință e considerată supraaglomerată dacă nu îndeplinește (are mai puțin de) următoarele criterii[10] : O cameră comună pe gospodărie; O cameră pe cuplu adult din gospodărie; O cameră pe persoană adultă celibatară din gospodărie; O cameră pentru fiecare 2 persoane între 12-17 ani de același sex din gospodărie; O cameră pe persoană între 12-17 ani din gospodărie, neinclusă în categoria de mai sus; O cameră pentru fiecare 2 copii sub 12 ani din gospodărie.

[10] http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Overcrowding_rate

De asemenea, proporția populației supra-îndatorate cu cheltuieli de locuire (*housing cost overburden*) este semnificativă în România. Exprimat ca procentul populației pentru care cheltuielile de locuire reprezintă mai mult de 40% din venituri[11], supra-îndatorarea populației este de 14%, aproape de de media europeană de 11% și mai scăzută decât în țări ca Germania (15,8%), Danemarca (15%) sau Grecia (40%). Cifra este importantă având în vedere costurile reduse ale traiului și locuirii relativ la media europeană. Tendința acestui indicator a fost descendentă, procentul populației supraîndatorate scăzând cu aproape 5% in ultimii 10 ani. (Eurostat 2017).

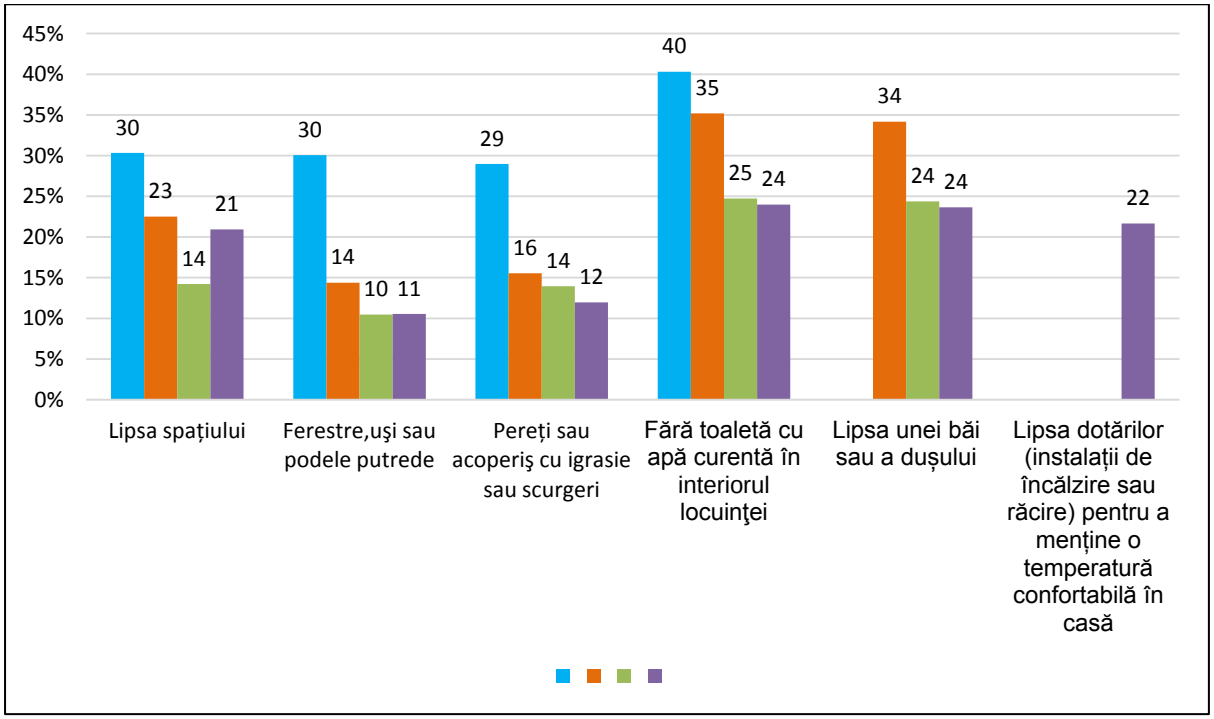
O măsură predictivă a precarității locuirii o reprezintă răspunsul la întrebarea privind probabilitatea ca în următoarele 6 luni o persoană să își schimbe locuința pentru că nu își permite să locuiească în ea. Românii nu diferă substanțial de cetățenii din alte țări europene în privința probabilității de a schimba locuința din motive financiare, astfel 89% dintre români spun că e improbabil să își schimbe locuința în următoarele 6 luni din cauza cheltuielilor pe care aceasta le implică (în condițiile în care media europeană a celor care spun că e improbabil să schimbe locuința este tot de 89%). Ținând cont că românii au una dintre cele mai ridicate rate de deținere în proprietate a locuinței individuale din Europa și că modelul de locuire este unul marcat de stabilitate și de puține schimbări pe parcursul vieții, acest indicator este mai degrabă relevant pentru starea de precaritate resimțită o parte din populație (5% care spun că este foarte probabil să schimbe locuința în următoarele 6 luni).

Locuirea inadecvată

Condițiile de locuire au un rol important pentru bunăstarea fizică și mentală a populației, locuirea inadecvată poate astfel afecta starea de sănătate (Bonnefoy 2007). O serie de probleme ale locuirii sunt identificate prin datele EQLS pornind de la câțiva indicatori care descriu problemele locuinței: lipsa spațiului, existența unor ferestre, uși, pereți în stare precară (igrasie, scurgeri, deteriorări etc.), lipsa toaletei și a dușului, precum și, recent introdus în setul de indicatori colectați de Eurofound (ultimul val din 2016), lipsa dotărilor (instalații de încălzire sau răcire) pentru a menține o temperatură confortabilă în casă, indicator indirect de sărăcie energetică. Conform ultimelor rapoarte europene, sărăcia energetică este în creștere și din cauza nevoii de a transfera cheltuielile în alte zone ale bugetului, fie din cauza creșterii costului energiei electrice (EQLS 2016). În timp ce lipsa spațiului reprezintă mai degrabă o măsură subiectivă de raporare la dimensiunile obiective ale locuinței, ea poate indica o serie de tensiuni între posibilități și nevoile de locuire. Ceilalți indicatori (Grafic 1) reprezintă mai degrabă problemele în locuința individuală. Exceptând aprecierea subiectivă a spațiului disponibil, ceilalți indicatori au înregistrat o evoluție descendentă din 2003 până în 2011, ca apoi, în următorul val din 2016 să stagneze. Per ansamblu, putem spune ca avem o îmbunătățire ușoară a aprecierii condițiilor de locuire în România din 2003 până in prezent. Cu toate acestea, aproape un sfert din populație nu are toaletă cu apă curentă în interiorul locuinței, nu are baie sau duș și, de asemenea, nu are posibilitatea să asigure o temperatură confortabilă în casă.

[11] http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Glossary:Housing_cost_overburden_rate

Grafic 1. Locuirea inadecvată, România, 2016



Q25. Aveți una dintre următoarele probleme în locuința în care stați? 1. Lipsa spaţiului; 2.Ferestre, uşi sau podele putrede; 3. Pereți sau acoperiş cu igrasie sau scurgeri; 4. Fără toaletă cu apă curentă în interiorul locuinţei; 5. Lipsa unei băi sau a duşului; 6. Lipsa dotărilor (instalații de încălzire sau răcire) pentru a menține o temperatură confortabilă în casă. Pentru fiecare item din grafic, variantele de răspuns sunt: 1. Da, 2. Nu 3. Refuz (spontan). 4. Nu știu. Itemul "lipsa unei băi sau a duşului" nu e prezent în valul din 2003, iar itemul "lipsa dotărilor pentru a menține o temperatură confortabilă în casă" este introdus în 2016.

În ceea ce privește lipsa spațiului, România se află pe locul 2 după Letonia (27%) în topul țărilor care declară că au această problemă. Conform datelor EUSILC din 2012 (European Survey on Income and Living Conditions), România deține și cea mai mică dimensiune medie a locuinței printre țările europene (43,9 m^2), în timp ce media europeană se situează la 96 m^2.

Tabel 1. Proporția persoanelor care declară că au avut probleme cu locuința pe categorii sociodemografice în România - 2016 (%)

		Lipsa spațiului	Ferestre, uşi sau podele putrede	Pereți sau acoperiş cu igrasie sau scurgeri	Fără toaletă cu apă curentă în interiorul locuinţei	Lipsa unei băi sau a duşului	Lipsa dotărilor (instalații de încălzire sau răcire) pentru a menține o temperatură confortabilă în casă
Vârsta	18-24	18	6	12	21	24	21
	25-34	29	9	7	15	14	12
	35-49	26	9	11	25	26	28
	50-64	20	8	14	23	20	17
	65+	9	19	14	33	32	27
Venit - cuartile	1	36	21	23	50	49	51
	2	17	16	16	32	32	21

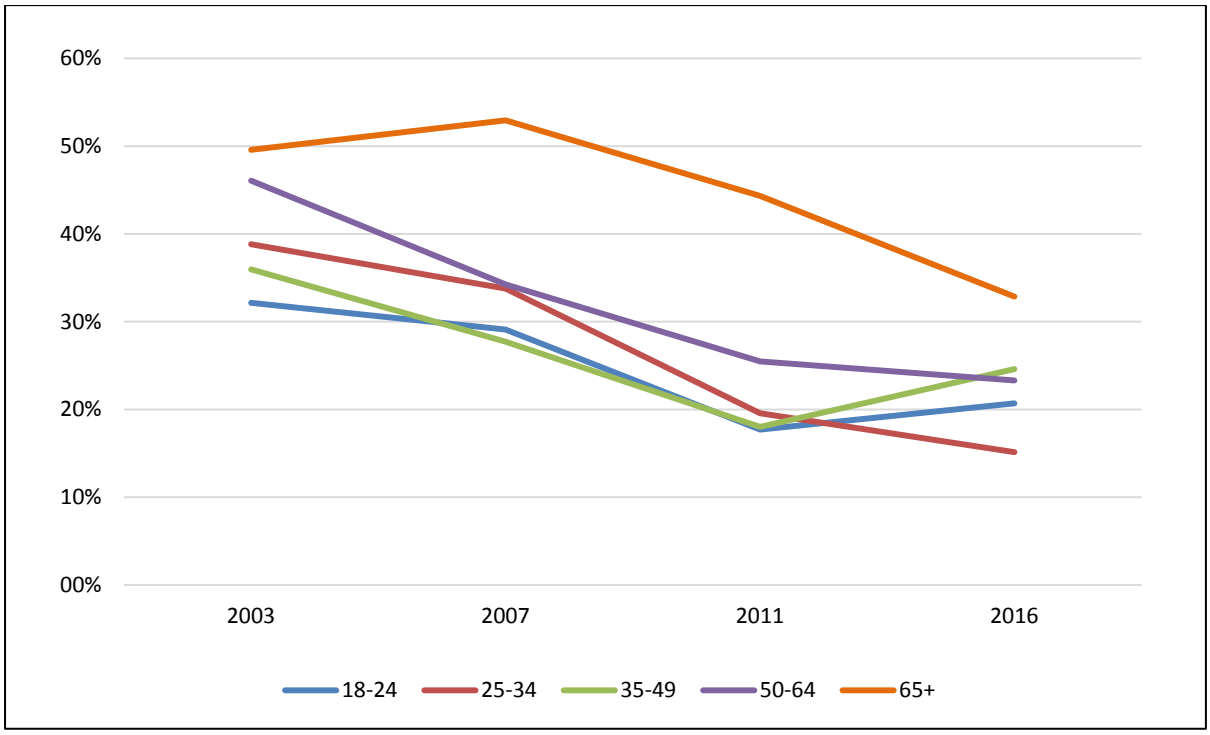
	3	23	8	9	14	14	13
	4	14	2	2	10	10	6
Mediul rezidențial	Rural	22	16	16	38	38	35
	Urban	20	4	6	5	4	5

Q25. Aveţi una dintre următoarele probleme în locuinţa în care staţi? 1. Lipsa spaţiului; 2.Ferestre, uşi sau podele putrede; 3. Pereţi sau acoperiş cu igrasie sau scurgeri; 4. Fără toaletă cu apă curentă în interiorul locuinţei; 5. Lipsa unei băi sau a duşului; 6. Lipsa dotărilor (instalații de încălzire sau răcire) pentru a menține o temperatură confortabilă în casă. Variantele de răspuns sunt: 1. Da, 2. Nu 3. Refuz (spontan). 4. Nu știu.
Notă: Exemplu de citire: 18% dintre tinerii cu vârste între 18 și 24 de ani menționează lipsa spațiului, față de 9% dintre vârstnicii 65+.

Mai mult, situația pentru anumite grupuri sociale vulnerabile este în continuare precară și nu reflectă situația generală (EQLS 2016). Astfel, dintre cei care au avut probleme cu locuința persoanele cu veniturile scăzute (cuartila 1 de venit) sunt cele mai afectate (50% dintre cei cu venituri scăzute au declarat că nu au toaletă în gospodărie), față de numai 10% dintre cele cu venituri ridicate (cuartila 4). Lipsa dotărilor pentru confortul termic al locuinței e un indicator puternic pentru diferențierea între cei cu venituri ridicate și cei cu venituri scăzute și, de asemenea, între cei care locuiesc în rural și cei din urban. Dintre locuitorii din urban doar 5% se plâng de lipsa posibilității de a asigura confortul termic, față de 35% din rural care spun același lucru.

Persoanele în vârstă (65+) au probleme cu întreținerea fizică a locuinței într-o măsură considerabil mai mare comparativ cu persoanele tinere. Astfel, 19% dintre persoanele de peste 65 de ani au ferestre și podele putrede. Date similare la nivel european se găsesc în Bulgaria (20%), însă România nu este însă pe primul loc în privința problemelor în calitatea infrastructurii locuinței, astfel în Croația (27%) și Grecia (25%) sunt mai multe persoane de peste 65 de ani care se confruntă cu probleme similare decât în România.

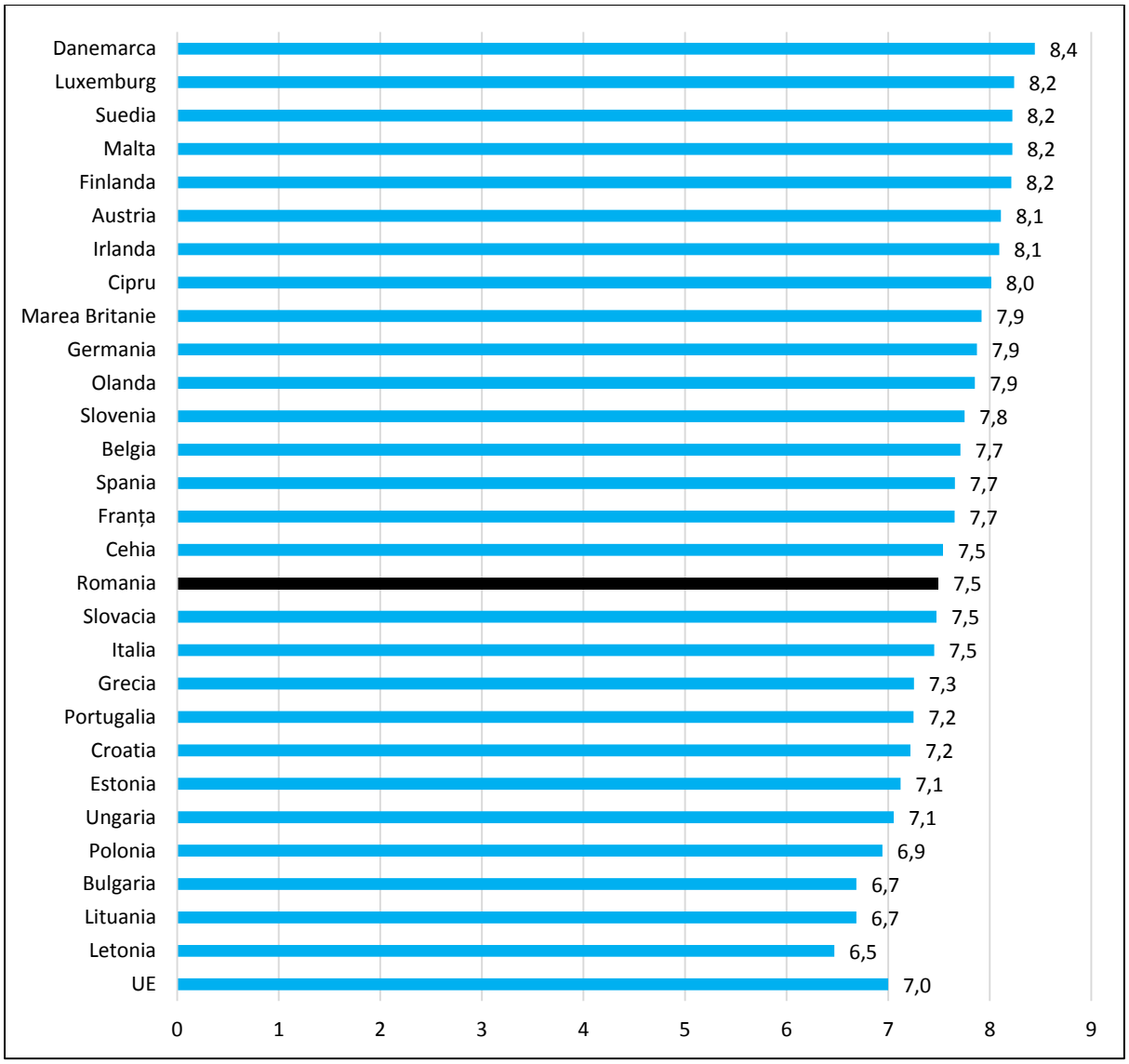
Grafic 2. Locuințe fără toaletă cu apă curentă în interior pe categorii de vârstă



Q25.Aveţi una dintre următoarele probleme privind locuinţa în care staţi? 4. Fără toaletă cu apă curentă în interiorul locuinţei. Variantele de răspuns sunt: 1. Da, 2. Nu 3. Refuz (spontan). 4. Nu știu.

Numărul mediu de camere în România este de 3. Distribuția numărului de camere pe locuință este diferită între persoanele sărace și cele cu venituri ridicate, însă doar pentru locuințele care au un număr de camere cuprins între 2 și 3 camere putem observa diferențele. Cele mai multe locuințe individuale sunt cele cu 2 (34%) și cu 3 camere (35%). Persoanele sărace, din cuartilla 1 de venit, au mai multe locuințe cu 1 cameră față de cele din cuartila 4 de venit. Din totalul locuințelor de o cameră, cele mai multe le au persoanele cu veniturile cele mai scăzute (31,8% din totalul locuințelor cu o cameră, față de 22% din locuințele cu o cameră în cuartila 4). Cuartila 1 de venit are și cele mai multe din locuințele de 2 camere față de celelalte cuartile de venituri, în timp ce persoanele cu venituri ridicate, din cuartila 4, au semnificativ mai multe locuințe cu 3 camere.

Grafic 3. Satisfacția cu locuirea (2016)



Q6. Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă foarte nemulţumit(ă) şi 10 înseamnă foarte mulţumit(ă), vă rog să-mi spuneţi cât de mulţumit(ă) sunteţi de următoarele afirmaţii? 4. Locuinţa dvs.

Satisfacția cu locuirea are o valoare sub media europeană pe 2018 (7,5 față de 8). În timp, satisfacția față de locuire a crescut în România, din 2003, urmând un trend invers față de problemele de locuire raportate de populație, până în 2011. În valul din 2016 se înregistrează o ușoară scădere a satisfacției față de locuire.

Tabel 2. Satisfacția cu locuirea (2003-2016)

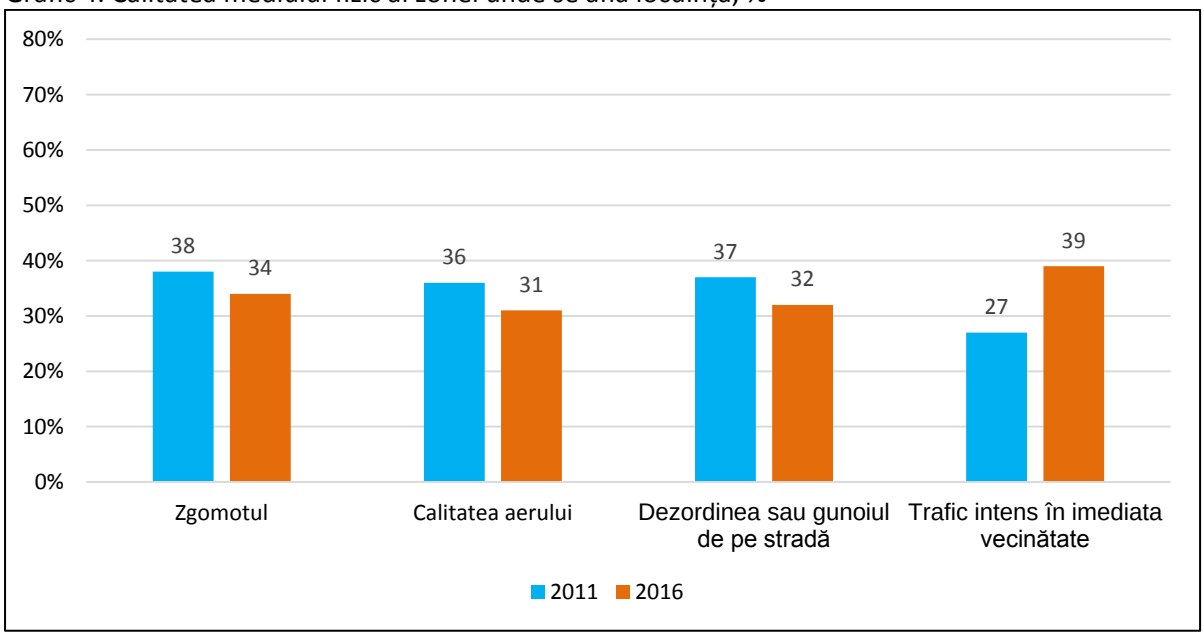
	2003	2007	2011	2016
Austria	8,3	7,5	8,3	8,4
Belgia	7,9	7,9	7,6	7,5
Bulgaria	6,4	6,0	6,9	7,4
Cipru	7,5	7,9	8,6	7,8
Cehia	7,3	7,9	7,5	7,4
Germania	8,2	7,9	7,7	7,9
Danemarca	8,5	8,5	8,4	8,4
Estonia	6,4	7,2	7,2	7,4
Grecia	7,3	7,3	7,1	7,4
Spania	7,5	7,6	7,9	7,5
Finlanda	8,0	8,2	8,3	8,3
Franța	7,5	7,9	7,6	7,6
Croatia		6,9	7,8	6,9
Ungaria	6,9	6,5	7,0	7,8
Irlanda	8,2	7,6	8,2	8,4
Italia	7,7	7,3	7,6	7,3
Lituania	5,9	6,4	7,0	7,3
Luxemburg	8,2	8,3	8,2	8,3
Letonia	6,3	6,2	6,6	6,8
Malta	8,2	8,3	8,1	8,2
Olanda	7,7	8,0	7,9	7,9
Polonia	6,5	7,0	6,9	7,3
Portugalia	6,7	7,0	7,4	7,8
România	**7,2**	**7,1**	**7,8**	**7,5**
Suedia	8,2	8,4	8,2	8,2
Slovenia	7,6	7,7	7,7	7,9
Slovacia	6,8	7,8	7,7	7,7
Marea Britanie	7,8	7,8	7,9	8,1
UE	7,9	7,9	7,9	8

Q6. Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă foarte nemulţumit(ă) şi 10 înseamnă foarte mulţumit(ă), vă rog să-mi spuneţi cât de mulţumit(ă) sunteţi de următoarele afirmaţii? 4. Locuinţa dvs.

Calitatea cartierului (a vecinătății)

O evaluare adecvată a calității locuirii implică și aprecierea condițiilor oferite de zona în care se află locuința personală. EQLS măsoară o serie de indicatori care reflectă calitatea subiectivă a mediului fizic al zonei apropiate (vecinătate/ cartier), cât și indicatori de apreciere a siguranței cartierului. Calitatea mediului fizic implică evaluări ale oamenilor cu privire la existența unor probleme legate de zgomot, calitatea aerului, dezordine și gunoi pe stradă, cât și probleme legate de trafic. Siguranța cartierului este măsurată prin doi indicatori, ambii cu referire la siguranța pe timpul nopții: dacă respondentul se simte în siguranță să meargă noaptea prin cartier și dacă se simte sigur să doarmă singur peste noapte în propria locuință. Acesti indicatori aparent individuali pot arăta dacă o persoană locuiește într-o zonă care e deficitară în privința protecției locuitorilor și a asigurării bunăstării și integrității lor fizice.

Grafic 4. Calitatea mediului fizic al zonei unde se află locuința, %



Q54: Vă rog să vă gândiți la zona în care locuiți în acest moment-mă refer la imediata apropiere a casei dvs. Aveți probleme majore (1), moderate(2) sau nu aveți probleme deloc (3) cu următoarele?: 1. Zgomotul 2. Calitatea aerului 3. Dezordinea sau gunoiul de pe stradă 4. Trafic intems în imediata vecinătate. În grafic, variabila folosită a fost recodificată cu variantele de răspuns: 1. Existența problemelor . 0. Lipsa problemelor. Procentele din grafic reprezintă valorile 1 (existența problemelor).

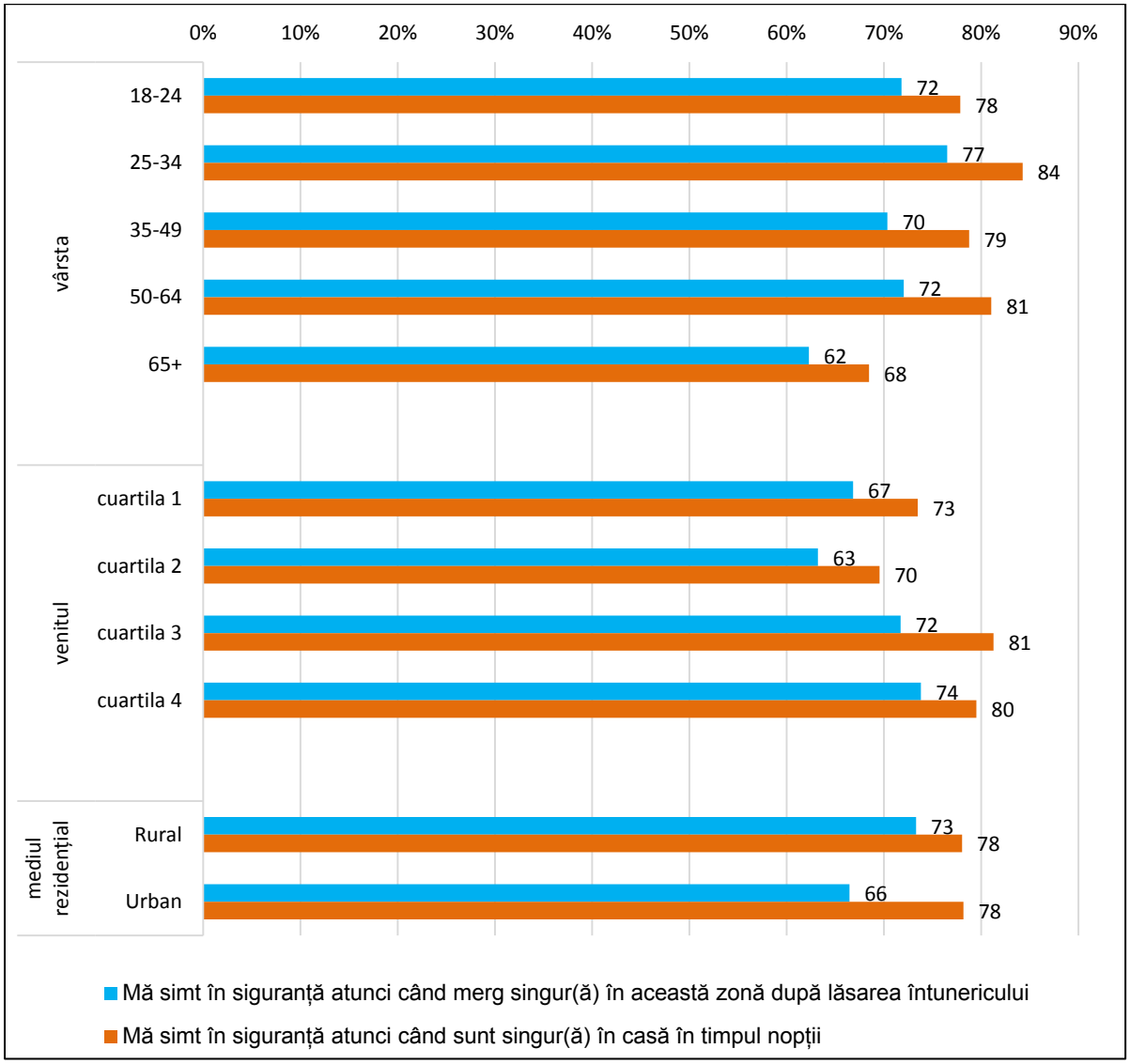
Între 2011 și 2016 trei din patru indicatori ai calității mediului fizic în care se află locuința au avut o evoluție moderat pozitivă. Astfel numărul de persoane care consideră zgomotul o problemă a mediului în care se află locuința a scăzut cu 4%, numărul de persoane nesatisfăcute de calitatea aerului a scăzut cu 5%, la fel ca numărul de persoane ce consideră gunoiul pe stradă o problemă a mediului din proximitatea locuinței. În schimb putem observa o evoluție semnificativă în sens opus la cel de-al patrulea indicator, cu o creștere de 12%, de la 27% la 39%, a persoanelor ce consideră traficul intens o problemă a mediului din zona locuinței. Acest ultim indicator e semnificativ, având în vedere creșterea parcului de mașini din România în ultimii ani. Scăderea graduală a numărului de persoane ce consideră ceilalți trei indicatori probleme ale mediului aferent spațiului locativ poate reprezenta o consecință a dezvoltării economice și a investițiilor publice și private.

În ceea ce privește siguranța percepută a zonei în care se află locuința, peste 70% din persoanele cu vârsta cuprinsă între 18-64 consideră că sunt în siguranță când merg prin zonă după lăsarea întunericului și peste 80% se simt în siguranță în interiorul locuinței, noaptea. Procentele cele mai mari în ambele cazuri sunt la persoanele cu vârste între 25 și 34 de ani. Persoanele peste 65 de ani se simt în siguranță în proporții mult mai mici, cu 62% considerând că nu sunt în siguranță noaptea în preajma locuinței și doar 68% simțindu-se în siguranță în locuință. Putem observa o evoluție a sentimentului de siguranță corespunzătoare vârstei, ce scade treptat până atinge un nivel minim la persoanele de vârsta a treia.

După venituri, putem observa un grad mai redus de siguranță pentru cele două cuartile inferioare, atât în ceea ce privește mersului prin zona în care se află locuința cât și în ceea ce privește siguranța locuinței noaptea. Gradul cel mai ridicat de încredere e la cuartila superioară, cu 74% dintre respondenții ce aparțin de această cuartilă simțindu-se în siguranță seara mergând prin zona unde se află locuința și 80% simțindu-se în siguranță în locuință. Această situație reflectă lipsa de acces a celor din cuartilele inferioare la zone cu o infrastructură mai puțin dezvoltată, (ex. iluminare stradală) ceea ce determină un sentiment de siguranță mai redus.

Putem observa că o mai mare parte din respondenții din mediul rural se simt în siguranță când merg prin zona unde se află locuința decât cei din mediul urban, cu 73%, respectiv 66% din respondenți, în timp ce 78% din locuitori, atât din mediul rural cât și din mediul urban se simt în siguranță în interiorul locuinței seara.

Grafic 5. Siguranța percepută a zonei unde se află locuința în funcție de vârstă, venit și mediul de rezidență



Q55. În ce măsură sunteţi sau nu de acord cu următoarele afirmaţii? 1. Mă simt în siguranță atunci când merg singur(ă) în această zonă, după lăsarea întunericului; 2. Mă simt în siguranță atunci când sunt singur(ă) în casă în timpul nopții. Variante de răspuns: 1. Total de acord; 2. Acord; 3. Nici acord,nici dezacord; 4. Dezacord; 5. Total în dezacord; 6. Refuz (spotan); 7. Nu ştiu

Concluzii

- România are un model de locuire caracterizat de stabilitate și schimbări reduse pe parcursul vieții. Rata mare a proprietății asupra locuinței este însoțită, însă, de o calitate slabă a locuirii: supraaglomerare, fond de locuințe deteriorat, o proporție semnificativă a populației supra-îndatorate cu cheltuieli de locuire.
- Condițiile de locuire inadecvată urmează o tendință descendentă în problemele raportate din 2003 până în 2011 ceea ce înseamnă că o parte din problemele de locuire au fost

rezolvate pentru un segment din populație: lipsa toaletei cu apă curentă în casă, existența unor ferestre, uși, pereți în stare precară (igrasie, scurgeri, deteriorări etc.), lipsa unei băi sau a dușului. Din 2011 până în prezent condițiile de locuire inadecvată stagnează și nu înregistrează o îmbunătățire semnificativă, nu se continuă ritmul de creștere de condițiilor din valurile inițiale (2003 și 2007).

- Avem însă în continuare în 2016 peste 40% din populație care se confruntă în continuare cu cel puțin o problemă de locuire inadecvată.
- Chiar dacă per ansamblu locuirea inadecvată s-a redus, există în continuare inegalități mari în condițiile de locuire între urban și rural și între cei cu veniturile foarte ridicate și cei cu veniturile foarte scăzute, ceea ce ne indică faptul că sunt necesare măsuri pentru menținerea uor condiții decente de locuire pentru segmentele de populație cu venituri reduse și foarte reduse.
- Mai mulți tineri menționează lipsa spațiului ca problemă cu locuința decât o fac persoanele în vârstă.
- Lipsa dotărilor pentru asigurarea confortului termic în locuință este un indicator al sărăciei energetice a populației (formă de sărăcie ce constă în a cheltui foarte mult pe energie din bugetul total sau/și de a nu cheltui suficient pe energia necesară gospodăriei). Lipsa dotărilor polarizează clasele de venit, peste 50% dintre cei cu venituri foarte scăzute au această problemă, în timp ce doar 6% dintre cei cu venituri foarte ridicate se confruntă cu asta. În România 22% din populație se confruntă cu lipsa dotărilor pentru încălzirea sau răcirea locuinței, față de doar 5% dintre europeni.
- Nu există îmbunătățiri considerabile în privința calității mediului fizic unde se află locuința în 2016 față de 2011 (zgomotul, calitatea aerului, dezordinea sau prezența gunoiului sunt considerate probleme ale zonei de locuire).
- Mai mult de o treime dintre vârstnici și dintre cei cu venituri mici se simt nesiguri în cartier.
- Traficul este cea mai importantă problemă privind calitatea mediului fizic din vecinătatea locuinței, cu o creștere la 39% din populație care o menționează în 2016, față de 27% în 2011.

Bibliografie

Delhey, J. (2004). European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Life satisfaction in an enlarged Europe*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

Domański, H., & European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2006). *First European quality of life survey: social dimensions of housing*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Bonnefoy, X. (2007). Inadequate housing and health: an overview. *International Journal of Environment and Pollution*, 30(3-4), 411-429.

Echilibrul viaţă de familie - viaţă profesională şi responsabilităţile de îngrijire

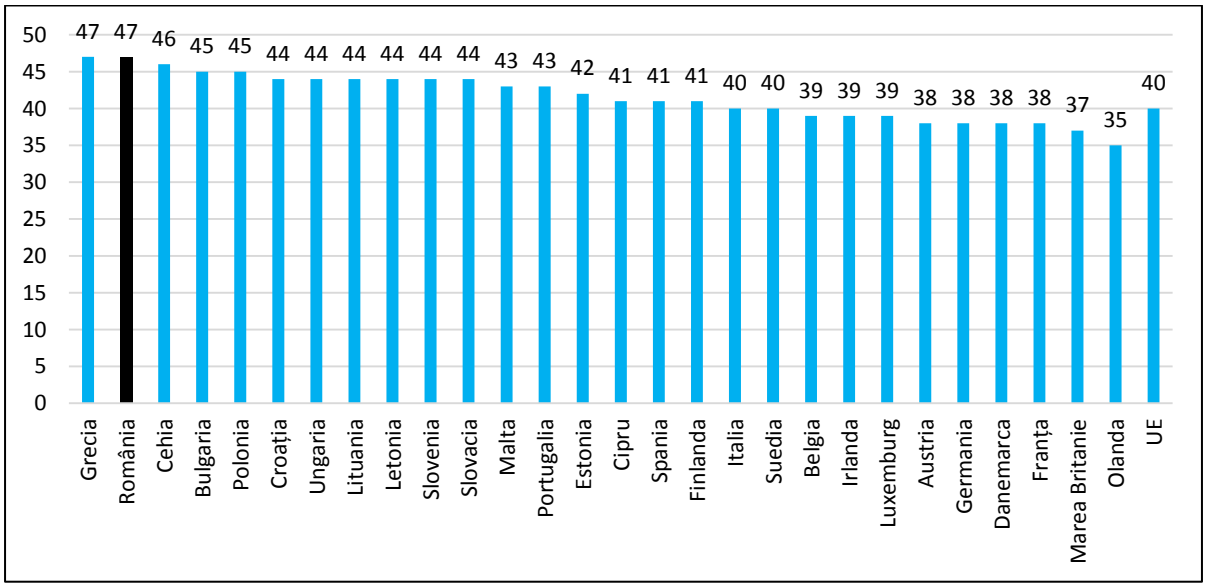
Echilibrul între viața profesională și cea privată este măsura în care persoana este la fel de implicată și satisfăcută cu rolurile sale profesionale și cele personale (Greenhaus, Collins și Shaw 2003). O varietate de activităţi desfăşurate în domenii diferite, muncă, familie, îngrijire, timp liber, este benefică pentru calitatea vieţii, în timp ce o viaţă unilaterală, concentrată numai pe o activitate, de îngrijire, de exemplu, poate fi săracă şi constrângătoare. Echilibrul între cele două sfere majore ale vieţii presupune suficientă muncă pentru a asigura un nivel de trai satisfăcător şi suficient timp pentru persoană şi ceilalţi membri ai familiei, astfel încât oamenii să nu resimtă presiunea conflictelor de rol.

Această secţiune se concentrează asupra analizei evaluărilor respondenților cu privire la o serie de indicatori referitori la relația dintre viața profesională și cea de familie: timpul de lucru, nivelul de adecvare dintre programul de lucru și angajamentele sociale și familiale, evaluări cu privire la situații de incongruență între sfera vieții personale și viața profesională. La întrebările de chestionar au oferit răspunsuri persoanele ocupate, nefiind incluse categoriile inactive și șomerii. De asemenea, tratăm aici responsabilitățile casnice și de îngrijire a altor persoane, precum și percepția asupra echilibrului între parteneri în privința îngrijirii copiilor.

Românii se numără printre europenii care declară că muncesc cele mai multe ore pe săptămână, alături de greci, cehi, polonezi și bulgari. Cu o medie de 47 de ore lucrare săptămânal, românii lucrează, în medie, cu șase ore pe săptămână mai mult decât persoanele din Spania, Italia și Suedia, cu nouă mai mult decât respondenții din Germania și cu 12 ore peste media orelor lucrate în Olanda.

Timpul de lucru

Grafic 1. Numărul total de ore lucrate/săptămână

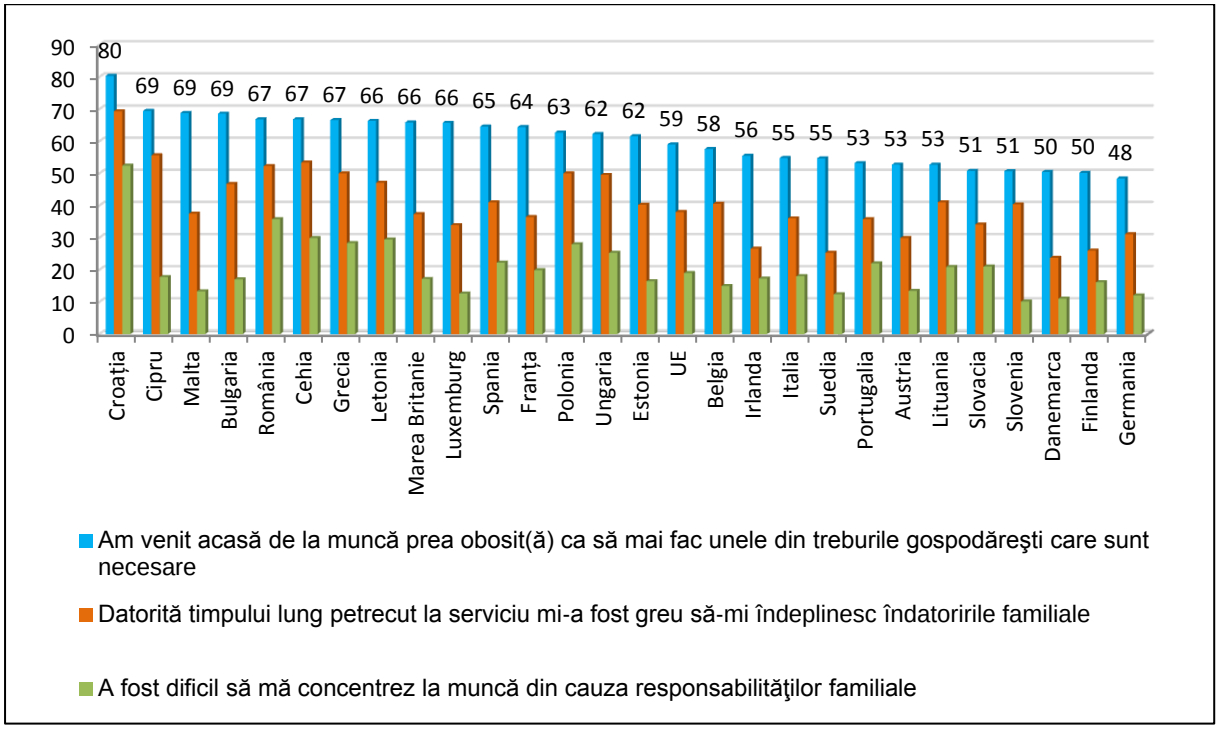


Q14. Câte ore lucrați în mod normal pe săptămână la locul de muncă principal, incluzând orele peste program plătite sau neplătite? Q16. Cam câte ore pe săptămână ați lucrat la locul de muncă suplimentar sau afacere sau agricultură? Vă rog dați numărul mediu de ore lucrate pe săptămână în ultimele 4 săptămâni.
Notă: număr total de ore lucrate la locul de muncă principal și secundar (dacă e cazul).

Echilibrul viaţă de familie - viaţă profesională

Două treimi (67%) dintre respondenții din România au declarat că, *de cel puțin câteva ori pe lună*, vin acasă de la serviciu mult prea obosiți pentru a se mai putea ocupa și de sarcinile gospodărești (Grafic 2). România este similară cu aproximativ jumătate din țările UE, unde o mare majoritate a oamenilor se plâng de oboseala acumulată în timpul lucrului și de consecințele acesteia pentru viața de familie. În schimb, țara noastră se diferențiază de cele mai multe țări UE în privința timpului lung de lucru și efectelor acestora la nivelul familiei, România situându-se din acest punct de vedere deasupra mediei UE (38%) printr-un procent semnificativ mai ridicat, de 52%. Responsabilitățile familiale au, la rândul lor, o influență negativă asupra vieții de muncă, un procent de 36% dintre subiecți, aproape dublu față de media UE (19%), declarând că resimt aceste efecte.

Grafic 2. Echilibrul viaţă de familie - viaţă profesională (%), 2016

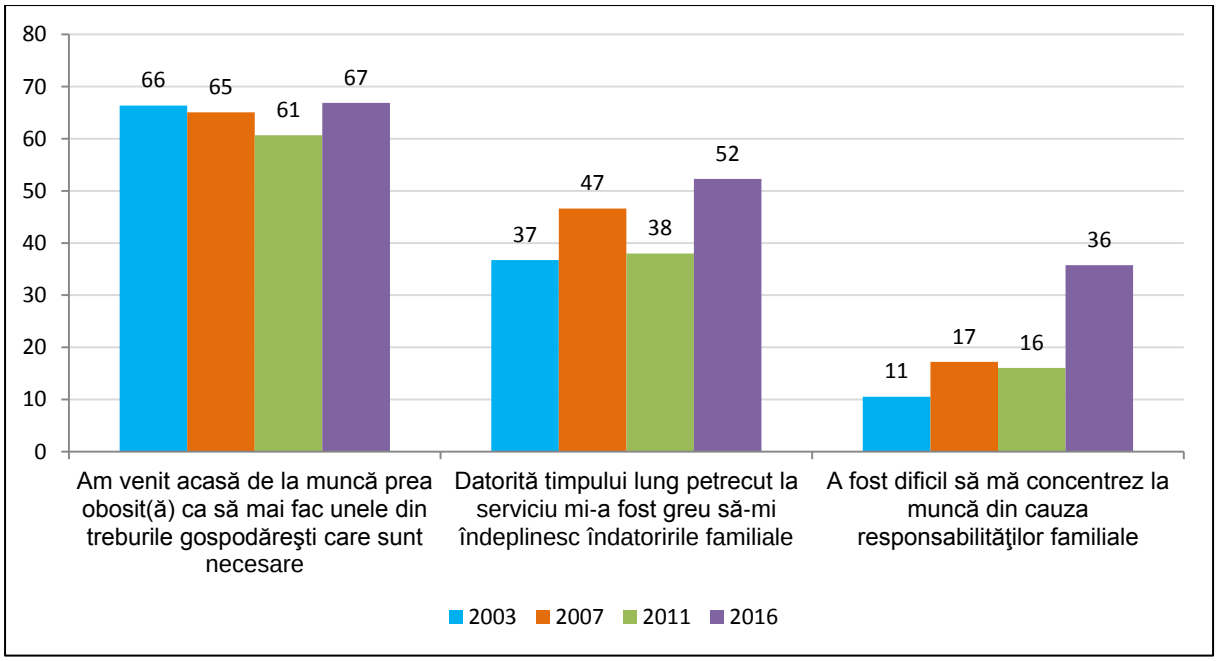


Q20. Cât de des v-ați aflat într-una din următoarele situații în decursul ultimelor 12 luni? 1. Am venit acasă de la muncă prea obosit(ă) ca să mai fac unele din treburile gospodăreşti care sunt necesare; 2. Datorită timpului lung petrecut la serviciu mi-a fost greu să-mi îndeplinesc îndatoririle familiale; 3. A fost dificil să mă concentrez la muncă din cauza responsabilităţilor familiale. Variante de răspuns: 1. Zilnic; 2. de mai multe ori pe săptămână; 3. de câteva ori pe lună de câteva ori pe an; 4. niciodată.
Notă: Procentele reprezintă ponderea celor care au declarat că, cel puțin de câteva ori pe lună, s-au aflat în respectivele situații (variantele 1+2+3).

Acești indicatori au fost relativ stabili în perioada 2003-2011, cunoscând o creștere semnificativă în anul 2016 (Grafic 3), această tendință reflectând, probabil, o suprasolicitare a forței de muncă în condițiile actuale. Luând în considerare criteriile sociodemografice, putem spune că există grupuri de populație care resimt într-o măsură semnificativ mai ridicată comparativ cu altele dezechilibrele între viața profesională și cea de familie. Astfel, în România, bărbații acuză în mai mare măsură comparativ cu femeile probleme în atingerea unei balanțe între cele două sfere ale vieții, în timp ce la nivel european relația este inversă (Eurofound 2017). 72% dintre respondenții bărbați față de 60% dintre femei declară că în fiecare lună vin prea obosiți de la serviciu pentru a mai face față treburilor gospodărești și 42% dintre bărbați față de 28% dintre femei declară că le-a fost dificil să se concentreze la locul de muncă din cauza responsabilităților familiale. Categoria de vârstă cu cele mai importante dificultăți este cea activă 35-49 ani, respondenții din acest interval

menționând oboseala după lucru (77%) și dificultatea de concentrare (37%), semnificativ mai ridicat față de cei cu vârste de 25-34 de ani (63%, respectiv 27%). Intervalul de vârstă ce resimte în mai mare măsură tensiunea între viața de familie și cea de muncă corespunde unei perioade solicitante în ciclul vieții în care, cel mai probabil, oamenii sunt nevoiți să facă față responsabilităților de îngrijire a copiilor și vârstnicilor în mod simultan. Dacă luăm în considerare educația, persoanele cu educație scăzută (cel mult 8 clase) resimt problemele de echilibru între cele două domenii ale vieții în măsură semnificativ mai mare comparativ cu cei care au educație înaltă (studii universitare), acest lucru reflectând, probabil, calitatea scăzută a locurilor de muncă caracterizată de timp de lucru mai îndelungat, muncă mai solicitantă fizic, oportunități scăzute de flexibilitate etc. Astfel, respondenții cu cel mult 8 clase declară comparativ cu cei cu educație terțiară: oboseală (79% față de numai 53%), dificultăți în a-și îndeplini îndatoririle de familie din cauza timpului de lucru (65% față de 45%) și dificultăți de concentrare la lucru (48% față de 27%).

Grafic 3. Echilibrul viață de familie – viață profesională (%)



Q20. Cât de des v-ați aflat într-una din următoarele situații în decursul ultimelor 12 luni? 1. Am venit acasă de la muncă prea obosit(ă) ca să mai fac unele din treburile gospodăreşti care sunt necesare; 2. Datorită timpului lung petrecut la serviciu mi-a fost greu să-mi îndeplinesc îndatoririle familiale; 3. A fost dificil să mă concentrez la muncă din cauza responsabilităţilor familiale. Variante de răspuns: 1. Zilnic; 2. de mai multe ori pe săptămână; 3. de câteva ori pe lună de câteva ori pe an; 4. niciodată.
Notă: Procentele reprezintă ponderea celor care au declarat că, cel puțin de câteva ori pe lună, s-au aflat în respectivele situații (variantele 1+2+3).

Activități de îngrijire

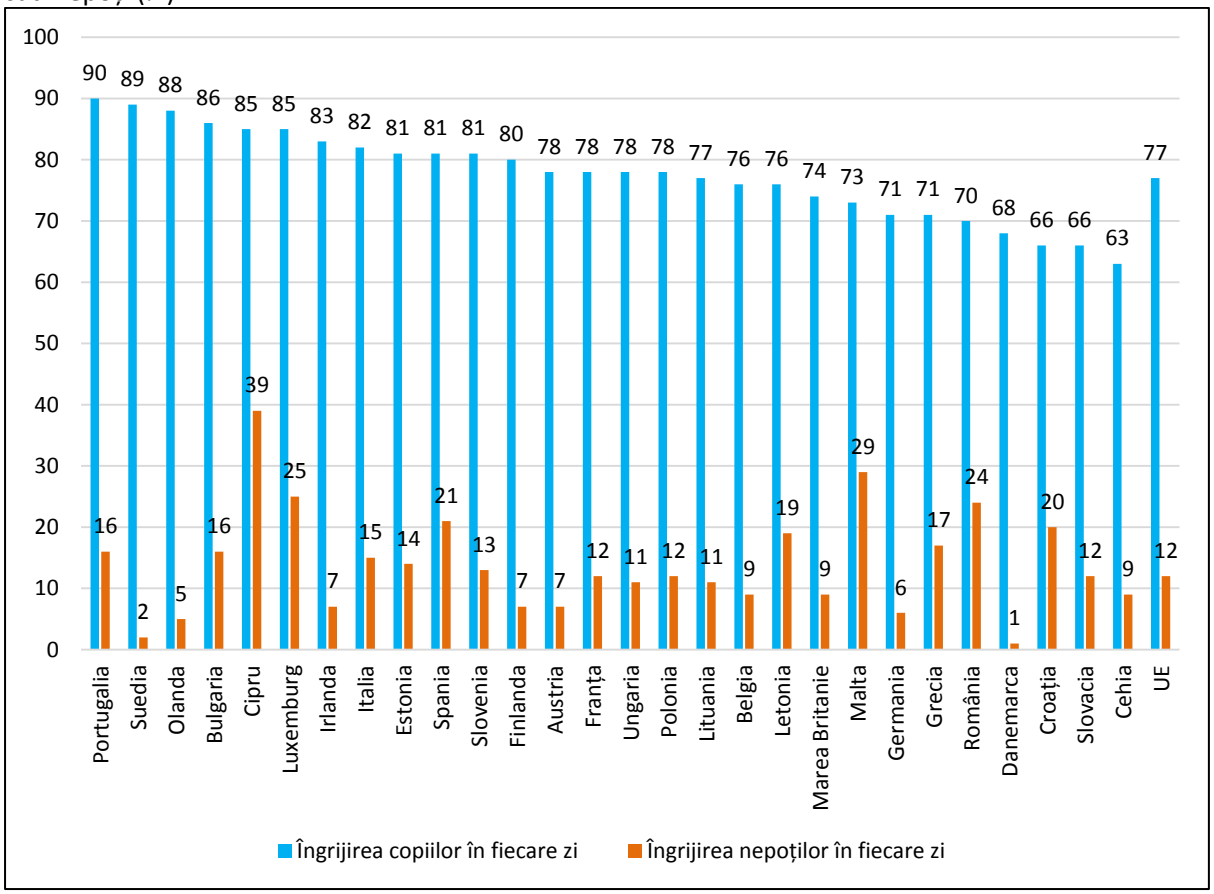
În Uniunea Europeană, situația activităților de îngrijire a altor persoane, precum și a activităților casnice, este destul de diversă, depinzând de mulți factori: resurse financiare, disponibilitatea serviciilor de îngrijire a copiilor, a serviciilor de îngrijire pe termen lung a persoanelor în vârstă și cu diferite afecțiuni, precum și de factori culturali. Responsabilitățile de îngrijire au o frecvență ridicată în majoritatea țărilor europene și de asemenea, un număr important de ore dedicat săptămânal fiecărei activități.

În EQLS 2016, o serie de indicatori sunt dedicați descrierii și evaluării dificultăților înregistrate de europeni, în viața de zi cu zi, în ceea ce privește îmbinarea sarcinilor casnice și de îngrijire a altor membri ai familiei, dar nu numai, cu cele din munca plătită. Indicatorii privind

activitățile de îngrijire, frecvența muncilor în gospodărie și a îngrijirii altor persoane, numărul de ore dedicat săptămânal acestor activități, percepția dificultăților de a îmbina munca plătită cu aceste activități de îngrijire, au fost modificați sau adăugați în anul 2016 față de valurile anterioare ale cercetării, în sensul detalierii lor[12].

Cele mai frecvente activități de îngrijire efectuate de europeni, sunt cele dedicate îngrijirii copiilor, nepoților și muncilor casnice.

Grafic 4. Proporția europenilor care se ocupă „în fiecare zi" de îngrijirea și educarea propriilor copii sau nepoți (%)



Q42. Cât de des sunteţi implicat în oricare dintre următoarele activităţi în afara serviciului plătit? 1. Îngrijirea și/sau educarea copiilor dvs; 2. Îngrijirea și/sau educarea nepoților dvs. Variante de răspuns: 1. În fiecare zi; 2. De mai mult e ori pe săptămână; 3. O dată sau de două ori pe săptămână; 4. Mai rar; 5. Niciodată. Notă: Q42_1 a fost întrebată dacă respondentul are copii sub 18 ani.

Cea mai frecventă activitate de îngrijire, dar și cu un număr ridicat de ore dedicate într-o săptămână, este cea de îngrijire sau de educare a propriilor copii (pentru respondenții cu copii sub 18 ani). În context european, România se plasează între țările cu o frecvență mai redusă acestei activități, 70% dintre respondenții care au copii sub 18 ani, menționează că se ocupă zilnic de îngrijirea și educarea acestora, în timp ce 77% dintre europeni răspund la fel. Frecvența îngrijirii și educării copiilor „în fiecare zi" variază destul de mult între țările europene. Doar în Republica Cehă, Croația, Slovacia și Danemarca procentul celor care se ocupă de propriii copii zilnic este mai mic

[12] Deși, indicatorii privind activitățile casnice și de îngrijire a altor persoane au fost prezenți și în cercetările anterioare (2003, 2007, 2011), întrucât au fost făcute modificări repetate, fie la forma întrebării, fie la formulele de răspuns sau a filtrelor aplicate, comparabilitatea nu este posibilă.

decât în România, iar pentru unele țări, precum Olanda, Suedia și Portugalia, procentul este de peste 88%.

Totuși, în România, observăm procentul mai ridicat al persoanelor care se ocupă de îngrijirea și educarea nepoților „în fiecare zi" (24%), doar în Luxemburg, Malta și Cipru proporția bunicilor ocupați cu îngrijirea și educația nepoților fiind mai ridicată. Această situație poate fi explicată pentru România și prin faptul că românii trăiesc în gospodării cu mai mulți membri față de alte țări europene și cu mai multe generații în aceeași gospodărie.

Tabel 1. Proporția europenilor care menționează activități casnice și de îngrijire „în fiecare zi" (%)

	Îngrijirea și/sau educarea copiilor dvs.	Îngrijirea și/sau educarea nepoților dvs.	Gătitul și/sau munca în gospodărie	Îngrijirea membrilor de familie, vecinilor, sau prietenilor cu dizabilități sau infirmi, cu vârsta de până la 75 de ani	Îngrijirea membrilor de familie, vecinilor, sau prietenilor cu dizabilități sau infirmi, cu vârsta de 75 de ani sau peste
Austria	78	7	57	3	2
Belgia	76	9	58	8	6
Bulgaria	86	16	44	4	2
Cipru	85	39	55	4	4
Cehia	63	9	42	4	2
Germania	71	6	51	3	2
Danemarca	68	1	69	1	2
Estonia	81	14	63	4	6
Grecia	71	17	52	4	5
Spania	81	21	64	6	6
Finlanda	80	7	72	3	4
Franța	78	12	59	12	8
Croația	66	20	38	5	3
Ungaria	78	11	36	3	2
Irlanda	83	7	69	7	5
Italia	82	15	52	3	4
Lituania	77	11	56	4	6
Luxemburg	85	25	59	8	4
Letonia	76	19	70	10	9
Malta	73	2	59	5	6
Olanda	88	5	65	4	2
Polonia	78	12	59	5	5
Portugalia	90	16	50	3	3
România	**70**	**24**	**59**	**8**	**6**
Suedia	89	2	65	1	1
Slovenia	81	13	55	4	5

Slovacia	66	12	39	4	3
Marea Britanie	74	9	67	8	5
UE	77	12	57	6	4

Q42. Cât de des sunteţi implicat în oricare dintre următoarele activităţi în afara serviciului plătit? 1. Îngrijirea și/sau educarea copiilor dvs; 2. Îngrijirea și/sau educarea nepoților dvs.; 3. Gătitul și/sau munca în gospodărie; 4. Îngrijirea membrilor de familie, vecinilor, sau prietenilor cu dizabilități sau infirmi, cu vârsta de până la 75 de ani; 5. Îngrijirea membrilor de familie, vecinilor, sau prietenilor cu dizabilități sau infirmi, cu vârsta de 75 de ani sau peste. Variantele de răspuns: 1. În fiecare zi; 2. De mai mult e ori pe săptămână; 3. O dată sau de două ori pe săptămână; 4. Mai rar; 5. Niciodată. Notă: Q42_1 a fost întrebată dacă respondentul are copii sub 18 ani.

Gătitul și munca în gospodărie reprezintă activitățile desfășurate zilnic de către cei mai mulți europeni, având dedicat un număr considerabil de ore. România se situează între țările unde o mare parte dintre respondenți desfășoară activități casnice zilnic, dar și dedică cel mai ridicat număr de ore într-o săptămână.

În ceea ce privește îngrijirea copiilor, există diferențe semnificative între femei și bărbați. Chiar dacă este vorba de propriii copii sau de nepoți, femeile sunt cele care declară într-o mai mare măsură că se ocupă zilnic de îngrijirea sau educarea acestora. Dacă 55% dintre bărbați menționează că se ocupă „în fiecare zi" de îngrijirea sau educarea copiilor, peste 85% dintre femeile care au în gospodărie un copil sub 18 ani spun același lucru. De asemenea, și în ceea ce privește numărul de ore dedicate îngrijirii copiilor, există o diferență semnificativă între femei și bărbați, femeile acordând un număr mai ridicate de ore acestei activități. Situația este similară și în ceea ce privește îngrijirea nepoților.

În cele mai multe state europene, femeile se ocupă zilnic într-o mai mare măsură față de bărbați de gătit și muncă în gospodărie. Și ca număr de ore alocat, situația este, în general, favorabilă bărbaților.

Responsabilitățile de îngrijire a altor persoane, membri de familie, vecini, prieteni cu dizabilități sau infirmi, cu vârsta de sub 75 de ani sau cu vârsta peste 75 de ani nu au aceeași frecvență cu activitatea de îngrijire a copiilor/nepoților și a activităților casnice, dar ele solicită un parte importantă a subiecților. În România, aproape un sfert dintre subiecți menționează că îngrijesc persoane sub 75 de ani. Doar 8% dintre respondenții români spun că îngrijesc zilnic, 3% de câteva ori pe săptămână, 4% de o dată sau de două ori pe săptămână, iar 8% mai rar. În cazul persoanelor de peste 75 de ani, 19% dintre subiecții din România menționează că au sarcini de îngrijire, dintre aceștia 6% zilnic, 2% de câteva ori pe săptămână, 3% o dată sau de două ori pe săptămână și 8% mai rar. Îngrijirii persoanelor cu dizabilități sau infirme, sub 75 de ani sau peste 75 de ani le sunt acordate un număr semnificativ de ore într-o săptămână, chiar similar cu numărul de ore dedicat îngrijirii copiilor sau nepoților sau treburilor casnice. Subiecții care au menționat că desfășoară o activitate de îngrijire cel puțin o dată pe săptămână, au fost rugați să estimeze numărul de ore petrecut săptămânal pentru aceea activitate de îngrijire. În medie, subiecții din România care au menționat responsabilități de îngrijire pentru persoane cu dizabilități sau infirme au dedicat 19 ore săptămânal pentru a îngriji persoane sub 75 de ani și 17 ore săptămânal pentru a îngriji persoane peste 75 de ani, peste media UE care era de 14 ore pentru persoanele îngrijite de sub 75 de ani, respectiv 11 ore pentru cele de peste 75 de ani.

Tabelul 2. Numărul mediu de ore săptămânal de îngrijire și activități casnice în statele europene (medii)

	Îngrijirea și/sau educarea copiilor dvs.	Îngrijirea și/sau educarea nepoților dvs.	Gătitul și/sau munca in gospodărie	Îngrijirea membrilor de familie, vecinilor, sau prietenilor cu dizabilități sau infirmi, cu vârsta de până la 75 de ani	Îngrijirea membrilor de familie, vecinilor, sau prietenilor cu dizabilități sau infirmi, cu vârsta de 75 de ani sau peste
Austria	41	13	13	21	15
Belgia	27	10	13	10	6
Bulgaria	32	20	16	24	17
Cipru	25	18	17	13	13
Cehia	22	11	13	16	8
Germania	30	10	13	8	6
Danemarca	22	8	9	8	4
Estonia	30	12	13	8	10
Grecia	26	19	16	22	16
Spania	32	16	16	18	17
Finlanda	29	11	11	6	6
Franța	27	15	12	10	9
Croația	25	15	15	16	9
Ungaria	29	13	14	15	15
Irlanda	39	15	16	22	11
Italia	30	14	16	10	13
Lituania	31	13	13	20	13
Luxemburg	30	12	13	15	7
Letonia	32	16	15	12	13
Malta	27	18	18	18	18
Olanda	38	9	12	10	7
Polonia	36	15	15	26	17
Portugalia	25	17	14	12	12
România	**26**	**21**	**21**	**19**	**17**
Suedia	37	7	11	9	5
Slovenia	24	12	13	14	12
Slovacia	23	12	12	21	13
Marea Britanie	32	13	12	19	12
UE	30	14	14	14	11

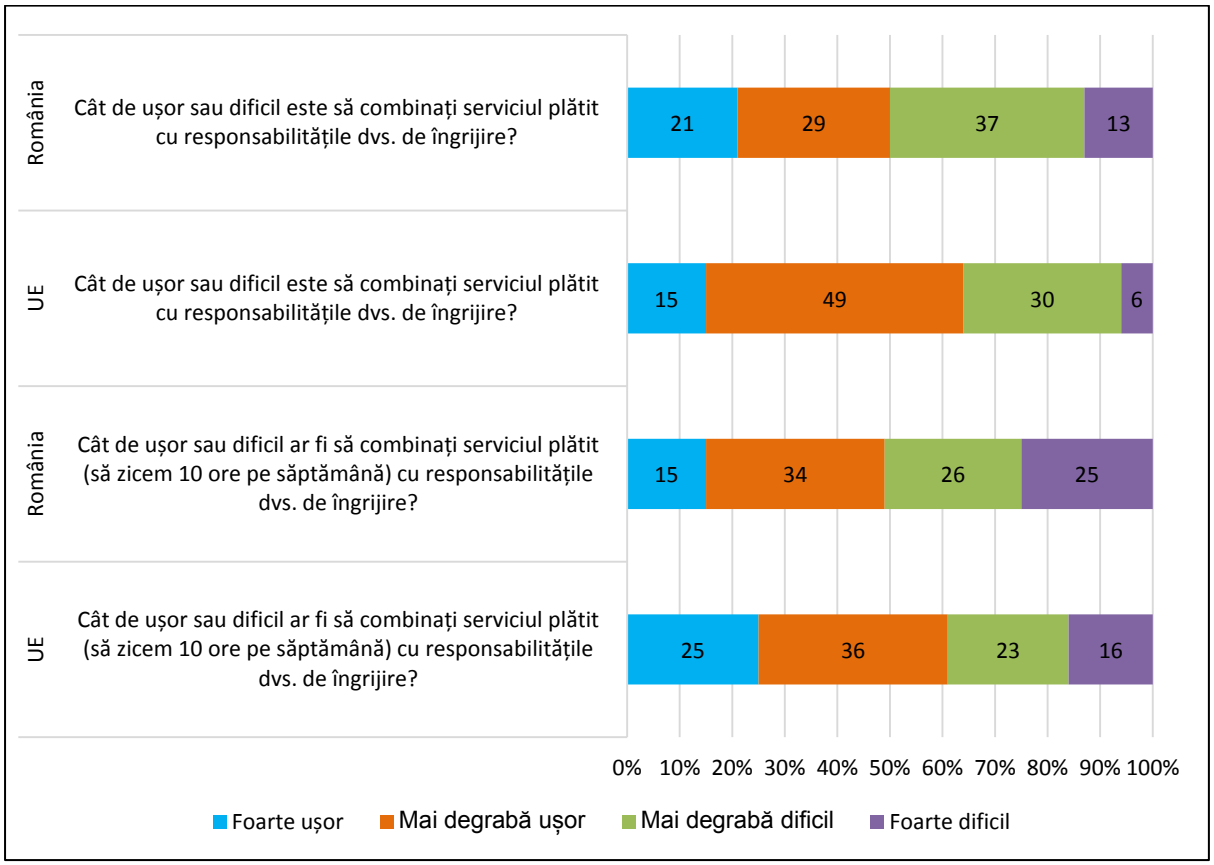
Q43. În medie, câte ore pe săptămână sunteți implicat în următoarele activități în afara serviciului plătit? a. Îngrijirea și/sau educarea copiilor dvs.; b. Îngrijirea și/sau educarea nepoților dvs.; c. Gătitul și/sau munca în gospodărie; d. Îngrijirea membrilor de familie, vecinilor, sau prietenilor cu dizabilități sau infirmi, cu vârsta de până la 75 de ani; e. Îngrijirea membrilor de familie, vecinilor, sau prietenilor cu dizabilități sau infirmi, cu vârsta de 75 de ani sau peste. Variantele de răspuns: 1. În fiecare zi; 2. De mai mult e ori pe săptămână; 3. O dată sau de două ori pe săptămână; 4. Mai rar; 5. Niciodată. Notă: Întrebarea a fost pusă subiecților care au menționat o frecvență de cel puțin o dată pe săptămână la activitățile de îngrijire de la Q42.

Persoanele care au responsabilități de îngrijire a copiilor sau nepoților sunt în cea mai mare parte femei, atât în România, cât și la nivel UE. Categoria de vârstă cea mai solicitată este cea cuprinsă între 35-49 de ani, atât în țara noastră, cât și la nivel UE.

Dificultăți percepute în a echilibra munca plătită cu cea neplătită pentru activități de îngrijire și activități casnice

În cercetarea EQLS 2016, subiecții cercetării care au menționat că au responsabilități de îngrijire a altor persoane, cel puțin săptămânal, au fost rugați să evalueze dificultățile de a găsi un echilibru între munca plătită și activitățile de îngrijire. Pentru respondenții români, dificultățile par ceva mai ridicate decât la nivel european. 13% dintre români consideră că este „foarte dificil" să îmbine cele două tipuri de responsabilități, iar 37% dintre ei că este „mai degrabă dificil".

Graficul 5. Percepția dificultăților de a echilibra serviciul plătit și responsabilitățile de îngrijire în 2016 (%)

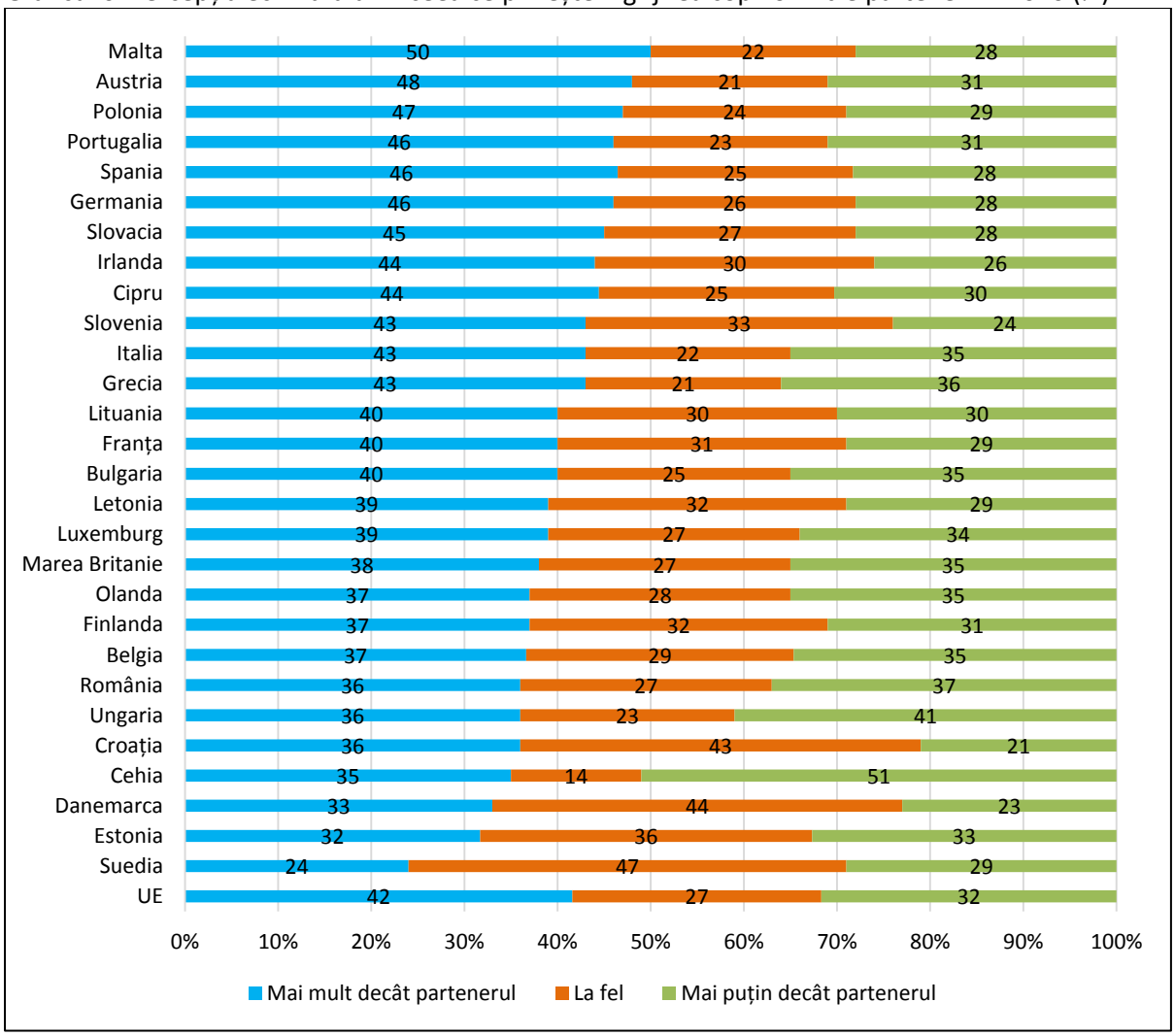


Q44. Cât de ușor sau dificil este să combinați serviciul plătit cu responsabilitățile dvs. de îngrijire? Q45. Cât de ușor sau dificil ar fi să combinați serviciul plătit (să zicem 10 ore pe săptămână) cu responsabilitățile dvs. de îngrijire? Variante de răspuns: 1. Foarte ușor; 2. Mai degrabă ușor; 3. Mai degrabă dificil; 4. Foarte dificil. Notă: Q44 a fost pusă dacă respondentul efectuează muncă plătită, iar Q45 a fost pusă pentru cei care nu efectuează muncă plătită.

În cazul celor care nu efectuează muncă plătită, dar au sarcini de îngrijire, dificultățile percepute în cazul adăugării ipotetice a 10 ore de muncă plătită, sunt de asemenea mai ridicate decât nivelul UE. În tabloul european, situațiile sunt destul de diverse. Proporția celor care consideră „foarte dificil" să îmbine cele două tipuri de activități este mai ridicată față de România doar în Cipru (18%) și în Grecia (22%). În România, femeile au evaluat mai ridicat dificultățile de a echilibra munca plătită cu responsabilitățile de îngrijire față de bărbați.

Responsabilitățile de îngrijire a copiilor sunt mai ușor de gestionat atunci când copilul se află într-o gospodărie cu doi parteneri. În EQLS 2016, subiecții care au menționat că au un copil în gospodărie sub 18 ani și au un partener, au fost rugați să evalueze dacă timpul acordat îngrijirii copiilor este mai ridicat, la fel sau mai scăzut decât cel acordat de partenerul de viață. Observăm că în majoritatea statelor europene, respondenții au tendința de a supraevalua timpul dedicat de ei personal îngrijirii copiilor, față de timpul dedicat de către partenerul lor.

Graficul 6. Percepția echilibrului în ceea ce privește îngrijirea copiilor între parteneri în 2016 (%)



Q46. Dvs. îngrijiți de copiii dvs. mai mult timp, tot atât sau mai puțin timp decât o face partenerul/partenera dvs. ? 1. Mai mult timp decât o face partenerul meu/partenera mea; 2. La fel de mult timp cât o face partenerul meu/partenera mea; 3. Mai puțin timp decât o face partenerul meu/partenera mea. Notă: Întrebarea a fost pusă doar subiecților care au un partener și copii sub 18 ani.

Concluzii

- România ocupă primul loc în UE în privința timpului declarat de lucru, cu 47 de ore lucrate săptămânal față de 40 de ore media uniunii.
- Balanța viață profesională-viață de familie este într-o mare măsură dezechilibrată, oamenii resimțind o serie de dificultăți în încercarea de a duce o viață armonioasă. Proporții semnificative ale populației ocupate reclamă probleme legate de timpul îndelungat de lucru pe de o parte și de responsabilitățile familiale care interferează cu viața de muncă, într-o măsură semnificativ mai mare decât media europeană.

- Anul 2016 a marcat o creștere importantă a dificultăților de armonizare a celor două sfere ale vieții, reflectând, probabil, o anumită presiune resimțită de populația ocupată în condițiile actuale.
- Îngrijirea și educarea copiilor, a nepoților și a activitățile casnice sunt activitățile cu cea mai ridicată frecvență, dar și cu un număr important de ore dedicat în România. Îngrijirea persoanelor cu dizabilități și infirme, cu vârsta sub 75 de ani sau peste 75 de ani au o frecvență mai redusă, dar au alocate un număr ridicat de ore.
- Îngrijirea și educarea copiilor, precum și a nepoților, reprezintă în continuare și în România, dar și în majoritatea statelor europene, responsabilitatea femeilor. Acestea menționează această activitate zilnic mai mult decât bărbații, iar numărul de ore alocat este mai mare în cazul lor.
- Cea mai mare parte a persoanelor cu responsabilități de îngrijire sunt persoane ocupate, de aceea există o nevoie de măsuri pentru a putea echilibra munca plătită cu responsabilitățile de îngrijire.
- Românii percep într-o mai mare măsură dificultăți în a reconcilia munca plătită cu responsabilitățile de îngrijire față de ceilalți europeni.
- Indicatorii utilizați pentru a descrie activitățile casnice și de îngrijire și percepția dificultăților de a echilibra între acestea și munca plătită, sunt indicatori subiectivi, care prezintă realitatea prin prisma valorilor personale, dar și a normelor culturale.

Bibliografie

Greenhaus, Jeffrey H., Karen M. Collins and Jason D. Shaw. 2003. The relation between work-family balance and quality of life, *Journal of Vocational Behavior*, (63), 510-531.

Eurofound. 2017. European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1733en.pdf

Mărginean, Ioan, Iuliana Precupeţu, Vassil Tzanov, Ana Maria Preoteasa, Bogdan Voicu. 2006. First European Quality of Life Survey: Quality of life in Bulgaria and Romania. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Disponibil on-line: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef0667en.pdf

Sănătatea și serviciile de sănătate

O stare bună de sănătate reprezintă un element esențial pentru a avea o viață bună. Ea constituie o resursă importantă pentru a putea învăța, pentru a avea o slujbă și prin aceasta, pentru asigurarea unui venit, pentru dezvoltare și îndeplinirea propriilor obiective. Starea de sănătate este rezultatul a numeroși factori la nivel individual și social. La nivel individual, starea de sănătate este influențată de caracteristicile socioeconomice (vârsta, sexul, mediul rezidențial, educația, ocupația, venitul etc.), dar și de moștenirea genetică, precum și de valorile și de alegerile pe care le fac oamenii cu privire la propria stare de sănătate. La nivel social, calitatea serviciilor medicale, precum și accesul la acestea, calitatea mediului înconjurător constituie factori cu influență asupra stării de sănătate.

Capitolul prezintă starea de sănătate a românilor în context european, așa cum este evaluată de către subiecți în cercetarea European Quality of Life Survey (2003-2016). Pentru descrierea stării de sănătate au fost utilizați cei trei indicatori din cadrul cercetării: evaluarea propriei stări de sănătate, auto-raportarea unei afecțiuni cronice (fizice sau psihice) sau handicap și percepția limitărilor în viața de zi cu zi cauzate de existența unei afecțiuni de lungă durată. În ceea ce privește serviciile de sănătate, în acest capitol au fost utilizați indicatori privind percepția calității serviciilor publice de sănătate în general, dar și pe segmente ale serviciilor, percepția dificultăților de acces la servicii de sănătate, utilizarea diferitelor tipuri de servicii de sănătate, percepția tratamentului egal și a corupției în cadrul acestor servicii publice, precum și indicatori referitori la percepția dificultăților de a suporta costurilor unor servicii medicale în caz de nevoie.

Starea de sănătate a populației României este precară în contextul celorlalte state membre ale UE prin prisma indicatorilor obiectivi. Speranța de viață la naștere în România era în anul 2016 de 75,3 ani, situând țara noastră printre țările cu cea mai scăzută speranța de viață la naștere (Bulgaria, Letonia și Lituania cu o speranță de viață la naștere de 74,9 ani), media UE fiind de 81 de ani (Eurostat, 2018). De asemenea, România avea în 2015 a doua cea mai ridicată rată a mortalităţii generale din UE, de peste 1500 de decese la 100 de mii de locuitori, media UE fiind în jur a 1000 de decese (Eurostat, 2018). În ceea ce privește mortalitatea pe cauze specifice de deces, țara noastră se situează între statele cu o mortalitate ridicată cauzată de bolile circulatorii și cerebrovasculare. Mortalitatea cauzată de accidentele de trafic este cea mai ridicată din UE, dar valori ridicate de mortalitate în context european sunt și cele cauzate de bolile digestive, de infarctul miocardic, de tuberculoză, de cancerul de col uterin, de boli cronice de ficat, de cauze situate în perioada perinatală. În ceea ce privește mortalitatea cauzată de neoplasme/neoplasme maligne, România se află aproape de media europeană (Eurostat, 2018). Rata mortalității infantile a situat țara noastră pe primul loc între statele europene pentru mulți ani, deși față de 1990 s-au înregistrat progrese importante. În 2016, rata mortalității infantile în România a fost de 7‰, aproape dublu față de media europeană, dar mai scăzută decât în Malta (7,4‰).

În ceea ce privește sistemul public de sănătate, acesta se confruntă cu numeroase probleme: subfinanțare, personal medical insuficient, un nivel de corupție încă ridicat, un număr mic de contribuabili la sistemul de asigurări sociale în condițiile diminuării populației active și mai ales a celei ocupate. Inegalitățile de acces rămân destul de ridicate între diferite regiuni ale țări, dar și între diferite categorii sociale. Finanțarea sănătății ca procent din PIB în anul 2015 (4,95% din PIB) plasa

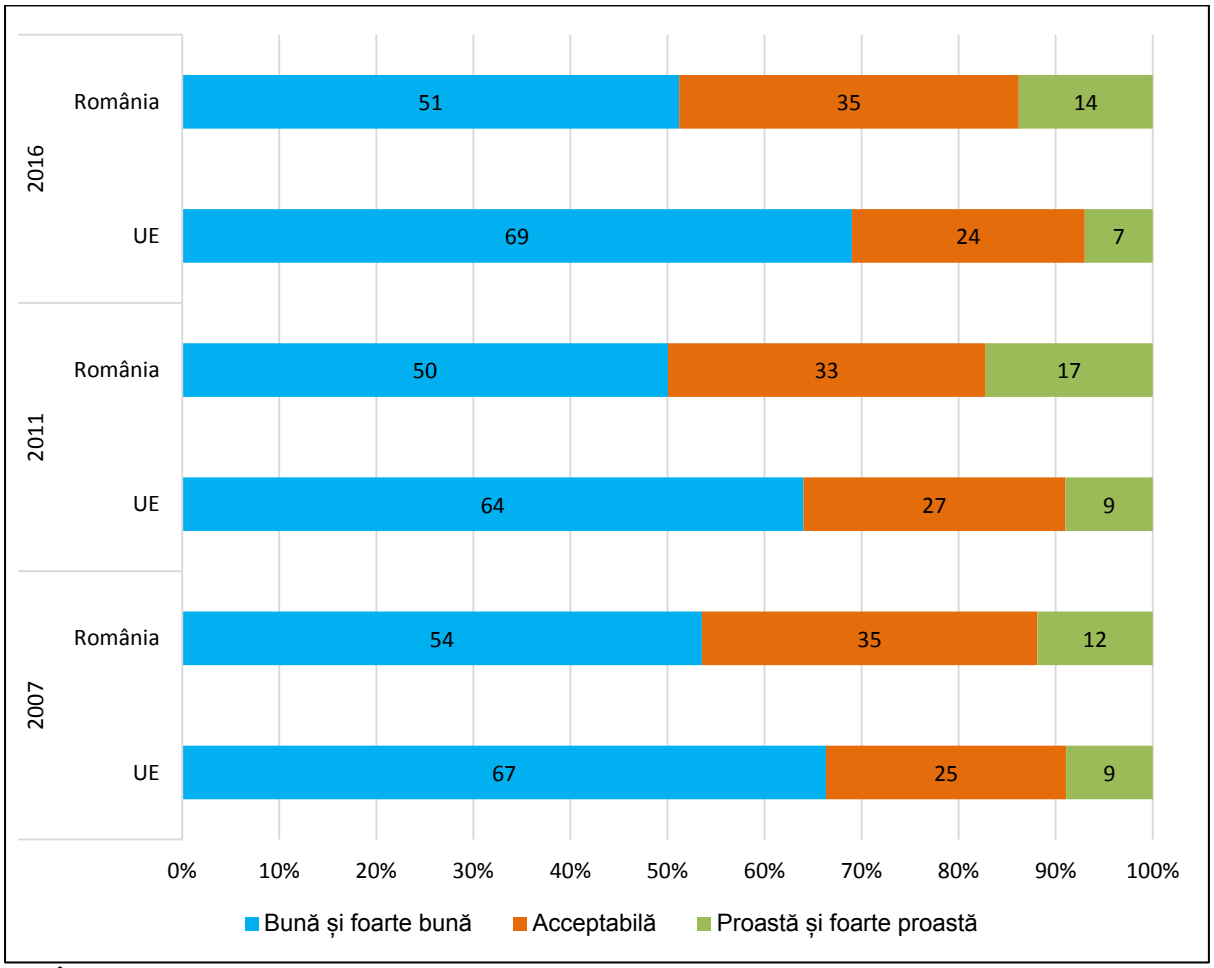
România pe ultimul loc între statele europene, fiind la jumătate față procentul alocat de țări dezvoltate, precum Franța, Germania, Olanda, Danemarca, Belgia etc. (Eurostat, 2018).

O provocare importantă asupra sistemului de sănătate din România este exercitată de îmbătrânirea demografică, aflată într-o continuă accentuare.

Evaluarea stării de sănătate

Din perspectiva calității vieții, accentul cade pe modul în care oamenii își apreciază starea de sănătate. Pentru a măsura starea de sănătate, în EQLS (2003[13], 2007, 2011, 2016) au fost utilizate câteva întrebări. În primul rând, subiecții au fost întrebați cum consideră că este starea lor de sănătate, având ca variante de răspuns: *1. Foarte bună; 2. Bună; 3. Acceptabilă; 4. Proastă; 5. Foarte proastă*. De asemenea, subiecții au fost întrebați despre existența unei boli de lungă durată sau a unei dizabilități și despre limitările cauzate de acestea.

Grafic 1. Evaluarea propriei stări de sănătate în perioada 2007-2016 (%)



Q48. În general, cum ați spune că este sănătatea dvs.? 1. Foarte bună; 2. Bună; 3. Acceptabilă; 4. Proastă; 5. Foarte proastă.
Notă: În grafic au fost unite variantele de răspuns "foarte bună" și "bună" și "proastă" și "foarte proastă".

În anul 2016, cei mai mulți subiecți din România (51%) își apreciază starea de sănătate ca fiind „bună și foarte bună", 35% dintre ei o evaluează ca fiind „acceptabilă" și doar o mică parte o

[13] În cercetarea din 2003, formularea întrebării cu privire la starea de sănătate identică, dar variantele de răspuns au fost diferite (*a. Excelentă; b. Foarte bună; c. Bună; d. Acceptabilă; e. Proastă*). Întrebarea referitoare la sănătate din 2003 nu a fost inclusă în analiză, deoarece nu există comparabilitate cu anii următori.

consideră „proastă și foarte proastă”. În timp, evaluările rămân relativ constante pentru România. Aceste evaluări, percepții ale oamenilor cu privire la starea lor de sănătate sunt filtrate de valorile personale, de așteptările și dorințele lor referitoare la sănătate.

Comparativ cu ceilalți cetățeni europeni, românii își evaluează mai slab starea de sănătate. În anul 2016, doar cetățenii din Croația și din Lituania considerau într-o mai mare măsură ca starea lor de sănătate este „proastă și foarte proastă”. Și în cercetările anterioare EQLS (2007, 2011), românii se aflau între europenii care își apreciau cel mai slab starea de sănătate (Tabel 1).

Tabel 1. Starea de sănătate „proastă și foarte proastă”, auto-raportarea unei afecțiuni cronice sau a unei dizabilități și limitări percepute în viața de zi cu zi (%)

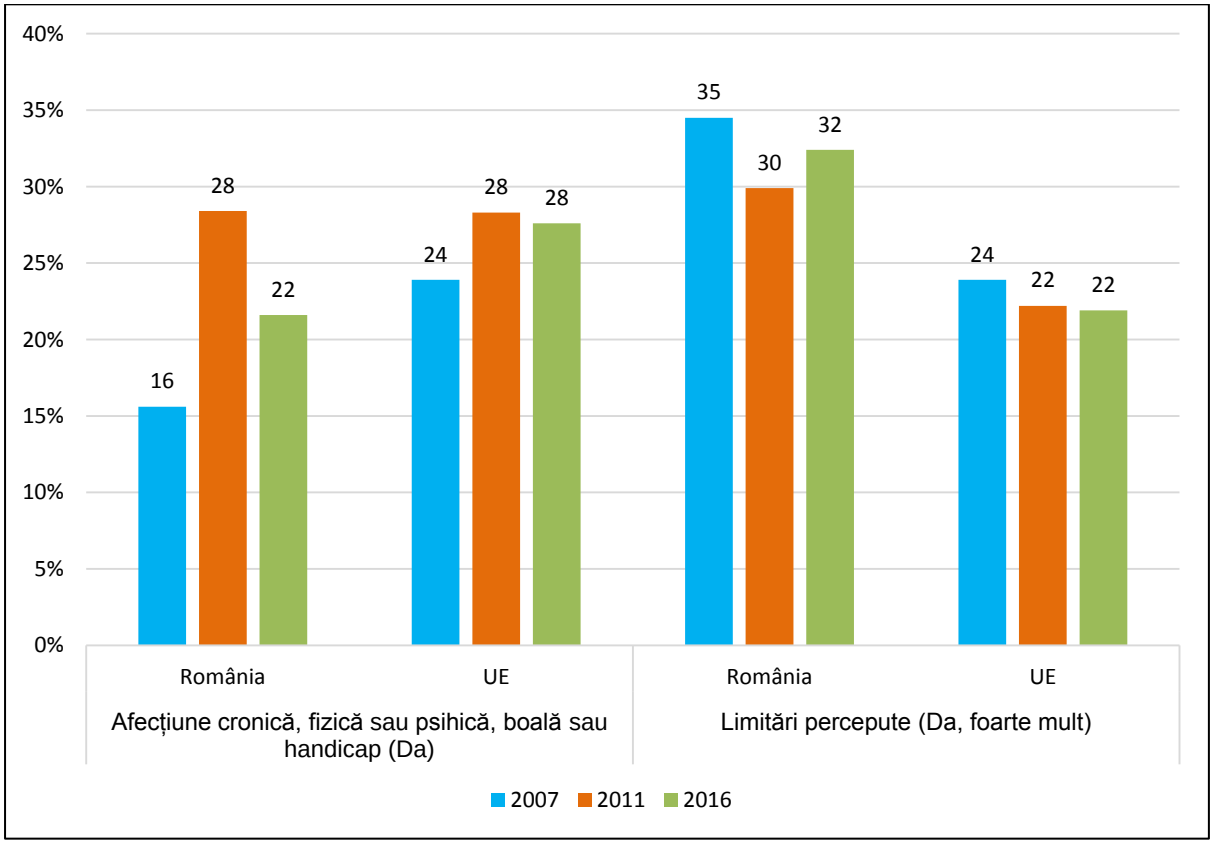
	Starea de sănătate “proastă și foarte proastă”			Afecțiune cronică, fizică sau psihică, boală sau handicap (DA)			Limitări în viața de zi cu zi (DA, FOARTE MULT)		
	2007	2011	2016	2007	2011	2016	2007	2011	2016
Austria	8	4	5	25	29	28	16	14	19
Belgia	8	9	7	33	32	31	30	32	29
Bulgaria	15	11	8	23	24	25	26	19	14
Cipru	7	3	6	30	22	23	25	38	34
Cehia	9	12	7	25	28	23	18	14	14
Germania	7	9	8	28	31	38	13	18	16
Danemarca	10	13	10	32	38	38	27	23	23
Estonia	12	15	12	38	40	44	24	32	29
Grecia	7	8	6	17	18	18	34	36	28
Spania	7	6	7	16	21	24	20	18	24
Finlanda	8	7	5	40	45	39	18	11	12
Franța	6	7	4	29	33	22	30	25	25
Croația	19	14	18	32	27	28	37	24	28
Ungaria	19	16	11	29	34	28	33	30	24
Irlanda	3	4	2	13	24	18	21	13	17
Italia	6	6	5	13	15	19	28	21	18
Lituania	20	21	19	26	31	29	44	42	39
Luxemburg	6	7	4	28	31	27	18	24	24
Letonia	18	16	13	35	37	40	29	28	32
Malta	5	3	3	16	15	21	24	16	17
Olanda	5	10	7	24	33	32	24	37	33
Polonia	14	13	10	27	28	27	37	23	28
Portugalia	13	15	10	22	30	26	22	28	22
România	**12**	**17**	**14**	**16**	**28**	**22**	**35**	**30**	**32**
Suedia	8	8	7	29	34	35	15	13	16
Slovenia	12	10	11	26	20	28	32	28	28
Slovacia	9	11	9	23	18	21	18	19	27
Marea Britanie	9	11	7	27	36	33	19	20	22

UE	9	9	7	24	28	28	24	22	22

Q48. În general, cum ați spune că este sănătatea dvs.? 1. Foarte bună; 2. Bună; 3. Acceptabilă; 4. Proastă; 5. Foarte proastă. Q49. Aveți vreo afecțiune cronică (v-a cauzat neplăceri o anumită perioadă de timp) fizică sau psihică, boală sau handicap? Prin afecțiune cronică (de durată) mă refer la acea boală sau problemă de sănătate care a durat sau este de așteptat să dureze 6 luni sau mai mult. 1. Da. 2. Nu. Q50 (doar dacă Q49=1) Sunteți limitat în activitățile dvs. zilnice de această afecțiune fizică, psihică, boală sau handicap? 1. Da, foarte mult; 2.Da, într-o oarecare măsură; 3. Nu.

Deşi respondenţii români își apreciază starea de sănătate destul de slab, aceștia raportează într-o mai mică măsură față de ceilalți cetățeni europeni, existența unei afecțiuni cronice, fizică sau psihică, boală sau handicap. În 2016, 22% dintre subiecții din România spuneau că suferă de o afecțiune cronică, fizică sau psihică, față de 28% media UE. În schimb, aproape o treime (32%) din populaţia care suferă de o afecțiune cronică sau un handicap percepe limitări în viața de zi cu zi, într-o mai mare măsură față de media UE de 22% (Grafic 2). Este posibil ca bolile cronice să fie sub-diagnosticate în România comparativ cu celelalte ţări. De asemenea, este posibil ca în cazul diagnosticării bolilor cronice, aceasta să se facă la momente în care boala se află într-o formă avansată, iar limitarea funcţionării zilnice să fie deja importantă.

Grafic 2. Auto-raportarea unei afecțiuni cronice, fizică sau psihică, boală sau handicap și a limitărilor percepute în viața de zi cu zi (%)



Q49. Aveți vreo afecțiune cronică (v-a cauzat neplăceri o anumită perioadă de timp) fizică sau psihică, boală sau handicap? Prin afecțiune cronică (de durată) mă refer la acea boală sau problemă de sănătate care a durat sau este de așteptat să dureze 6 luni sau mai mult. 1. Da. 2. Nu. Q50 (doar dacă Q49=1) Sunteți limitat în activitățile dvs. zilnice de această afecțiune fizică, psihică, boală sau handicap? 1. Da, foarte mult; 2.Da, într-o oarecare măsură; 3. Nu.

Starea de sănătate se află în strânsă legătură poziția socială ocupată de o persoană în structura socială, iar evaluarea propriei stări de sănătate variază în funcție de caracteristicile poziției sociale ale subiectului: mediul de rezidență, sex, vârstă, educație, ocupare, venit etc. Subiecții care locuiesc în mediul rural își apreciază starea de sănătate în mod negativ într-o mai mare măsură față

de cei din mediul urban atât în România, cât și în majoritatea statelor europene. În România, în toate valurile cercetării (2003-2007), persoanele din mediul rural își evaluează mai slab starea de sănătate față de cei din mediul urban. În anul 2016, 18% dintre subiecții din mediul rural își apreciau starea de sănătate ca fiind „proastă și foarte proastă" față de 9% dintre cei din urban. Diferențele între cele două medii de rezidență în ceea ce privește evaluarea stării de sănătate par mai accentuate în România față de media UE (Tabel 2).

În general, femeile își evaluează starea de sănătate într-un registru negativ în comparație cu bărbații. Această tendință este explicată de Alber și Kohler (2004) prin faptul că femeile petrec mai mult timp în stare de boală de-a lungul vieții: speranța de viață mai mare, o prevalență mai ridicată a bolilor cronice, inclusiv cele psihice, mai multe zile petrecute în incapacitate de muncă în cazul sarcinilor și perioadelor de creștere a copiilor etc. Relația este prezentă în majoritatea țărilor europene. Mărginean et al. (2006) evidențiau o evaluare a stării de sănătate mai slabă în cazul femeilor și pentru cercetarea din 2003, subliniind că diferențele femei-bărbați sunt mai accentuate în România față de media UE. În anul 2016, 17% dintre femeile din România își evaluau starea de sănătate ca fiind în general proastă, în timp ce doar 10% dintre bărbați evaluează negativ starea de sănătate. De asemenea, femeile raportează existența unei afecțiuni cronice sau dizabilități într-o mai mare măsură față de bărbați. În 2016, 26% dintre femei menționau existența unei afecțiuni cronice sau dizabilități și 17% dintre bărbați raportau la fel. Relația este similară și pentru anii anteriori ai cercetării EQLS, precum și tendința de a raporta limitări cauzate de boală într-o mai mare măsură față de bărbați.

Evaluările stării de sănătate devin accentuat negative odată cu înaintarea în vârstă. În anul 2016, doar câteva procente pentru primele categorii de vârstă considerau că au o stare de sănătate în general proastă. La categoria de vârstă de 50-64 de ani, 17% dintre subiecți evaluau negativ starea de sănătate, dar pentru cei de peste 65 de ani, evaluările se deteriorează foarte mult, peste 39% din subiecții acestei categorii spunând că sănătatea lor este „proastă și foarte proastă". De asemenea, cei mai mulți dintre cei care menționează existența unei afecțiuni cronice sau dizabilități sunt din aceste categorii de vârstă. 30% dintre respondenții români cu vârsta cuprinsă între 50-64 ani și 56% dintre subiecții de peste 65 de ani spun că suferă de o afecțiune cronică sau dizabilitate. Și limitările percepute se accentuează o dată cu vârsta. Relația este similară și pentru UE, dar în România subliniem în special situația dificilă pentru categoria de vârstă de peste 65 de ani.

Tabel 2. Proporția celor care evaluează starea de sănătate ca „proastă și foarte proastă" după mediul de rezidență, sex și vârstă (%)

			2007	**2011**	**2016**
Mediu de rezidență	România	Rural	14	22	18
		Urban	10	11	9
	UE	Rural	9	10	8
		Urban	8	9	7
Sex	România	Masculin	11	12	10
		Feminin	13	22	17
	UE	Masculin	8	8	6

		Feminin	9	10	8
Vârsta	România	18-24	3	2	1
		25-34	4	2	1
		35-49	6	7	5
		50-64	19	25	17
		65+	27	48	39
	UE	18-24	1	2	2
		25-34	2	3	2
		35-49	6	6	4
		50-64	11	12	9
		65+	19	19	15

Q48. În general, cum ați spune că este sănătatea dvs.? 1. Foarte bună; 2. Bună; 3. Acceptabilă; 4. Proastă; 5. Foarte proastă.Notă: Diferențele sunt semnificative pentru categoriile menționate (Testul Chi-pătrat este semnificativ cu o probabilitate de p<0,05, excepție face categoria rural-urban 2007 pentru România).

Diferențe în ceea ce privește evaluarea stării de sănătate sunt date și de nivelul de educație. Cele mai negative evaluări ale stării de sănătate și auto-raportarea unei afecțiuni cronice sau dizabilități le identificăm la persoanele cu un nivel redus de educație (cei care au cel mult 8 clase). În România, 30% dintre subiecții care au „cel mult 8 clase", au menționat o stare de sănătate „proastă și foarte proastă" în 2016. De asemenea, 35% dintre persoanele cu educaţie scăzută spun că suferă de o afecțiune cronică sau dizabilitate. Relația dintre nivelul de educație și evaluarea stării de sănătate apare similară și la nivelul UE.

Relația dintre nivelul venitului și evaluarea stării de sănătate a fost pusă în evidență în cercetări anterioare. Persoanele din cea mai mică cuartilă de venit își apreciază mai negativ starea de sănătate față de cei din cuartilele superioare. Persoanele din cuartila superioară de venit au cele mai bune evaluări ale stării de sănătate. Relația este valabilă în România pentru toate valurile cercetării. Aceeași relație între cuartilele de venit și evaluarea stării de sănătate este regăsită și la nivelul UE, mai puternică în statele mai sărace, după cum s-a evidențiat în cercetările precedente (Alber și Kohler, 2004).

Respondenții din România care și-au evaluat starea de sănătate ca fiind „proastă și foarte proastă" au un nivel ridicat de deprivare materială. Cei care au evaluat negativ starea de sănătate, duceau lipsă de aproximativ 4 itemii din 6 incluși în indicele de deprivare[14], care ia valorile de 3,9 (2007), 4,02 (2011) și 4,13 (2016).

[14] Indicele de deprivare materială este calculat ca sumă a itemilor pe care o gospodărie nu și-i poate permite (Q89. 1. Menţinerea unei temperaturi adecvate în locuinţă; 2. O săptămână de vacanţă pe an plătită, departe de casă (nu la rude); 3. Înlocuirea oricărei piese de mobilier uzate; 4. O masă cu carne, pui sau peşte o dată la două zile, dacă doriţi acest lucru; 5. Cumpărarea de haine noi, şi nu la mâna a doua; 6. Invitarea unor prieteni sau rude la masă sau la un pahar cel puţin o dată pe lună).

Tabel 3. Proporția celor care își evaluează starea de sănătate ca fiind „proastă și foarte proastă” în funcție de educație și cuartile de venit (%)

			2007	2011	2016
Educație	România	Maxim 8 clase	21	36	30
		Liceu/școală profesională	11	13	8
		Facultate/post-universitar	0	3	2
	UE	Maxim 8 clase	13	15	12
		Liceu/școală profesională	7	8	6
		Facultate/post-universitar	4	5	4
Venitul - cuartile	România	**1**	22	27	30
		2	18	23	20
		3	9	15	11
		4	2	8	4
	UE	**1**	14	17	13
		2	11	12	8
		3	8	6	5
		4	5	5	4

Q48. În general, cum ați spune că este sănătatea dvs.? 1. Foarte bună; 2. Bună; 3. Acceptabilă; 4. Proastă; 5. Foarte proastă.
Notă: Diferențele sunt semnificative pentru categoriile menționate (Testul Chi-pătrat este semnificativ cu o probabilitate de p<0,05).

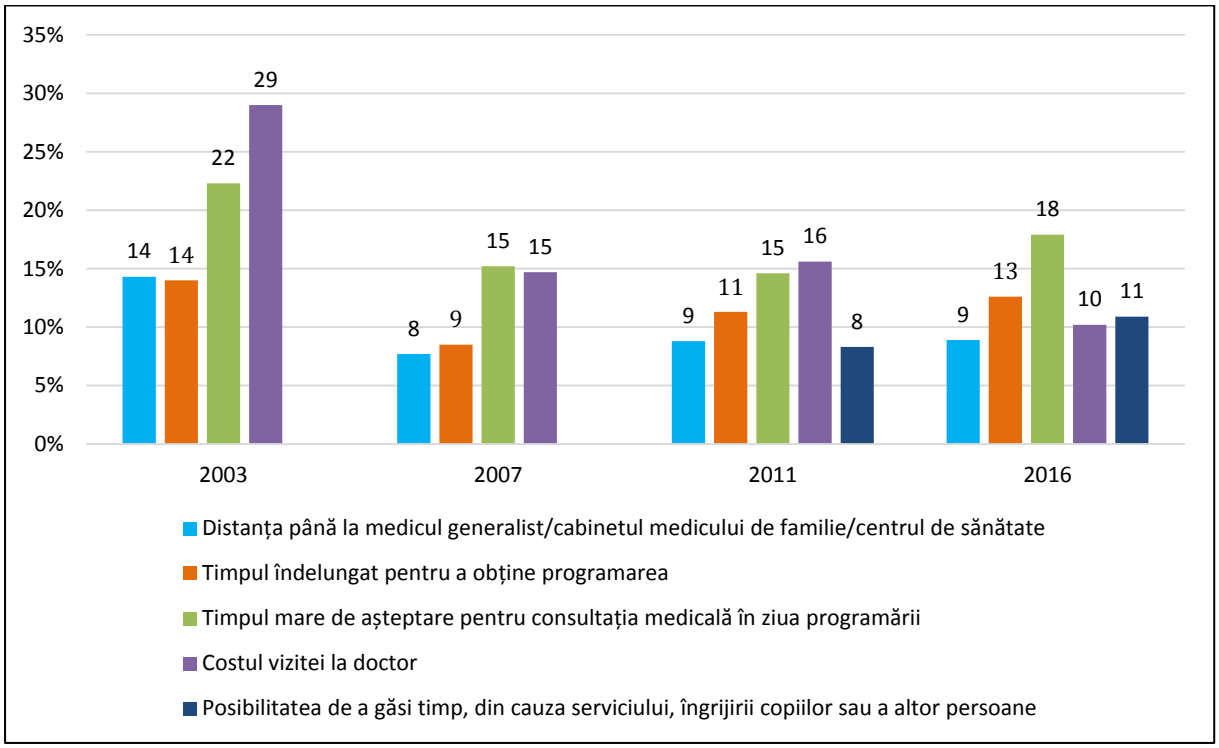
Serviciile de sănătate

În primele cercetări EQLS (2003-2011) indicatorii dedicați serviciilor de sănătate se refereau la evaluarea calității sistemului public de sănătate în general și percepții privind dificultatea de a accesa serviciile medicale în caz de nevoie. În cercetarea din 2016, au fost incluși noi indicatori care permit o evaluare mai detaliată a serviciilor medicale din perspectiva cetățenilor europeni. Noile seturi de indicatori diferenţiază între segmente ale serviciilor medicale, între utilizatori și non-utilizatori ai serviciilor de sănătate, precum și percepții privind dificultatea de a acoperi costurile pentru serviciile medicale. De asemenea, noii indicatori vizează percepții privind tratamentul egal în cadrul serviciilor de sănătate, dar și a existenței corupției.

Percepţia asupra accesului la serviciile de sănătate

Accesul la servicii de sănătate este un element important în asigurarea unei stări de sănătate bune la nivelul populației. Indicatorii din cercetarea EQLS urmăresc evaluarea accesibilității serviciilor de sănătate din perspectiva oamenilor și a posibilelor obstacole pe care le pot întâmpina. În 2003 și 2007, întrebările referitoare la acces au vizat percepția accesului: din perspectiva distanței față de medic/cabinet, timpului necesar pentru a obține o programare, timpului mare de așteptare în ziua consultației și a costului. Din 2011, a fost introdus un alt item referitor la posibilitatea de a găsi timp între slujbă și sarcinile de îngrijire. În anul 2016, textul întrebării privind accesul la serviciile de sănătate s-a modificat astfel încât se referă doar la serviciile medicale primare (medic generalist, medic de familie sau centru de sănătate), excluzând serviciile spitalicești.

Grafic 3. Percepția dificultăților de acces la serviciile de sănătate în România, 2003-2016. Proporția celor care au menționat accesul ca fiind "foarte dificil" (%)



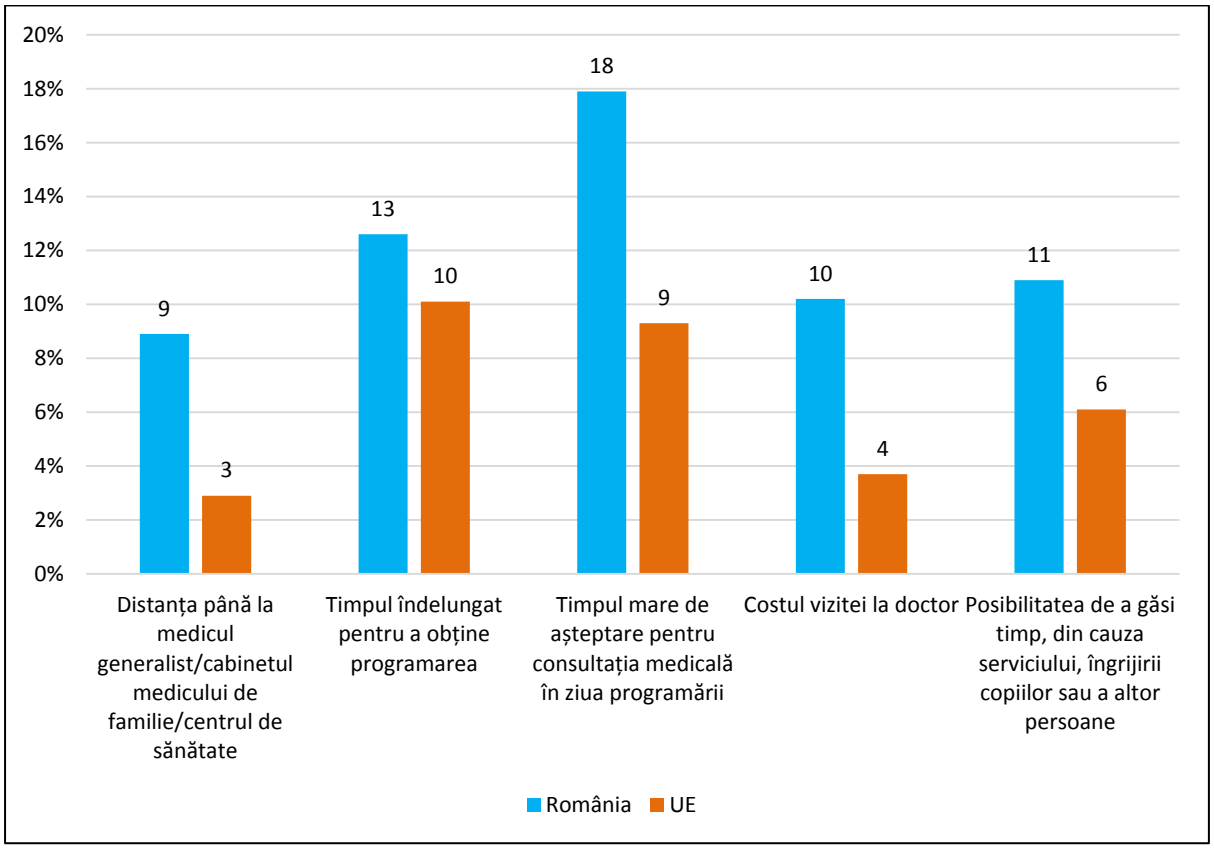
Q61. Gândindu-vă la ultima dată când a fost nevoie să vă consulte sau să vă trateze un medic generalist, un medic de familie sau să mergeți la un centru de sănătate, în ce măsură fiecare din următoarele au făcut ca acest lucru să vă fie dificil sau nu? 1. Distanța până la medicul generalist/cabinetul medicului de familie/centrul de sănătate; 2. Timpul îndelungat pentru a obține programarea; 3. Timpul mare de așteptare pentru consultație medicală în ziua programării; 4. Costul vizitei la doctor; 5. Posibilitatea de a găsi timp, din cauza serviciului, îngrijirii copiilor sau a altor persoane. Variantele de răspuns: 1. Foarte dificil; 2. Puțin dificil; 3. Deloc dificil.

Dificultățile percepute de către respondenții români s-au redus între 2003 și 2016 în toate aspectele menționate. În 2003, cel mai mare obstacol de acces, perceput de către români, era cel legat de costul vizitei la doctor. Astfel, 30% dintre respondenți spuneau că este "foarte dificil" din cauza costului implicat de vizita la doctor. Sub efectul îmbunătățirii nivelului de trai și a creșterii veniturilor populației în anii următori (vezi capitolul despre nivelul de trai), s-a diminuat procentul românilor care considerau costurile implicate de vizita la doctor ca un obstacol. În 2007 și 2011, aproximativ 15% din respondenții din România menționau acest aspect ca fiind "foarte dificil", iar în 2016 doar 10%.

Timpul pare a fi un obstacol din mai multe puncte de vedere (timp pentru a obține programarea, timpul de așteptare în ziua consultației, timpul necesar între îndatoririle de slujbă și cele de îngrijire a copiilor sau a altor persoane dependente).

În context european, românii sunt dezavantajați în privința accesului la serviciile medicale, sub toate aspectele investigate. Distanța reprezintă un obstacol important, fiind menționat ca aspect pentru care accesul este "foarte dificil" de către 9% dintre respondenții din România, triplu față de media UE. Percepția, indicator subiectiv, se suprapune peste inegalitățile majore de acces la servicii medicale primare între diferite regiuni, județe, localități din România. Numeroase localități din mediul rural au servicii medicale primare insuficiente sau acestea lipsesc.

Grafic 4. Dificultăți percepute de acces la serviciile de sănătate în 2016 în România și UE. Proporția celor care consideră accesul ca fiind "foarte dificil" (%)



Q61. Gândindu-vă la ultima dată când a fost nevoie să vă consulte sau să vă trateze un medic generalist, un medic de familie sau să mergeți la un centru de sănătate, în ce măsură fiecare din următoarele au făcut ca acest lucru să vă fie dificil sau nu? 1. Distanța până la medicul generalist/cabinetul medicului de familie/centrul de sănătate; 2. Timpul îndelungat pentru a obține programarea; 3. Timpul mare de așteptare pentru consultație medicală în ziua programării; 4. Costul vizitei la doctor; 5. Posibilitatea de a găsi timp, din cauza serviciului, îngrijirii copiilor sau a altor persoane. Variantele de răspuns: 1. Foarte dificil; 2. Puțin dificil; 3. Deloc dificil.

Timpul de așteptare în ziua programării este menționat ca fiind un aspect „foarte dificil" de către 18% dintre români, ilustrând situația supraîncărcării medicilor în contextul unui număr insuficient de personal medical în România prin migrația acestora în afara țării. Costurile implicate de vizita la medic este un aspect menționat de 10% dintre subiecții români ca fiind „foarte dificil", față de 4% din cetățenii din UE. Românii percep dificultăți mai mari și despre celelalte aspecte legate de timp (timpul de așteptare pentru a obține o programare sau posibilitatea de a găsi timp pentru a merge la medic între sarcinile de slujbă și cele de îngrijire).

Accesul la servicii medicale este unul dintre factorii care contribuie la evaluarea stării de sănătate de către respondenți, în special în România, o țară cu numeroase probleme în zona serviciilor de sănătate (Precupețu și Pop, 2016.)

Utilizarea serviciilor medicale

În cercetarea EQLS din 2016, a fost introdus un nou set de indicatori cu privire la utilizarea serviciilor de sănătate de către subiect sau un membru al gospodăriei în ultimele 12 luni. Serviciile de sănătate vizate sunt serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate, asistență medicală de urgență, serviciile spitalicești sau cele medicale specializate, prescrierea rețetelor online sau telefonic și consultații medicale online sau telefonic.

Pentru România, acest set de indicatori evidențiază o utilizare redusă a serviciilor medicale în context european pentru toate categoriile de asistență medicală.

Tabel 4. Utilizarea serviciilor medicale în funcție de tipul de asistență medicală și de beneficiar în ultimele 12 luni în 2016 (%)

		România	UE
Serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate	Respondentul a beneficiat	24	34
	Altcineva din gospodărie a beneficiat	23	16
	Nimeni	33	17
	Atât respondentul, cât și altcineva din gospodărie	20	34
Asistență medicală de urgență	Respondentul a beneficiat	6	9
	Altcineva din gospodărie a beneficiat	14	11
	Nimeni	79	78
	Atât respondentul, cât și altcineva din gospodărie	1	2
Serviciile spitalicești sau cele medicale specializate	Respondentul a beneficiat	12	21
	Altcineva din gospodărie a beneficiat	14	19
	Nimeni	71	51
	Atât respondentul, cât și altcineva din gospodărie	3	10
Prescrierea rețetelor online sau telefonic	Respondentul a beneficiat	3	12
	Altcineva din gospodărie a beneficiat	5	7
	Nimeni	91	75
	Atât respondentul, cât și altcineva din gospodărie	1	5
Consultații medicale online sau telefonic	Respondentul a beneficiat	2	9
	Altcineva din gospodărie a beneficiat	2	6
	Nimeni	96	83
	Atât respondentul, cât și altcineva din gospodărie	1	3

Q60. Dvs. sau altcineva din gospodăria dvs. a beneficiat de vreunul din următoarele servicii în ultimele 12 luni? 1. Serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate; 2. Asistență medicală de urgență; 3. Serviciile spitalicești sau cele medicale specializate; 4. Prescrierea rețetelor online sau telefonic; 5. Consultații medicale online sau telefonic. Variante de răspuns: 1. Eu; 2. Altcineva din gospodăria dvs.; 3. Nimeni.

Serviciile de medicină primară (serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate) sunt cele mai utilizate în toate țările europene. În Suedia, Austria, Germania și Danemarca peste 40% dintre respondenți au menționat că au utilizat în ultimele 12 luni serviciile de medicină primară. Subiecții din România au fost între europenii care au utilizat în cea mai mică măsură aceste servicii (24%), alături de bulgari (22%). Și în privința asistenței medicale de urgență, europenii care apelează mai des la aceste servicii sunt cei din Luxemburg, Suedia și Slovenia (peste 15%), media europeană fiind de 9%. Românii sunt printre europenii care utilizează într-o mai mică măsură aceste servicii (6%).

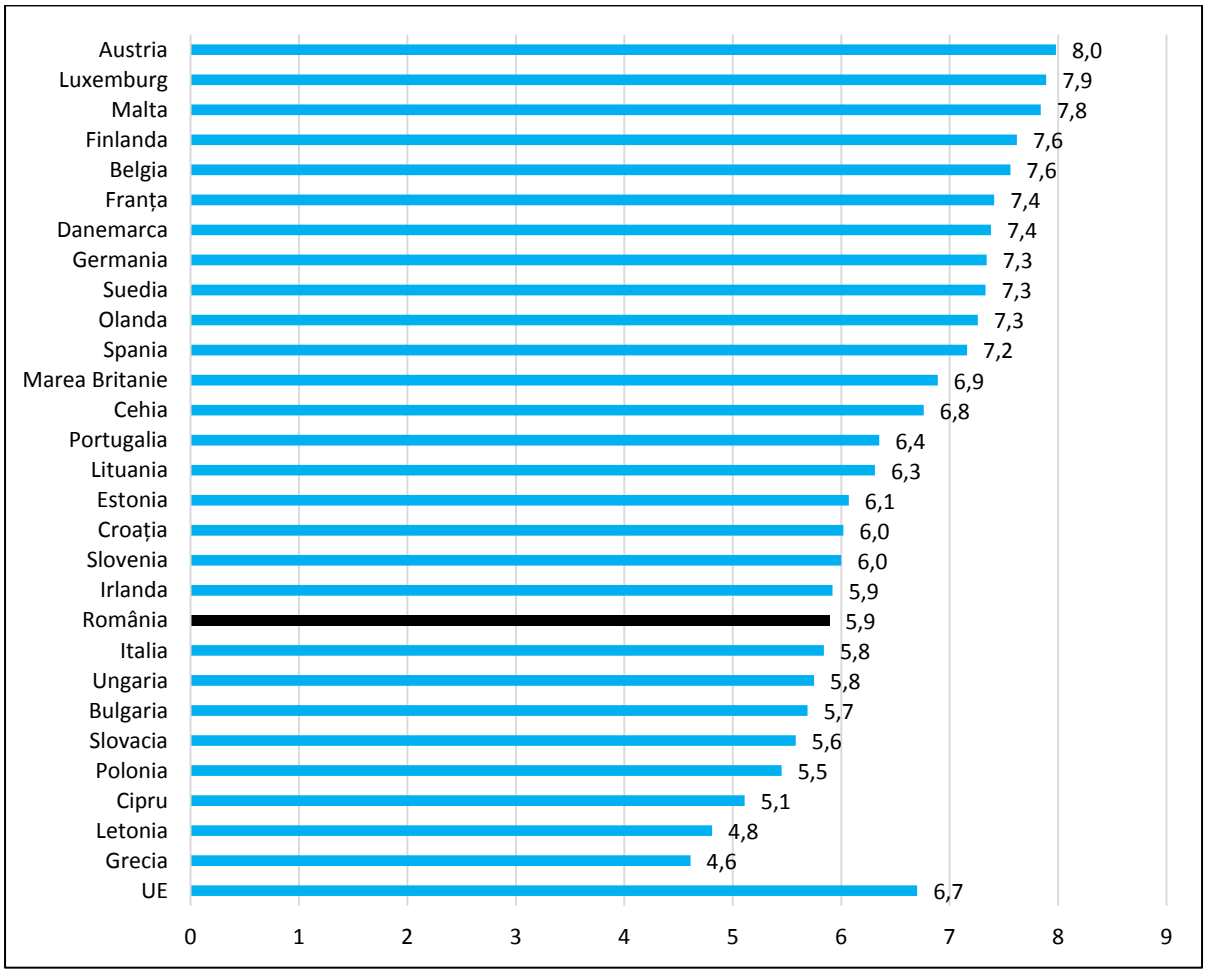
Serviciile spitalicești și cele medicale specializate sunt cele mai costisitoare pentru bugetul sistemelor de sănătate. Și în cazul acestor servicii, românii sunt europenii care le accesează cel mai puțin (12%), în timp ce media UE este de 21%, iar țările cu cea mai ridicată accesare a acestor servicii în ultimele 12 luni sunt Germania (27 %), Austria (28%), Suedia (30%), Olanda (31%) și Danemarca (32%).

Serviciile medicale prin telefon și internet sunt cele cu cea mai redusă utilizare în România. Între țările europene, există diferențe majore în utilizarea serviciilor de prescriere a rețetelor online sau telefonic și de consultații online sau telefonic. În unele țări (Suedia, Danemarca, Olanda,, Finlanda) aceste servicii medicale sunt raportate de peste 30% dintre respondenți, media europeană fiind de 12% utilizatori pentru prescrierea rețetelor online sau telefonic și de 9% utilizatori ai consultațiilor online sau telefonice.

Evaluarea calității serviciilor de sănătate

Atât accesul la servicii de sănătate, cât și calitatea acestora contribuie la menținerea și îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Calitatea serviciilor de sănătate este detaliată prin mai multe seturi de indicatori în cercetarea EQLS din 2016. Un indicator general vizează calitatea serviciilor publice de sănătate și acesta este prezent în toate valurile cercetării 2003-2016.

Grafic 5. Evaluarea calității serviciilor publice de sănătate în statele europene în anul 2016 (medii)



Q58. În general, cum evaluați calitatea următoarelor servicii publice în Romania? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă calitate foarte proastă și 10 înseamnă calitate foarte bună. 1. Serviciile de sănătate.

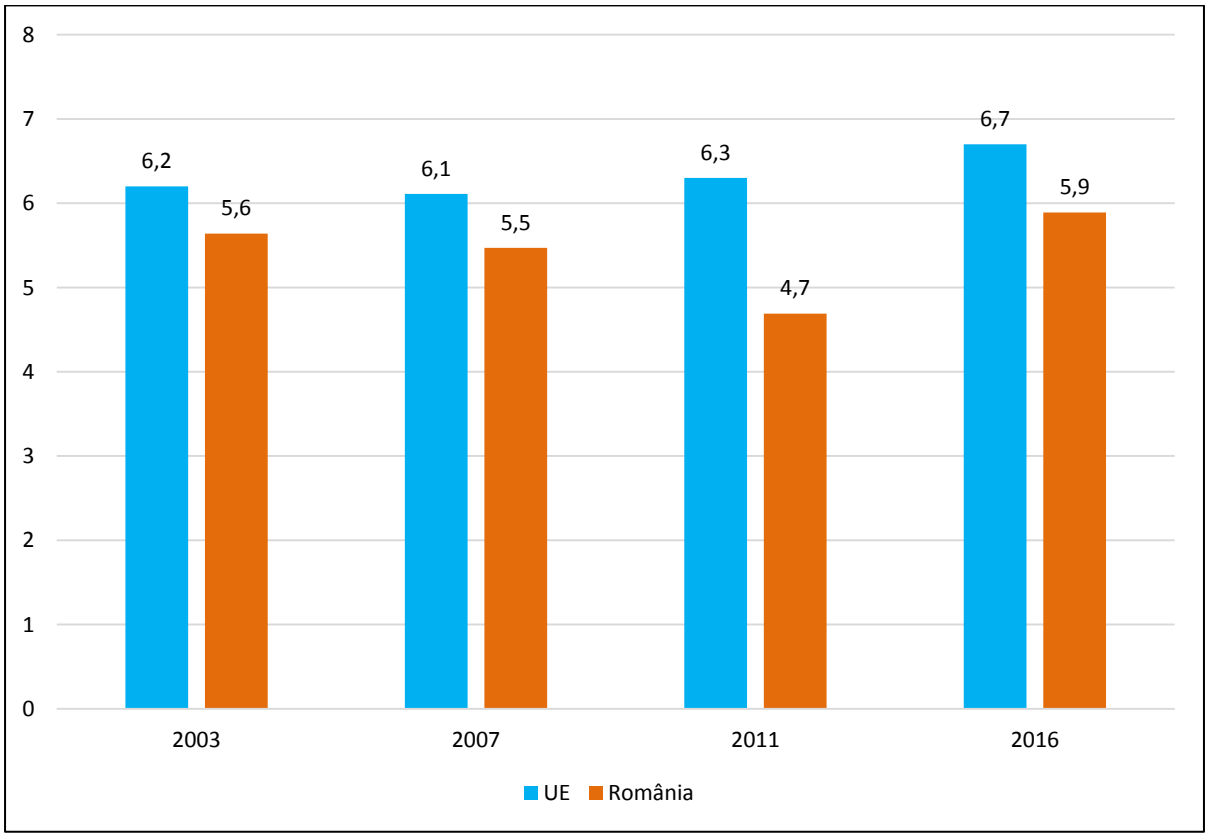
Un set de indicatori propune evaluarea calității serviciilor de sănătate primare și a serviciilor spitalicești sau cele medicale specializate. De asemenea, au fost introduse două seturi de indicatori care își propun măsurarea satisfacției utilizatorilor de servicii primare/spitalicești sau de specializare cu mai multe aspecte implicate în actul medical: calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele), competența și profesionalismul personalului, atenția personală acordată, inclusiv

atitudinea personalului și timpul alocat, faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea.

În context european, calitatea serviciilor de sănătate din România este slab evaluată (5,9), situându-se sub media europeană (6,7) şi mult sub rezultatele înregistrate pentru țări precum Austria (8), Luxemburg (7,9) și Malta (7,8).

În perioada 2003-2016, calitatea serviciilor publice de sănătate s-a situat la un nivel slab de evaluare, mereu sub media europeană. În anul 2011, se înregistrează pentru România o scădere a mediei evaluării calității serviciilor de sănătate, probabil sub influența efectelor crizei economice, care au condus la restrângeri bugetare severe, inclusiv închiderea a numeroase spitale. În anul 2016, s-a cunoscut o îmbunătățire a acestei medii pentru România, efectul revenirii după criza economică și sporirea resurselor și în acest domeniu.

Grafic 6. Evaluarea calității serviciilor publice de sănătate în perioada 2003-2016 (medii)



Q58. În general, cum evaluați calitatea următoarelor servicii publice în Romania? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă calitate foarte proastă și 10 înseamnă calitate foarte bună. 1. Serviciile de sănătate.

În toate țările europene, calitatea serviciilor medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate și calitatea serviciilor spitalicești sau cele medicale specializate sunt superior evaluate față de calitatea serviciilor publice de sănătate în general. Explicația acestei diferențe de evaluare o putem relaționa de contactul direct şi relativ frecvent al subiecților cu aceste servicii, ajungând în timp la o relaţie bazată pe familiaritate cu personalul din serviciile primare. Relația este valabilă și în cazul României (Tabel 5).

Tabel 5. Evaluarea calității serviciilor publice de sănătate în statele UE(medii)

	Calitatea serviciilor de sănătate				Calitatea serviciilor medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate	Calitatea serviciilor spitalicești sau cele medicale specializate
	2003	2007	2011	2016	2016	2016
Austria	8,1	7,8	8,0	8,0	8,4	7,9
Belgia	7,6	7,7	7,7	7,6	7,7	7,4
Bulgaria	3,5	4,7	4,5	5,7	6,9	6,1
Cipru	6,0	5,9	5,4	5,1	6,9	6,0
Cehia	5,8	6,4	6,5	6,8	7,2	7,0
Germania	6,5	6,0	6,6	7,3	8,0	7,7
Danemarca	7,0	7,0	7,4	7,4	7,9	7,8
Estonia	5,8	6,0	5,8	6,1	7,0	6,5
Grecia	5,1	4,9	4,8	4,6	6,0	5,1
Spania	6,3	6,8	7,0	7,2	7,5	7,1
Finlanda	7,4	7,6	7,1	7,6	7,5	8,1
Franța	7,1	7,1	6,9	7,4	7,8	7,2
Croația	-	5,0	5,4	6,0	7,0	6,4
Ungaria	5,3	5,1	5,1	5,8	7,1	5,8
Irlanda	5,3	4,9	4,9	5,9	7,9	6,6
Italia	5,8	5,3	5,5	5,8	7,0	6,2
Lituania	5,1	5,2	5,2	6,3	7,5	7,1
Luxemburg	7,1	7,4	7,5	7,9	8,4	7,7
Letonia	5,1	5,1	5,2	4,8	6,6	6,2
Malta	6,6	7,0	7,2	7,8	8,1	8,0
Olanda	6,7	7,2	7,2	7,3	7,7	7,6
Polonia	4,7	5,0	4,7	5,5	6,5	5,8
Portugalia	4,9	4,9	5,5	6,4	6,8	6,4
România	**5,6**	**5,5**	**4,7**	**5,9**	**7,1**	**6,2**
Suedia	6,8	7,6	7,3	7,3	6,9	7,8
Slovenia	5,8	5,8	6,4	6,0	7,4	6,9
Slovacia	3,7	5,8	4,9	5,6	6,8	6,4
Marea Britanie	6,5	6,5	7,0	6,9	7,1	7,1
UE	6,2	6,1	6,3	6,7	7,4	6,9

Q58. În general, cum evaluați calitatea următoarelor servicii publice în Romania? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă calitate foarte proastă și 10 înseamnă calitate foarte bună. 1. 1. Serviciile de sănătate. Q59. În general, cum evaluați calitatea următoarelor servicii publice în România? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă calitate foarte proastă și 10 înseamnă calitate foarte bună. 1. Serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate. 2. Serviciile spitalicești sau cele medicale specializate.
Notă: Pentru anul 2003, este vorba de media pentru UE25.

În 2016, subiecții care au utilizat serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate sau serviciile spitalicești sau cele medicale specializate au fost rugați să își

exprime satisfacția față de anumite aspecte implicate de actul medical. Gradul de satisfacție cu privire la calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele), competența și profesionalismul personalului, atenția personală acordată, inclusiv atitudinea personalului și timpul alocat, faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea este destul de ridicat în majoritatea statelor europene, inclusiv în România. Mediile obținute pentru cele două tipuri de servicii de sănătate pentru cele patru aspecte vizate sunt ușor mai mici în România față de media europeană. Gradul de satisfacție față de aspectele implicate în accesarea serviciilor este similar când utilizatorul serviciilor este respondentul sau alt membru al familiei.

Tabelul 6. Satisfacția față de diferite aspecte în utilizarea serviciilor medicale în 2016 (medii)

	Calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele)	Competența și profesionalismul personalului	Atenția personală care v-a fost acordată, inclusiv atitudinea personalului și timpul alocat	Faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea dvs.
Serviciile unui medic de medicină generală, ale unui medic de familie sau ale unui centru de sănătate				
România	7,6	7,8	7,8	7,8
UE	7,9	8	7,9	7,8
Serviciile spitalicești sau la servicii medicale specializate				
România	7,1	7,3	7	7,4
UE	7,8	7,9	7,6	7,6

Q62. Ați menționat că ați apelat la serviciile unui medic de medicină generală, ale unui medic de familie sau ale unui centru de sănătate. Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „foarte nemulțumit(ă)" și 10 înseamnă „foarte mulțumit(ă)", vă rog să îmi spuneți cât de mulțumit(ă) sau nemulțumit(ă) ați fost de fiecare din următoarele aspecte ultima dată când ați apelat la serviciu: 1. Calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele); 2. Competența și profesionalismul personalului; 3. Atenția personală care v-a fost acordată, inclusiv atitudinea personalului și timpul alocat; 4. Faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea dvs.
Q64. Ați menționat că ați apelat la serviciile spitalicești sau la servicii medicale specializate. Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „foarte nemulțumit(ă)" și 10 înseamnă „foarte mulțumit(ă)", vă rog să îmi spuneți cât de mulțumit(ă) sau nemulțumit(ă) ați fost de fiecare din următoarele aspecte ultima dată când ați apelat la serviciu: 1. Calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele); 2. Competența și profesionalismul personalului; 3. Atenția personală care v-a fost acordată, inclusiv atitudinea personalului și timpul alocat; 4. Faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea dvs.

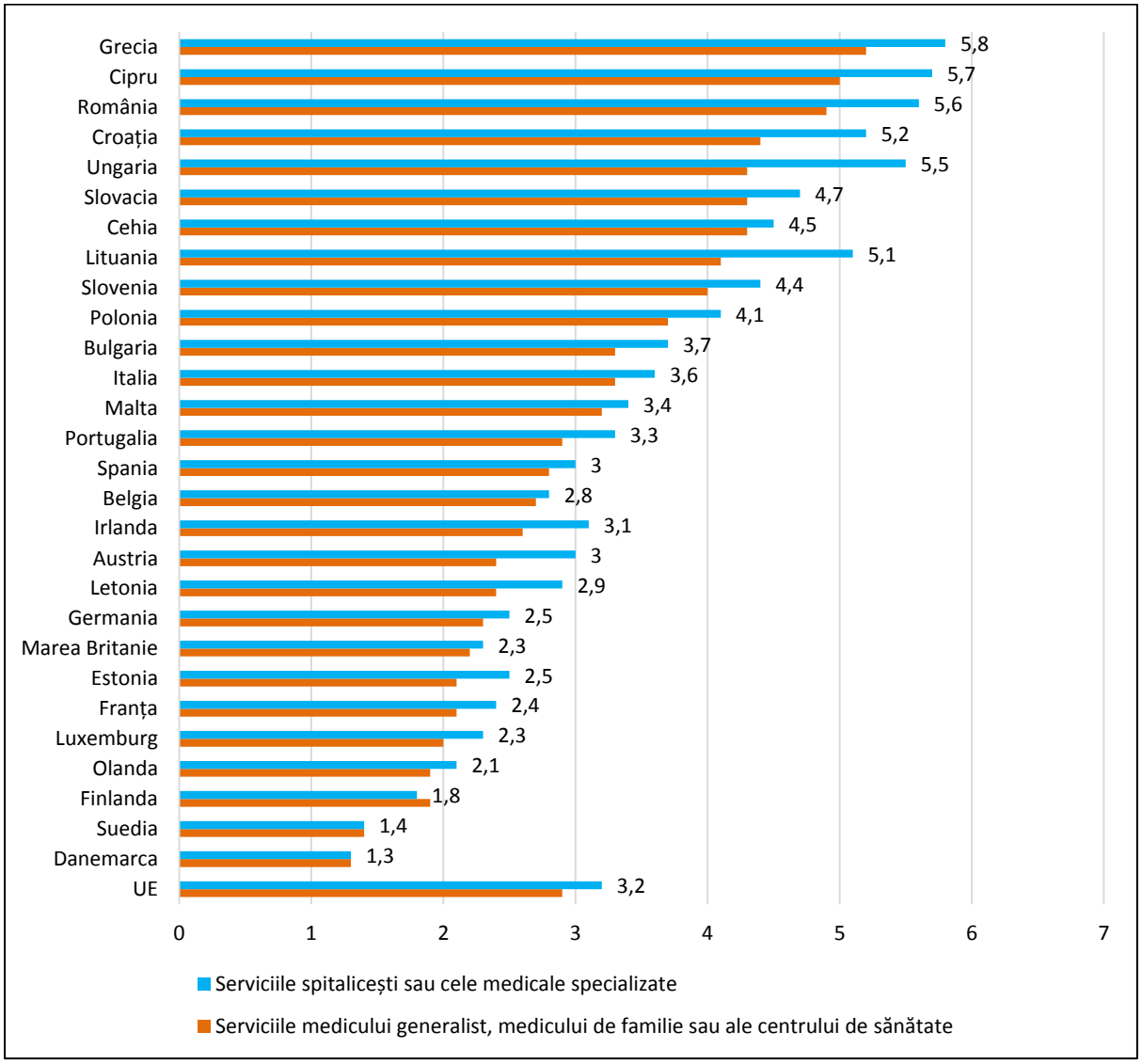
Evaluarea tratamentului egal în cadrul serviciilor de sănătate și percepții asupra corupției în sistemul de sănătate

În anul 2016, au fost introduși indicatori cu privire la tratamentul egal al persoanelor în cadrul serviciilor de sănătate (fie primare, fie spitalicești și de specialitate) și indicatori privind percepția corupției. Întrebările au fost adresate tuturor respondenților (indiferent dacă au utilizat sau nu serviciile de sănătate) și se referă la serviciile disponibile în zona în care locuiesc. Cei mai mulți europeni au considerat că „Toate persoanele sunt tratate la fel în cadrul acestor servicii în zona mea". Pe o scală de la 1 la 10, media europeană a fost 7,6 (pentru serviciile medicului generalist, medicului de familie sau ale centrului de sănătate) și 7,3 (pentru serviciile spitalicești sau cele medicale specializate). Tratamentul egal este perceput accentuat pozitiv în țări precum Malta, Austria, Danemarca, cu medii peste 8,3, iar cel mai scăzut în Cipru, Grecia, Croația. România se plasează aproape de media europeană, evaluând în mai mare măsură pozitiv egalitatea tratamentului în cazul serviciilor medicului generalist, medicului de familie sau ale centrului de sănătate (7,4) față de egalitatea tratamentului în cadrul serviciile spitalicești sau cele medicale specializate (6,7).

În schimb, în ceea ce privește percepția existenței corupției în cadrul serviciilor de sănătate, România este a treia țară după Grecia și Cipru în care corupția este percepută la un nivel înalt în

ambele tipuri de servicii. Cel mai redus nivel de corupție este perceput în Finlanda, Suedia, Danemarca.

Grafic 7. Percepția corupției în serviciile de sănătate, 2016 (medii)



Q63. În ce măsură sunteți de acord sau în dezacord cu următoarele afirmații despre serviciile medicului generalist, medicului de familie sau ale centrului de sănătate din zona dvs.? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „în dezacord complet" și 10 înseamnă „complet de acord": 2. Corupția este un lucru comun în aceste servicii în zona mea.
Q66. În ce măsură sunteți de acord sau în dezacord cu următoarele afirmații referitoare la serviciile spitalicești sau cele medicale specializate din zona dvs.? Vă rog să îmi spuneți, folosind o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „în dezacord complet" și 10 înseamnă „complet de acord": 2. Corupția este un lucru comun în aceste servicii în zona mea.

Percepții asupra dificultăților de a acoperi costurile pentru serviciile de sănătate

Indicatorii privind percepția dificultăților de a acoperi costurilor pentru anumite servicii medicale au fost incluși în cercetarea din 2016. Subiecții sunt rugați să evalueze cât de dificil le-ar fi în cazul în care ar trebui să acopere costurile pentru servicii de sănătate, precum: serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate, asistență medicală stomatologică, serviciile unui psiholog, psihiatru sau alte servicii de sănătate mintală, asistență medicală de urgență și alte servicii spitalicești sau medicale specializate. În context european, românii fac față mai greu în acoperirea cheltuielilor asociate serviciilor de sănătate amintite. Proporția românilor care au menționat că le-ar fi „mai degrabă dificil și foarte dificil" este aproape dublă față de proporția

cetățenilor UE pentru fiecare tip de serviciu de sănătate. Tabloul dificultăților percepute în acoperirea costurilor serviciilor medicale este foarte divers în UE, dar România se situează într-o poziție dezavantajată în condițiile unui nivel de trai redus.

Tabelul 7. Dificultăți percepute în acoperirea costurilor pentru serviciile de sănătate în 2016 (%)

		Serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate	Asistență medicală stomatologică	Serviciile unui psiholog, psihiatru sau alte servicii de sănătate mintală	Asistență medicală de urgență	Alte servicii spitalicești sau medicale specializate
România	Mai degrabă ușor și foarte ușor	37	17	19	35	21
	Nici ușor, nici dificil	29	23	25	24	26
	Mai degrabă dificil și foarte dificil	34	60	57	41	53
UE	Mai degrabă ușor și foarte ușor	67	44	42	58	51
	Nici ușor, nici dificil	16	20	23	19	21
	Mai degrabă dificil și foarte dificil	18	36	35	23	29

Q67. Cât de ușor sau dificil v-ar fi să acoperiți cheltuielile pentru fiecare dintre următoarele, dacă ar fi să apelați la acestea mâine? 1. Serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate; 2. Asistență medicală stomatologică; 3. Serviciile unui psiholog, psihiatru sau alte servicii de sănătate mintală; 4. Asistență medicală de urgență; 5. Alte servicii spitalicești sau medicale specializate. 1. Foarte ușor; 2. Mai degrabă ușor; 3. Nici ușor, nici dificil; 4. Mai degrabă dificil; 5. Foarte dificil.

În România, femeile percep dificultăți mai mari în comparație cu bărbații pentru acoperirea costurilor serviciilor medicale menționate în cadrul cercetării. La fel, subiecții din mediul rural sunt cei care percep dificultăți mai ridicate pentru toate tipurile de servicii de sănătate. Dificultățile percepute sunt mai mari pentru categoriile de vârstă de 50-64 de ani și peste 65 de ani. Persoanele cu un nivel scăzut de educație sunt cele care au dificultăți mai ridicate pentru acoperirea costurilor, la fel și persoanele aflate în cuartilele cele mai scăzute de venit.

Tabelul 8. Proporția celor care au apreciat acoperirea costurilor ca fiind „mai degrabă dificil și foarte dificil” pe categorii sociodemografice (%)

		Serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate	Asistență medicală stomatologică	Serviciile unui psiholog, psihiatru sau alte servicii de sănătate mintală	Asistență medicală de urgență	Alte servicii spitalicești sau medicale specializate
Sex	Masculin	30	56	48	36	49
	Feminin	37	64	65	46	57
Mediu de rezidență	Rural	39	65	64	49	59
	Urban	26	53	48	31	45
Vârsta	18-24	18	49	36	21	28
	25-34	25	50	52	24	41

	35-49	31	59	53	40	54
	50-64	44	70	67	55	65
	65+	40	65	64	50	61
Venit - cuartile	1	44	77	73	62	73
	2	47	75	69	46	72
	3	28	57	55	30	40
	4	18	39	40	29	36
Educație	Maxim 8 clase	44	79	80	63	72
	Liceu/școală profesională	34	62	57	41	53
	Facultate/post -universitar	19	36	36	24	38

Q67. Cât de uşor sau dificil v-ar fi să acoperiți cheltuielile pentru fiecare dintre următoarele, dacă ar fi să apelați la acestea mâine? 1. Serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate; 2. Asistență medicală stomatologică; 3. Serviciile unui psiholog, psihiatru sau alte servicii de sănătate mintală; 4. Asistență medicală de urgență; 5. Alte servicii spitalicești sau medicale specializate. 1. Foarte uşor; 2. Mai degrabă uşor; 3. Nici uşor, nici dificil; 4. Mai degrabă dificil; 5. Foarte dificil.

Concluzii

- În general, oamenii își evaluează propria stare de sănătate pozitiv. Peste jumătate dintre respondenții români apreciază că sănătatea lor este „bună și foarte bună". Evaluarea stării de sănătate în România rămâne relativ constantă între anii în care a fost realizată cercetarea EQLS.
- În context european, românii sunt printre cetățenii europeni care își evaluează mai slab starea de sănătate. În 2016, doar croații și lituanienii îşi apreciau starea de sănătate în proporţii mai mari ca „proastă și foarte proastă". Românii raportează mai puțin existența unei afecțiuni cronice sau dizabilități în comparație cu alți europeni, dar dintre cei care o fac, percep și limitări mai mari în viața de zi cu zi.
- Evaluarea stării de sănătate, ca măsură subiectivă, variază în funcție de variabilele asociate poziției sociale a persoanei (mediu de rezidență, sex, vârstă, educație, venituri). Ies în evidență dezavantaje importante pentru subiecții din mediul rural, pentru persoanele de peste 65 de ani, pentru cei cu un nivel redus de educație, precum și pentru cei din cea mai scăzută cuartilă de venit.
- Românii percep dificultăți de acces la serviciile de sănătate într-o mai mare măsură față de ceilalți europeni sub toate aspectele investigate.
- Cetățenii din România au utilizat serviciile medicale în ultimele 12 luni (serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate, asistenţă medicală de urgență, serviciile spitalicești sau cele medicale specializate, prescrierea rețetelor online sau telefonic și consultații medicale online sau telefonic) într-o mai mică măsură în comparație cu ceilalți cetățeni europeni.
- Calitatea serviciilor publice de sănătate în general este evaluată mai slab în context european, sub media europeană, deși în 2016 s-a înregistrat o îmbunătățire a acestei evaluări față de anul 2011. Calitatea serviciilor de sănătate este mai bine evaluată atunci când evaluarea se face pe componente (serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate și serviciile spitalicești sau cele medicale specializate).

- Românii percep într-o mare măsură existența unui tratament egal al persoanelor în cadrul serviciilor de sănătate. Percepția corupției în serviciile de sănătate este printre cele mai mari din UE, după Grecia și Cipru.
- În comparație cu ceilalți cetățeni europeni, românii raportează dificultăți mai mari în cazul nevoii de a acoperi costul serviciilor de sănătate (serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate, asistență medicală stomatologică, serviciile unui psiholog, psihiatru sau alte servicii de sănătate mintală, asistență medicală de urgență și alte servicii spitalicești sau medicale specializate).
- Indicatorul referitor la evaluarea stării de sănătate rămâne relativ constant în perioada 2007-2016, evidențiind mai degrabă o stare de sănătate precară în context european. Totuși, efectul crizei economice poate fi observat în 2011 prin cele mai slabe evaluări ale stării de sănătate în cazul României. Efectul crizei este mai evident în cazul indicatorului privind calitatea serviciilor publice de sănătate care înregistrează cea mai mică valoare în 2011, ca apoi să cunoască o îmbunătățire semnificativă în 2016.

Bibliografie

Alber, Jens, Köhler, Ulrich. 2004. Health and care in an enlarged Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef03107en_0.pdf

Eurofound. 2017. European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1733en.pdf

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2018. *European Quality of Life Survey Integrated Data File, 2003-2016*. [data collection]. *3rd Edition.* UK Data Service. SN: 7348, http://doi.org/10.5255/UKDA-SN-7348-3

Eurostat, 2018. https://ec.europa.eu/eurostat/data/database

Mărginean, Ioan, Precupeţu, Iuliana (coordonatori), Dumitru, Mihai, Mihalache, Flavius, Mihăilescu, Adina, Neagu, Gabriela, Popescu, Raluca, Preoteasa, Ana Maria, Tufă, Laura, Vasile, Marian. Calitatea vieții în România 2010. București: Editura Expert și CIDE. http://www.arsociologie.ro/images/stories/docs/calitatea_vietii_2010.pdf

Mărginean, Ioan, Iuliana Precupeţu, Vassil Tzanov, Ana Maria Preoteasa, Bogdan Voicu. 2006. First European Quality of Life Survey: Quality of life in Bulgaria and Romania. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Disponibil on-line: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef0667en.pdf

Precupețu, Iuliana și Cosmina-Elena Pop. 2016. „The Role of Access to Healthcare Services in Self-rated Health in Romania, from a European Comparative Perspective." Sociologie românească, XIV (1): 45-60.

http://www.arsociologie.ro/images/stories/sr/articles/sr_2016_1/SR(2016)_14(1)_Precupetu&Pop_45-60.pdf

Precupeţu, Iuliana. 2008. „Evaluări ale protecției sociale și îngrijirii sănătății”. In Mărginean, Ioan și Iuliana Precupeţu (coord.) Calitatea vieţii şi dezvoltarea durabilă. Politici de întărire a coeziunii sociale, 137-146. Bucureşti: Editura Expert.

Precupețu, Iuliana și Cosmina-Elena Pop. 2018. „Starea de sănătate a populației în România. Pentru o abordare socială în domeniul sănătății”. In *Calitatea vieții: un proiect pentru România* coordonată de Zamfir, Elena și Iuliana Precupețu, 86-123. București: Editura Academiei Române.

Calitatea societăţii

Conceptul de *calitate a societății* se subsumează domeniului calității vieții și descrie caracteristicile mediului social la nivelul unei comunități umane (Mărginean, 2008), fiind pus în relație cu contextul social al vieții de zi cu zi (Abbott și Wallace, 2012). Calitatea percepută a societății relevă modul în care oamenii se relaționează unii cu alții și cu instituțiile, măsura în care persoanele se simt integrate în societate, în care societatea este considerată drept conflictuală, precum și evaluarea calității serviciilor oferite oamenilor în diferite contexte sociale. Calitatea societății completează imaginea oferită de indicatori ai vieții personale cum sunt evaluările nivelului de trai, locuirii, sănătății etc. Condițiile sociale care fac posibilă o bună calitate a vieții la nivel individual sunt relevate astfel prin prisma evaluărilor personale.

Această secțiune tratează, mai întâi, evaluarea a două sisteme macro, economia și democrația, pentru a se concentra, apoi, asupra indicatorilor de încredere în oameni și instituții, a celor de măsurare a percepţiei asupra conflictelor sociale și de evaluare a excluziunii sociale. În final, se trece în revistă calitatea serviciilor publice. Chestionarul folosit în cadrul EQLS 2016 a cunoscut câteva ajustări comparativ cu etapele anterioare de colectare a datelor (2003, 2008, 2011), fiind îmbogățit cu unele întrebări noi care privesc evaluarea economiei, a democrației și serviciile publice și de îngrijire.

Evaluarea stării economiei și a modului de funcționare a democrației

Datele descriu o situație dominată de evaluări mai degrabă negative atât asupra vieții economice, cât și politice, fără ca România să se poziționeze pe unul din ultimele locuri la nivel European din acest punct de vedere. Pe scala de la 1 la 10, scorul mediu obținut în România pentru satisfacția față de starea economiei (4)[15] se situează sub media la nivel de UE (4,9) și mult sub mediile consemnate în țări etalon în domeniu, precum Danemarca, Germania, Olanda sau Suedia. Doar aproximativ 15% dintre respondenții din România au oferit evaluări pozive (scoruri cuprinse între 7 și 10) cu privire la starea generală a economiei, față de 27% cât reprezintă media la nivel european (tabelul 1). Bulgaria, Grecia, Croația, Letonia, Italia, Portugalia și Spania sunt state cu procente mai reduse ale populației ce se declară mulțumită față de realitățile vieții economice. Opiniile cu privire la modul de funcționare a democrației în România sunt, în mare parte, negative: scorul mediu la nivel național este 4,4, față de 5,2 cât este media europeană. Românii, alături de locuitorii statelor din Peninsula Balcanică, de spanioli și de italieni sunt europenii în cea mai mică măsură mulțumiți față de democrația din țările lor. Doar 20% dintre respondenții din eșantionul din România s-au arătat mulțumiți față de modul de funcționare a democrației, un procent de trei ori mai redus comparativ cu ţări cum sunt Danemarca, Finlanda sau Suedia și situat la jumătatea celor înregistrate în Austria, Germania, Marea Britanie, Irlanda sau Olanda (Tabelul 1). Aceste rezultate sunt în concordanţă cu principalele concluzii ale studiilor comparative realizate anterior la nivel european, ce arată o puternică diferențiere la nivel evaluativ între statele din nordul și vestul continentului european și țări mai noi membre ale UE, ce au aderat în 2004, 2007 și 2013. Scorurile reduse înregistrate în state cu o mai îndelungată tradiție democratică, pentru Grecia, Spania și Italia, ce arată la acest indicator valori inferioare celor consemnate în România, pot fi explicate prin instabilitatea politică din ultimii ani, ce a condus către creșterea neîncrederii populației în instituțiile

[15] Valorile prezentate constituie medii ale evaluărilor obținute pe baza scalelor de răspuns cu 10 trepte (1 minim – 10 maxim).

de reprezentare politică, pe fondul dificultăților economice și imposibilitatea factorilor de decizie de a găsi soluții viabile la problemele existente.

Starea economiei României este evaluată mai degrabă negativ, indiferent de categoria de populaţie la care ne raportăm. Diferențele în acest sens între evaluările oferite de diferitele grupuri sociodemografice sunt minime, indicând o omogenitate ridicată a modului în care românii evaluează realităţile vieții economice, indiferent de gen, domiciliu, venituri sau nivel de educație.

Tabel 1. Satisfacția cu starea economiei și satisfacția față de modul în care merge democrația (scoruri medii la nivel național)

	Satisfacția cu economia	Ponderea populației satisfăcută cu starea economie[16]	Satisfacția cu modul în care funcționează democrația	Ponderea populației satisfăcută cu funcționarea democrației[17]
UE	**4,9**	**27**	**5,2**	**31**
România	4,0	15	4,4	20
Austria	6	45	5,8	41
Belgia	5,1	26	5,5	34
Bulgaria	3,1	3	3,9	12
Cehia	5,3	29	5,2	29
Cipru	3,8	13	4,7	20
Croația	3,4	7	4,2	12
Danemarca	6,5	56	6,8	60
Estonia	4,8	23	5,2	28
Finlanda	5,5	36	6,7	64
Franța	4,2	14	4,9	25
Germania	6,5	57	5,9	44
Grecia	2,4	2	3,9	15
Irlanda	5,6	38	5,9	41
Italia	3,6	5	4,4	15
Letonia	3,9	9	4,6	19
Lituania	4	16	4,9	27
Luxemburg	7,2	70	6,7	42
Marea Britanie	5,3	31	5,8	40
Malta	6,9	64	6,1	47
Olanda	6,3	51	6,2	50
Polonia	5,3	30	5,3	32
Portugalia	4,2	11	4,9	25
Slovacia	4,6	15	4,5	17
Slovenia	4	11	4	13
Spania	3,6	7	4,3	15

[16] Date prezentate reprezintă procente cumulate pentru valorile 7, 8, 9, 10, obținute pe scala de evaluare 1 – 10 folosită pentru evaluarea satisfacției cu economia.
[17] Date prezentate reprezintă procente cumulate pentru valorile 7, 8, 9, 10, obținute pe scala de evaluare 1 – 10 folosită pentru evaluarea satisfacției față de modul de funcționare a democrației.

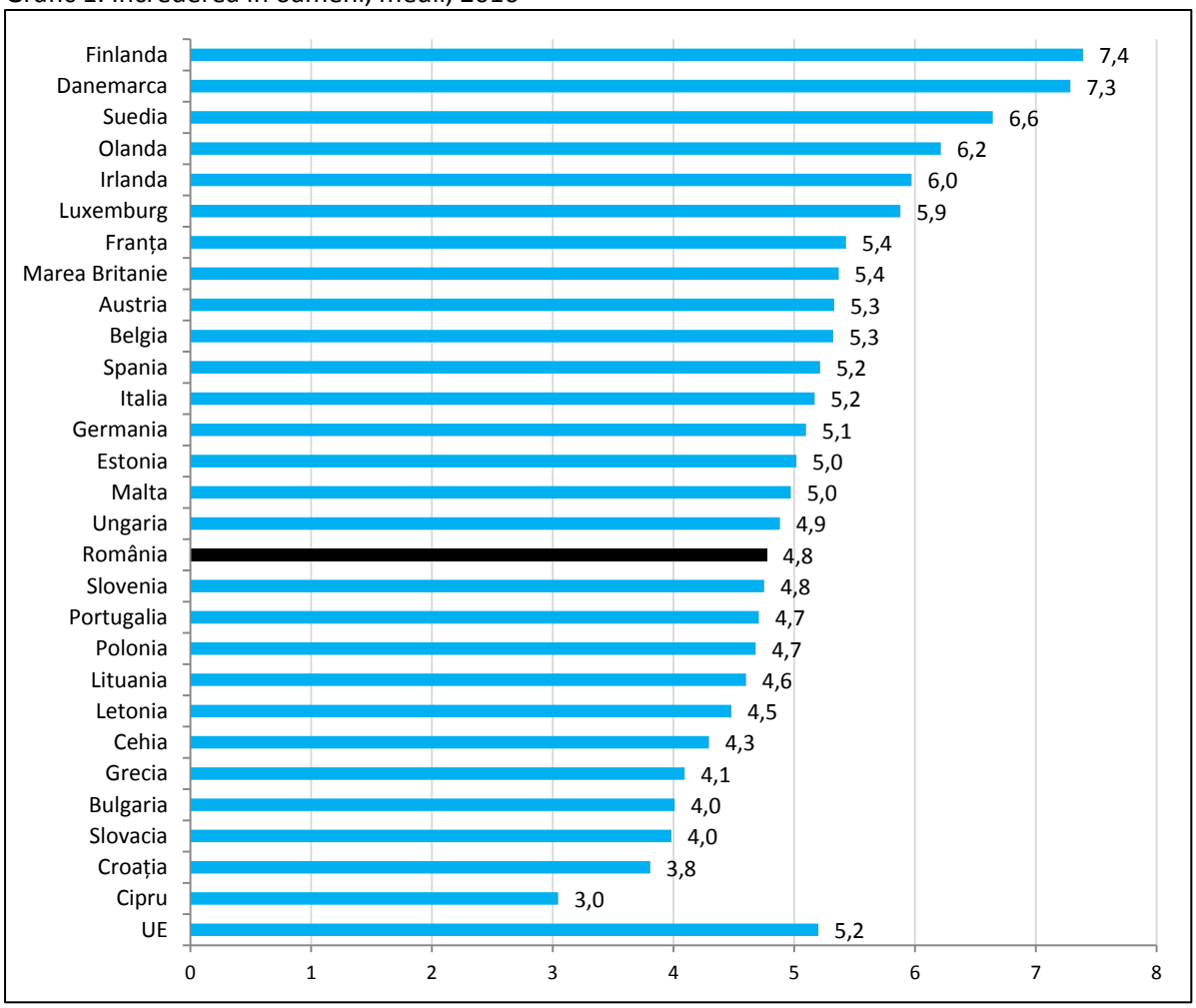
Suedia	6,4	53	6,7	61
Ungaria	5	25	5,3	32

Q31. Per ansamblu, cât de mulțumit(ă) sunteți de felul în care funcționează democrația în România? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „foarte nemulțumit(ă)", iar 10 înseamnă „foarte mulțumit(ă)".
Q32. Per ansamblu, cât de mulțumit(ă) sunteți de starea actuală a economiei în România? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „foarte nemulțumit(ă)", iar 10 înseamnă „foarte mulțumit(ă)".
Notă: 1) Valorile prezentate reprezintă medii naționale pe baza scalelor de răspuns 1 – 10 folosite în cadrul cercetării EQLS 2016; 2) Celulele colorate cu roșu indică valori mult inferioare mediilor la nivel de UE, în timp ce acele celule marcate cu verde arată valori semnificativ peste respectivele medii.

Încrederea în oameni și în instituții

Încrederea în semeni este un liant social și reprezintă bazele relaționării între oameni, fiind deopotrivă un input al angajării în conectarea cu ceilalți cât și un rezultat al legăturilor pe care oamenii le stabilesc în societate. În România, încrederea în oameni este redusă: cu un scor mediu de 4,8 pe o scală de la 1 la 10, țara noastră se situează sub media europeană de 5,2, alături de țări cum sunt Slovenia (4,8), Portugalia (4,7), Polonia (4,7), Ungaria (4,9) (Grafic 1).

Grafic 1. Încrederea în oameni, medii, 2016



Q33. În general, ați spune că majoritatea persoanelor sunt de încredere, sau că nu poți fi suficient de prevăzător atunci când ai de-a face cu oamenii? Folosiți o scală de la 1 la 10 unde 1 înseamnă "foarte neîncrezător" ("nu poți fi suficient de prevăzător") și 10 înseamnă "foarte încrezător" ("majoritatea oamenilor sunt de încredere").

Încrederea în oameni a cunoscut o scădere ușoară, dar semnificativă între 2003 și 2016. În primele două valuri ale cercetării, media încrederii s-a situat în jurul valorii de 5,5, pentru ca în anul

2011 aceasta să scadă ușor (până la valoarea medie de 5), iar în 2016 să atingă un minim (4,8). Încrederea în oameni este mai ridicată la vârstele tinere, printre persoanele cu educație superioară și în cuartila 4 de venit.

În România, încrederea în instituțiile politice se situează la un nivel foarte redus (scor mediu la nivel național: 3,7 pentru încrederea în Parlament și 4,1 pentru încrederea în guvern)[18]. Aceste valori sunt apropiate de cele consemnate în Polonia, Slovacia, Cipru, însă ușor mai ridicate comparativ cu cele înregistrate în Croația, Bulgaria, Grecia, Slovenia, Spania sau Italia (tabelul 2). Scoruri mai favorabile s-au consemnat în ceea ce privește încrederea în autoritățile locale, în poliție, în știrile mass media și în ONG-uri, fără însă ca mediile naționale să depășească semnificativ scorurile calculate la nivel european.

Situația la nivel european arată că România se plasează sub media UE pentru majoritatea indicatorilor și cu o diferențiere puternică între scorurile medii obținute în statele dezvoltate din Europa centrală și de nord, pe de o parte, și scorurile înregistrate în sudul și estul continentului, pe de altă parte.

Pe ansamblu, din punct de vedere al încrederii în instituții, România este destul de asemănătoare cu Polonia, Slovacia, Cehia sau Letonia, fiind caracterizată prin evaluări apropiate de mediile europene, însă cu valori mai reduse pe componenta încrederii în guvern, Parlament și aparatul de justiție. Bulgaria, Croația, Slovenia, Italia, Spania, Cipru și Grecia, pe de altă parte, constituie grupul de state caracterizate prin valorile cele mai reduse ale încrederii în instituții, fie că ne referim la instituții politice, fie la mass-media, bănci, justiție sau autorități locale. Țările cu nivelurile cele mai ridicate ale încrederii în instituții sunt, în continuare, cele din nordul și vestul Europei (Suedia, Danemarca, Finlanda, Olanda, Germania). În concluzie, România prezintă un profil moderat - negativ în ceea ce privește încredrea populației în instituții, asemănător cu cel al altor state fost comuniste din Europa Centrală, însă diferit de cel al țărilor cu profil pronunțat – negativ din Pensula Balcanică (Bulgaria, Grecia și Croația).

Tabel 2. Încrederea în instituții, 2016

Încrederea în:	Guvern	Parlament	Știrile media	Bănci	Justiție	Autorități locale	ONG-uri	Poliție
UE	4,5	4,5	4,8	4,9	5,2	5,6	6	6,4
România	**4,1**	**3,7**	**5,4**	**4,7**	**4,7**	**5,5**	**5,5**	**5,6**
Finlanda	6,2	6,5	6,6	7,4	7,3	6,6	6,8	8,2
Danemarca	5,6	6,2	5,1	6,4	7,8	6,7	7	8
Luxemburg	6,2	6	5,5	6,3	6,6	7	6,7	8
Suedia	5,9	6,4	5,5	5,7	6,4	6,1	6,8	6,8
Austria	5,3	5,6	5	5,8	6,5	6,9	6,8	7,5
Olanda	5,7	5,7	5,7	5,6	6,1	6,3	6,3	6,7
Estonia	4,9	4,9	5,4	6,5	5,8	5,9	6,6	6,9
Germania	5,4	5,5	5,3	4,7	6,1	6,2	6,3	7,1
Lituania	4,6	3,9	5,3	6,2	5	5,8	6,4	6,9
Marea Britanie	4,8	4,9	4	5,8	5,9	5,6	6,4	6,6

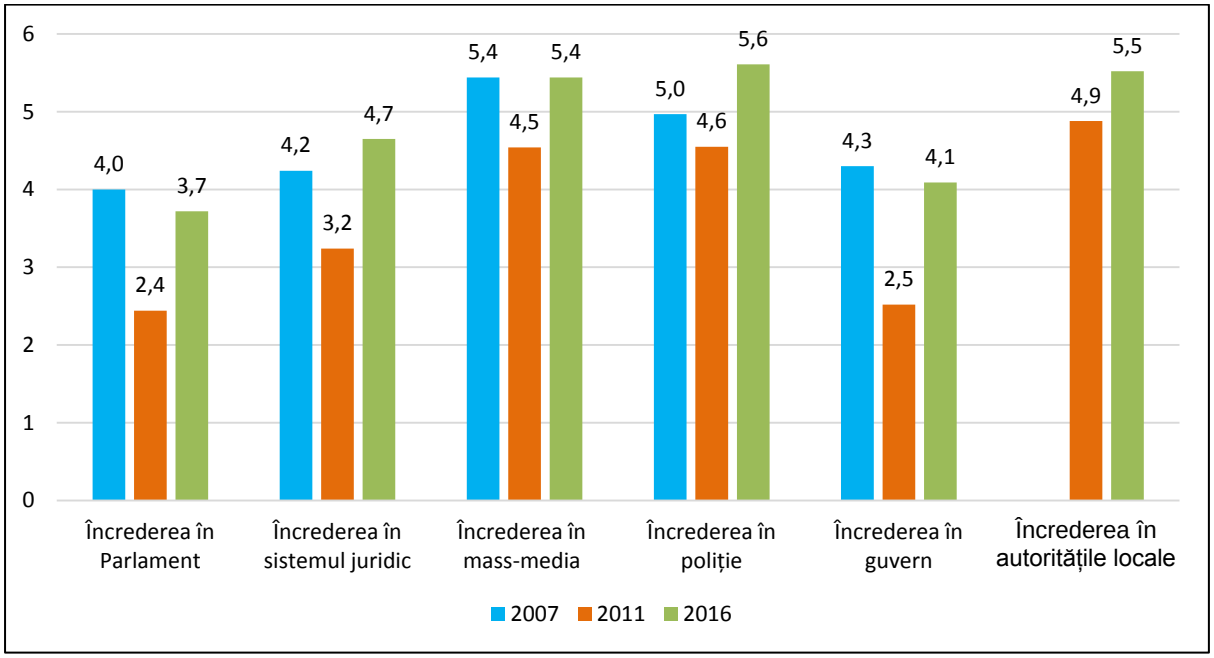
[18] Valorile prezentate constituie medii ale evaluărilor obținute de la respondenți pe baza scalelor de răspuns cu 10 trepte: 1 ”nu am deloc încredere” – 10 ”am încredere totală.

Belgia	4,9	5	5,1	4,9	5,2	6	6,1	6,3
Ungaria	4,9	5	4,5	4,7	5,5	6,3	6	6,2
Cehia	4,3	4,2	4,7	6	5	5,9	5,5	6
Irlanda	4,4	4,7	4,8	4,3	5,4	5,6	5,3	6,5
Portugalia	4,5	4,2	5,1	4,5	4,6	5,5	6,4	6,3
Letonia	4	3,8	5,1	6	4,6	5,5	6,3	5,8
Franța	3,9	4,4	4,4	5	5	5,9	6	6,2
Polonia	4,3	4,1	4,6	5,5	4,6	5,3	6,3	5,7
Slovacia	4,1	4,1	4,6	5,3	4,1	5,5	5,7	4,9
Italia	3,7	3,7	5,1	4	4,4	4,7	5,5	6,3
Spania	3,5	3,8	4,6	3,6	4,3	5,1	5,9	6,1
Cipru	4,5	3,7	4,5	3,5	4,5	5,1	6,2	5
Slovenia	3,3	3,2	4	4,7	3,5	4,6	5,3	5,7
Bulgaria	3,7	3,2	4,7	4,3	3,2	4,7	5,1	4,6
Grecia	2,7	2,8	3,4	3,2	4,7	4,4	4,9	5,8
Croația	3,4	3,2	4	3,8	3,5	3,7	4,9	5

Q35. Vă rog să îmi spuneţi câtă încredere aveţi în următoarele instituţii, utilizând o scală de la 1 la 10, 1 însemnând că "nu aveţi deloc încredere în instituţie", şi 10 "încredere totală".
Notă: 1) Valorile prezentate reprezintă medii naționale pe baza scalelor de răspuns 1 – 10 folosite în cadrul cercetării EQLS.
2) Celulele colorate cu roșu indică valori mult inferioare mediilor la nivel de UE, în timp ce acele celule marcate cu verde arată valori semnificativ peste respectivele medii.

Aproape jumătate dintre participanții la cercetarea din 2016 au evaluat încrederea în Parlament cu valori minime, cuprinse între 1 și 3 pe scala de 10. Neîncrederea în Parlament este mai pronunțată în rândul populației urbane (54% dintre respondenții din această categorie), comparativ cu situația consemnată în rural (43%) și în rândul populației cu studii superioare (51%), comparativ cu segmentul de populație ce a absolvit cel mult școală generală (38%). O structură apropiată se înregistrează și în ceea ce privește încrederea în guvern.

Grafic 2. Încrederea în instituții în România, medii



Q35. Vă rog să îmi spuneţi câtă încredere aveţi în următoarele instituţii, utilizând o scală de la 1 la 10, 1 însemnând că "nu aveţi deloc încredere în instituţie", şi 10 "încredere totală".

Nivelul de încredere al populației în justiția din România este în continuare redus, însă ușor mai ridicat în comparație cu încrederea în instituțiile politice (28% dintre respondenți au evaluat cu valori cuprinse între 7 și 10 încrederea în sistemul judiciar, în timp ce media obținută la nivel național a atins 4,7).

Tensiuni în cadrul societății

Percepția tensiunilor existente în societate reprezintă un indicator important al coeziunii existente la nivel social. Chiar dacă indicatorii subiectivi descriși aici nu reflectă existența unor conflicte existente actual între grupuri sociale, ei dau o măsură a modului în care oamenii consideră societatea ca pe un spațiu al tensiunilor.

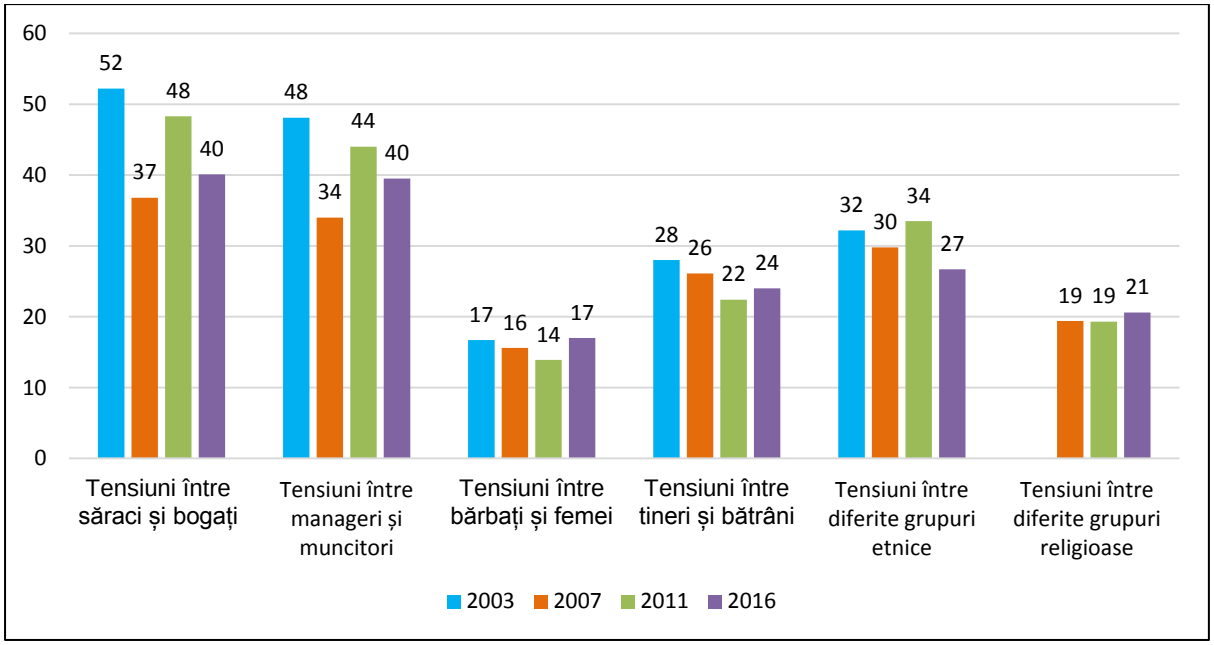
Cele mai puternice evaluări privind tensiunile din cadrul societății se regăsesc în zona raporturilor economice dintre indivizi (graficul 3). Este posibil ca polarizarea societății românești pe criteriul veniturilor, fenomen puternic în ultimele decenii, să conducă spre asumarea unor relații de opoziție între diversele categorii sociale. Chiar dacă procentul celor care declară că în societate există *multă tensiune între bogați și săraci* este în scădere (de la 48% în 2011 la 40% în 2016), România se află în continuare departe de media europeană (27%), fiind depășită, la acest indicator, doar de două state (Lituania - 51% și Ungaria - 59%). Totodată, un procent similar de respondenți (40% din eșantion) au evaluat relația dintre manageri și muncitori ca fiind una ce are la bază *multă tensiune*. Datele pentru România indică existența unei puternice asocieri între răspunsurile la cei doi itemi ce măsoară tensiunea pe criterii economice, situație explicabilă prin asocierea dintre aceste categorii. Astfel, 73% dintre românii ce au declarat că există *multă tensiune între săraci și bogați* au fost de părere și că relațiile dintre manageri și muncitori sunt caracterizate prin *multă tensiune*.

Nu se înregistrează diferențe statistice semnificative în ceea ce privește percepția tensiunilor pe criterii economice în funcție de gen, cu alte cuvinte femeile și bărbații nu evaluează diferit această chestiune. În schimb, situația se schimbă când luăm în calcul criteriul veniturilor, mediul rezidențial și educația. Subiecții din prima cuartilă de venit tind în mai mare măsură să considere că în societatea românească există tensiune între bogați și săraci, comparativ cu respondenții încadrați în cuartila de sus (46% în cuartila 1, comparativ cu 26% în cuartila 4). Un procent ridicat (44%) dintre persoanele rezidente în mediul rural evaluează că există multă tensiune între aceste categorii sociale, în timp ce în cazul populației urbane cei ce oferă astfel de evaluări reprezintă 34%. În același timp, 43% dintre respondenții ce au absolvit maxim școala generală consideră că există relații tensionate pe criterii economice, față de numai 32% din persoanele care au absolvit învățământ universitar.

Ponderea populației care afirmă că între diversele grupuri etnice există *multă tensiune* a fost mai redusă în 2016, comparativ cu 2011 (de la 33% la 27%), în timp ce ponderea celor care percep tensiuni pe baze religioase s-a păstrat constantă (20% dintre respondenți). Ponderi mai ridicate ale evaluărilor privind existența tensiunii pe fundament etnic regăsim în rândul populației cu venituri mai ridicate (30% dintre subiecții din această categorie consideră că relațiile dintre diferitele grupuri etnice sunt dominate de *multă tensiune*), în rândul tinerilor cu vârste cuprinse între 18 și 34 de ani (43% dintre aceștia) și al respondenților ce au absolvit minim studii universitare (39% dintre persoanele din această categorie).

Față de anul 2003, în 2016 s-a înregistrat o scădere a percepției tensiunilor, cu excepția celor între bărbați și femei și a celor între grupuri religioase diferite.

Grafic 3. Percepția tensiunilor din cadrul societății, %

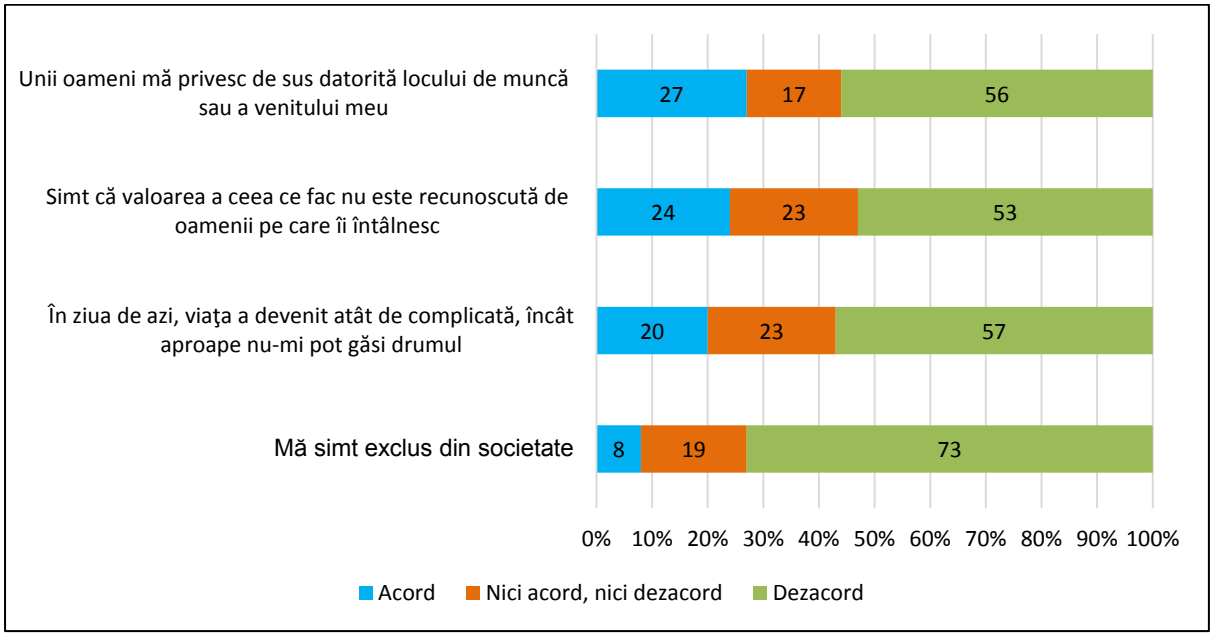


Q34. În toate ţările există tensiuni între grupurile sociale. În opinia dvs., câtă tensiune credeţi că există între următoarele grupuri din ţara noastră? Multă tensiune; Oarecare tensiune; Nu există tensiune.
Notă: % persoanelor care sunt de părere că există *multă tensiune* între diversele categorii sociale.

Evaluări privind excluziunea socială

În România, în mod asemănător cu țările europene, sentimentul dominant în relația cu ceilalți și societatea este unul pozitiv, de incluziune socială. Totuși, o proporție importantă a populației, cuprinsă între 27% și 47% experimentează sentimente de înstrăinare, dezorientare, excluziune sau este indecisă cu privire la aceste elemente. În anul 2016, 8% dintre români au declarat că *se simt excluși din societate*, 20% dintre respondenți sunt de părere că *viața lor a devenit complicată și că aproape ca nu-și pot găsi drumul* (sensul), 24% simt că valoarea a ceea ce fac nu este recunoscută de ceilalți, iar 27% cred că sunt *priviți de sus de către semeni din cauza locului de muncă pe care-l dețin sau a veniturilor pe care le realizează*. Sentimente de excluziune accentuată pe toate dimensiunile studiate resimt mai ales persoanele cu educație scăzută și cele din jumătatea inferioară a distribuției de venituri. Pentru persoanele de peste 65 de ani un sentiment de dezorientare reiese pregnant din date comparativ cu vârstele tinere: 27% dintre persoanele vârstnice declară că viața a devenit atât de complicată, încât nu își pot găsi drumul față de numai 11% în cazul celor între 25 și 34 de ani.

Grafic 4. Sentimente de excluziune socială, %



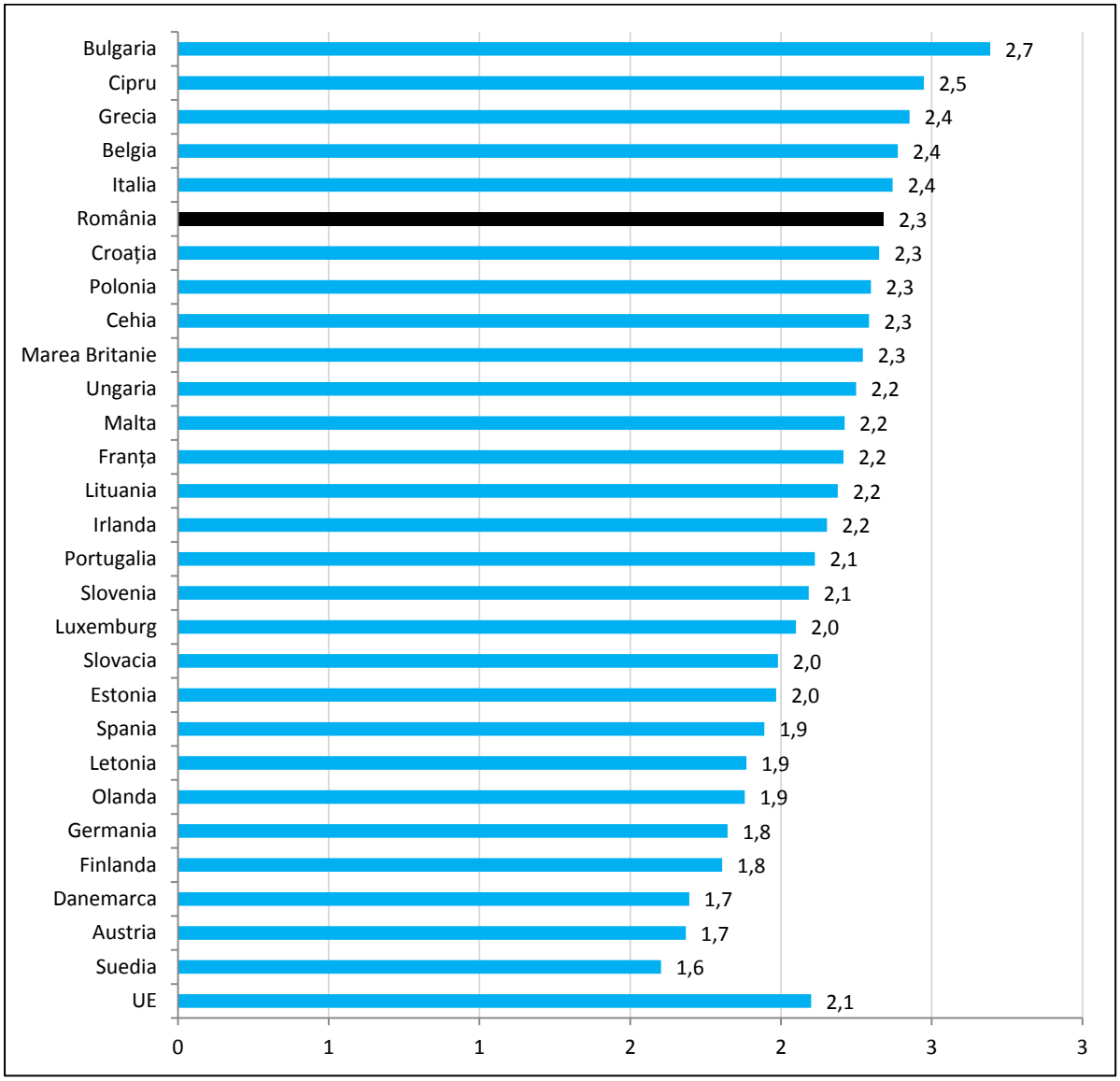
Q36. În ce măsură sunteţi sau nu de acord cu următoarele afirmaţii? 1. Mă simt exclus(ă) din societate; 2. În ziua de azi, viaţa a devenit atât de complicată, încât aproape nu-mi pot găsi drumul; 3. Simt că valoarea a ceea ce fac nu este recunoscută de oamenii pe care îi întâlnesc; 4. Unii oameni mă privesc de sus datorită locului de muncă sau a venitului meu.

Metodologia EQLS propune un index pentru măsurarea percepției privind excluziunea socială ce este compus din agregarea răspunsurile primite la patru întrebări din cadrul chestionarului: a) *Mă simt exclus din societate*; b) *În ziua de azi, viața a devenit atât de complicată, încât aproape nu-mi pot găsi drumul;* c) *Unii oameni mă privesc de sus datorită locului meu de muncă sau a venitului meu*; d) *Simt că valoarea a ceea ce fac nu este recunoscută de oamenii pe care îi întâlnesc*.

Indicele calculat poate lua valori cuprinse între 1 (ce corespunde situațiilor în care respondentul declară *dezacord puteric* la fiecare dintre acești patru itemi) și 5 (situație în care este asumat *acord puternic* pentru toate cele patru enunțuri).

În anul 2016, media la nivel european a acestui indicator compozit a fost de 2,1, valoare apropiată celei consemnate și etapa anterioară de colectare a datelor (2011 - 2,2). Pentru România, acest indicator a atins 2,3 puncte, un ușor progres față de rezultatele din 2011 (2,4) și 2007 (2,7). Privind datele raportate la nivelul UE (graficul 4), valori asemănătoare celor consemnate în cazul României au mai fost obținute în Polonia și Ungaria, în timp ce în Bulgaria excluziunea socială este percepută ca fiind mult mai accentuată. Și de această dată, situațiile cele mai bune se înregistrează în țările nordice și în Germania, Austria și Olanda, unde valoarea acestui indicator se situează în intervalul 1,6 – 1,8 puncte.

Grafic 5. Indicele percepției privind excluziunea socială



Calitatea serviciilor publice

Serviciile publice reprezintă o componentă esențială a calității societății, ele influențând covârșitor calitatea vieții la nivel individual. Serviciile publice românești a căror calitate este evaluată la un nivel mai înalt sunt cele de transport public (6,5 medie), urmate de cele educaționale (6,2), serviciile de sănătate (5,9), serviciile sociale pentru copii (5,9), serviciile de îngrijire pe termen lung (5,5), locuințele sociale (5) și sistemul public de pensii (4,7).

România se situează sub media UE în ce privește evaluarea calității serviciilor publice în cazul tuturor celor șapte tipuri analizate. În anul 2016, țările UE în care se înregistrau cele mai mari valori ale:

- calității serviciilor de sănătate erau Austria (8), Luxemburg (7,9) și Malta (7,8)
- calității serviciilor educaționale erau Finlanda (8,3), Malta (7,8) și Danemarca (7,7)
- calității serviciilor sociale pentru copii erau Malta (8,1), Finlanda (7, 9) și Luxemburg (7.7)
- calității serviciilor de îngrijire pe termen lung erau Luxemburg (7,7), Malta (7,7) și Austria (7,5)

Serviciile sociale, fie că sunt dedicate copiilor, fie că sunt de îngrijire pe termen lung sunt considerate a fi de calitate medie. Comparativ cu celelalte țări europene, serviciile publice din România destinate copiilor și îngrijirii de lungă durată înregistrează unele dintre cele mai scăzute valori în ce privește calitatea.

Serviciile de îngrijire pe termen lung sunt dedicate persoanelor vârstnice sau celor cu dizabilități și cuprind atât servicii de tip rezidențial, cât și cele non-rezidențiale (centrele de zi sau îngrijirile la domiciliu). Percepția privind calitatea acestor servicii s-a îmbunătățit în perioada 2011-2016, pe fondul creșterii numărului acestora și a diversificării lor astfel încât să poată satisfice cât mai multe nevoi. Astfel, în cazul serviciilor sociale pentru copii evaluarea calității a crescut semnificativ în perioada 2011-2016, de la 5 la 5,9. În ce privește serviciile de îngrijire pe termen lung creșterea percepției calității este tot de aproximativ 1 punct, de la 4,6 la 5,5. (Calitatea serviciilor publice

6)

Chiar dacă nu se cunoaște nevoia reală de aceste servicii la nivel național, există studii derulate la nivel județean/local care arată că acestea nu reușesc să satisfacă nici pe departe nevoile existente (Stănculescu și Marin, 2012; Stănculescu et al., 2013; Neagu și Petrescu, 2016; Petrescu et al., 2016; Petrescu et al., 2018). Dacă în cazul serviciilor sociale primare situația la nivel național este mai bună, cele specializate sunt oferite în mare parte în orașele reședință de județ fapt ce face ca accesul la acestea să fie destul de dificil. Accesul persoanelor din mediul rural la aceste servicii sociale specializate, fie că vorbim despre copii, fie de persoanele vârstnice sau cele cu dizabilități este extrem de redus în special din cauza distanțelor destul de mari ce trebuie parcurse între localitatea de domiciliu și cea în care se furnizează serviciul. Nici serviciile de îngrijire la domiciliu nu sunt oferite în mod unitar în mediul rural, doar câteva organizații neguvernamentale furnizându-le în localități rurale.

Tabel 3. Evaluarea calității serviciilor publice în țările UE, 2016 (medii)

Țara	Serviciile de sănătate	Sistemul de educație	Transportul public	Serviciile sociale pentru copii	Serviciile de îngrijire pe termen lung	Locuințele sociale	Sistemul public de pensii
Austria	8,0	7,4	7,6	7,7	7,5	7,1	6,1
Belgia	7,6	7,4	6,5	6,8	6,9	6,2	5,7
Bulgaria	5,7	5,8	6,0	6,2	4,4	3,9	3,3
Cipru	5,1	5,9	5,7	6,4	5,3	4,4	4,9
Cehia	6,8	6,8	6,7	7,0	6,1	5,3	4,6
Germania	7,3	7,0	7,2	7,3	6,9	6,0	5,3
Danemarca	7,4	7,7	6,8	7,5	6,4	6,9	6,0
Estonia	6,1	7,0	7,1	7,2	5,8	5,9	4,4
Grecia	4,6	5,7	6,0	5,5	4,4	4,0	2,6
Spania	7,2	6,6	6,9	6,6	6,4	5,7	5,3
Finlanda	7,6	8,3	7,0	7,9	6,8	6,9	7,0
Franța	7,4	6,7	6,8	6,5	6,9	6,4	5,6
Croația	6,0	6,2	5,9	6,2	5,8	5,0	4,5
Ungaria	5,8	6,3	6,8	7,1	6,3	5,2	4,5
Irlanda	5,9	7,3	5,8	6,1	5,9	5,0	5,9

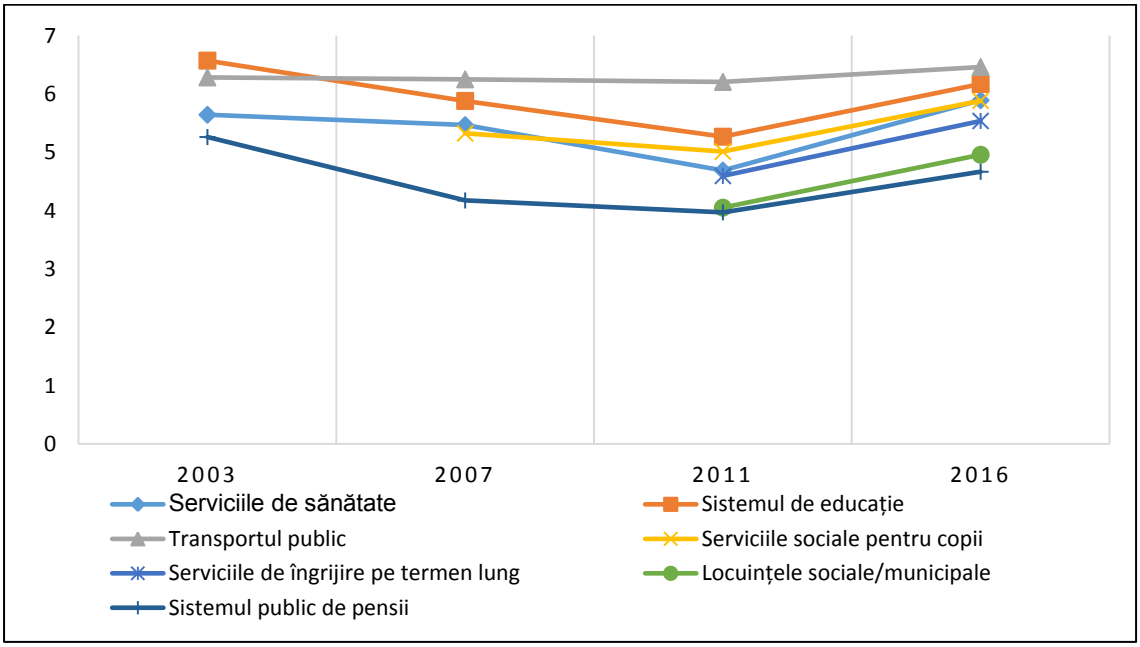
Italia	5,8	6,2	5,6	6,0	5,5	4,9	4,4
Lituania	6,3	6,5	7,0	6,9	6,0	4,9	3,8
Luxemburg	7,9	7,1	7,8	7,7	7,7	6,9	7,9
Letonia	4,8	5,9	7,1	6,4	5,6	5,2	3,6
Malta	7,8	7,8	6,0	8,1	7,7	7,0	5,8
Olanda	7,3	7,3	7,2	7,3	6,4	6,3	6,6
România	**5,9**	**6,2**	**6,5**	**5,9**	**5,5**	**5,0**	**4,7**
Polonia	5,5	6,7	6,3	6,7	5,7	4,7	4,4
Portugalia	6,4	6,5	5,8	6,2	5,0	5,4	4,2
Suedia	7,3	7,0	7,0	7,7	6,1	6,1	5,5
Slovenia	6,0	6,6	6,4	7,2	6,6	5,4	3,8
Slovacia	5,6	6,0	6,3	6,4	5,4	5,2	3,6
Marea Britanie	6,9	7,0	6,7	6,3	5,7	5,4	5,5
UE	6,7	6,7	6,6	6,7	6,2	5,6	5,0

Q58. În general, cum evaluați calitatea următoarelor servicii publice în Romania? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă calitate foarte proastă și 10 înseamnă calitate foarte. A. Serviciile de sănătate, b. Sistemul de educație, c. Transportul public, d. Serviciile sociale pentru copii, e. Serviciile de îngrijire pe termen lung, f. Locuințele sociale/municipal, g. Sistemul public de pensii.

În perioada 2003 – 2016 oscilații mai mari s-au înregistrat în cazul sistemului de educație care în anul 2003 era considerat ca având o calitate mai bună (6,6 medie), pentru ca în anii următori să scadă destul de mult și să ajungă în 2011 la o valoare medie de 5,3. Comparativ cu anul 2011, cercetarea din 2016 arată o apreciere a percepției populației privind calitatea serviciilor de educație. Aceeași evoluție se înregistrează și în cazul percepției calității sistemului public de pensii.

Dacă în România în perioada 2003-2016, înregistrăm evoluție oscilantă în ce privește serviciile de sănătate, serviciile de educație și sistemul public de pensii, la nivelul UE percepția calității serviciilor înregistrează creșteri în cazul serviciilor de sănătate și a celor educaționale și scăderi în cazul sistemului public de pensii.

Grafic 6. Evoluția evaluării calității serviciilor publice în România, 2003 – 2016 (medii)



Q58. În general, cum evaluați calitatea următoarelor servicii publice în Romania? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă calitate foarte proastă și 10 înseamnă calitate foarte. A. Serviciile de sănătate, b. Sistemul de educație, c. Transportul public, d. Serviciile sociale pentru copii, e. Serviciile de îngrijire pe termen lung, f. Locuințele sociale/municipal, g. Sistemul public de pensii.

Satisfacția față de diferite aspecte ale serviciilor publice

Satisfacția populației față de serviciile publice a fost măsurată având în vedere gradul de mulțumire cu privire la calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele), competența și profesionalismul personalului, atenția acordată persoanelor, inclusiv atitudinea personalului și timpul alocat, faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea, iar pentru serviciile de îngrijire a copiilor și serviciile educaționale s-a adăugat mulțumirea vis-a vis de programa școlară și activitățile derulate. Toate aceste elemente sunt printre principalele probleme identificate de populație în ce privește serviciile publice. Gradul de satisfacție față de aceste aspecte este destul de ridicat în majoritatea statelor europene, inclusiv în România. În cazul serviciilor medicale oferte de medicul generalist sau cel de familie, aspectul de care populația este mai puțin satisfăcută este calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele). Tot acest aspect împreună cu atenția care le-a fost acordată de către personalul medical sunt cele de care populația sunt mai puțin satisfăcuți. Analiza comparativă a evaluării acestor aspecte în cazul serviciilor oferite de medicul generalist sau cel de familie și a celor spitalicești, indică valori puțin mai mici ale satisfacție față de serviciile oferite în spital. În cazul serviciilor de îngrijire de lungă durată (servicii pentru persoane cu dizabilități sau vârstnici cu probleme de sănătate) și a celor de îngrijire a copiilor, valorile medii ale satisfacției în România sunt mai mari decât cele de la nivel European, dar numărul românilor care au utilizat aceste servicii este destul de mic.

Tabelul 4. Satisfacția față de diferite aspecte în utilizarea serviciilor publice în 2016 (medii)

Servicii publice	Criterii	România	UE
Servicii de sănătate (medic generalist, medic de familie, centru de sănătate)	Calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele)	7,6	7,9
	Competența și profesionalismul personalului	7,9	8,0
	Atenția personală care v-a fost acordată, inclusiv atitudinea personalului și timpul alocat	7,8	7,9
	Faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea dvs.	7,8	7,8
Servicii spitalicești	Calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele)	7,1	7,8
	Competența și profesionalismul personalului	7,3	7,9
	Atenția personală care v-a fost acordată, inclusiv atitudinea personalului și timpul alocat	7,0	7,7
	Faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea dvs.	7,4	7,6
Servicii de îngrijire pe termen lung	Calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele)	8,8	7,4
	Competența și profesionalismul personalului	8,5	7,5
	Atenția personală care v-a fost acordată, inclusiv atitudinea personalului și timpul alocat	8,2	7,4
	Faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea dvs.	8,7	7,3
Servicii de îngrijire a copiilor	Calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele)	8,6	8,1
	Competența și profesionalismul personalului	8,3	8,2
	Atenția personală care v-a fost acordată, inclusiv atitudinea personalului și timpul alocat	8,8	8,2
	Faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea dvs.	8,6	8,1

	Programa școlară și activitățile	8,6	8,1
Servicii educaționale	Calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele)	8,0	7,7
	Competența și profesionalismul personalului	7,8	7,7
	Atenția personală care v-a fost acordată, inclusiv atitudinea personalului și timpul alocat	7,7	7,6
	Faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea dvs.	7,6	7,6
	Programa școlară și activitățile	7,5	7,5

Q62. Ați menționat că ați apelat la serviciile unui medic de medicină generală, ale unui medic de familie sau ale unui centru de sănătate.
Q64. Ați menționat că ați apelat la serviciile spitalicești sau la servicii medicale specializate.
Q73. Ați menționat că principalul tip de serviciu de îngrijire pe termen lung utilizat a fost [serviciul cel mai utilizat].
Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „foarte nemulțumit(ă)" și 10 înseamnă „foarte mulțumit(ă)", vă rog să îmi spuneți cât de mulțumit(ă) sau nemulțumit(ă) ați fost de fiecare din următoarele aspecte ultima dată când ați apelat la serviciu: 1. Calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele); 2. Competența și profesionalismul personalului; 3. Atenția personală care v-a fost acordată, inclusiv atitudinea personalului și timpul alocat; 4. Faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea dvs.
Q81. Ați menționat că tipul de îngrijire de care a beneficiat cel mai mic copil este [răspunsul de la Q78]. Q85. Dvs. ați menționat că copilul dvs. sau cineva din gospodăria dvs. a urmat o școală.
Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „foarte nemulțumit(ă)" și 10 înseamnă „foarte mulțumit(ă)", vă rog să-mi spuneți cât de mulțumit(ă) sau nemulțumit(ă) ați fost referitor la fiecare dintre următoarele aspecte. 1. Calitatea condițiilor (clădirea, încăperea, echipamentele); 2. Competența și profesionalismul personalului; 3. Atenția personală care v-a fost acordată, inclusiv atitudinea personalului și timpul alocat; 4. Faptul de a fi informat(ă) sau consultat(ă) în ceea ce privește îngrijirea dvs. 5. Programa școlară și activitățile.

Gradul de satisfacție față de diversele aspecte ale serviciilor educaționale este destul de ridicat, în unele cazuri chiar puțin mai mare decât media europeană. Aspectul de care atât românii, cât și europenii sunt mai puțin satisfăcuți îl reprezintă programa școlară și activitățile realizate la școală.

Accesul la serviciile publice este analizat și din perspectiva non-discriminării și existenței corupției. Tratamentul egal este un principiu care se regăsește în serviciile publice românești, mediile fiind apropiate de cele europene. În cazul serviciilor medicale, populația consideră că acest principiu se regăsește într-o măsură mai mare în serviciile oferite de medicul generalist sau cel de familie (7,4 media) decât în cele spitalicești (6,7 media).

În mare parte dintre serviciile publice românești accesul la servicii este considerat problematic încă de o mare parte a populației României în special datorită prezenței fenomenului de corupție în furnizarea acestora. România înregistrează unul dintre cele mai ridicate nivele percepute de corupție în furnizarea serviciilor publice din UE: 4,9 în cazul serviciilor oferite de către medicul generalist, medicul de familie sau centrul medical, 5,6 pentru serviciile spitalicești, 5,6 pentru serviciile de îngrijire pe termen lung, 5 în cazul serviciilor de îngrijire a copiilor și 4,9 în cel al serviciilor educaționale. Pentru toate serviciile publice, media percepției corupției în furnizarea lor este aproape dublă față de media europeană. Nivel ridicat de corupție este perceput în cazul serviciilor publice oferite în Grecia, Cipru, Ungaria, Croația.

Tabelul 5. Percepția discriminării și corupției în serviciile publice (medii)

Tipuri de servicii publice	Percepții privind discriminarea și corupția	România	UE
Servicii de sănătate (medic generalist, medic de familie, centru de sănătate)	Toate persoanele sunt tratate la fel în cadrul acestor servicii în zona mea	7,4	7,6
	Corupția este un lucru comun în cadrul acestor servicii în zona mea	4,9	2,9
Servicii spitalicești	Toate persoanele sunt tratate la fel în cadrul acestor servicii în zona mea	6,7	7,3
	Corupția este un lucru comun în cadrul	5,6	3,2

	acestor servicii în zona mea		
Servicii de îngrijire pe termen lung	Toate persoanele sunt tratate la fel în cadrul acestor servicii în zona mea	6,6	7,2
	Corupția este un lucru comun în cadrul acestor servicii în zona mea	5,6	3,2
Servicii de îngrijire a copiilor	Toate persoanele sunt tratate la fel în cadrul acestor servicii în zona mea	7,2	7,7
	Corupția este un lucru comun în cadrul acestor servicii în zona mea	5,0	2,8
Servicii educaționale	Toate persoanele sunt tratate la fel în cadrul acestor servicii în zona mea	7,4	7,6
	Corupția este un lucru comun în cadrul acestor servicii în zona mea	4,9	2,7

Q63. În ce măsură sunteți de acord sau în dezacord cu următoarele afirmații despre serviciile medicului generalist, medicului de familie sau ale centrului de sănătate din zona dvs.? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „în dezacord complet" și 10 înseamnă „complet de acord": 1. Toate persoanele sunt tratate la fel în cadrul acestor servicii în zona mea 2. Corupția este un lucru comun în aceste servicii în zona mea.
Q66. În ce măsură sunteți de acord sau în dezacord cu următoarele afirmații referitoare la serviciile spitalicești sau cele medicale specializate din zona dvs.?
Q75. În ce măsură sunteți de acord sau în dezacord cu următoarele afirmații referitoare la serviciile de îngrijire pe termen lung din zona dvs.?
Q83. În ce măsură sunteți de acord sau în dezacord cu următoarele afirmații referitoare la serviciile de îngrijire a copiilor din zona dvs.?
Q86. În ce măsură sunteți de acord sau în dezacord cu următoarele afirmații referitoare la serviciile educaționale din zona dvs.?
Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „în dezacord complet" și 10 înseamnă „complet de acord": 1. Toate persoanele sunt tratate la fel în cadrul acestor servicii în zona mea 2. Corupția este un lucru comun în aceste servicii în zona mea.

Concluzii

- Satisfacția față de starea generală a economiei este redusă, numai 15% dintre respondenți s-au declarat în 2016 mulțumiți de acest aspect în România. Totodată, doar 20% dintre români se declară satisfăcuți față de modul de funcționare a democrației în situația concretă a țării.
- Încrederea în oameni este scăzută în țara noastră, relevând premise nefavorabile pentru coeziune socială.
- Încrederea în instituții este, de asemenea, scăzută, dar anul 2016 indică o îmbunătățire ușoară a situației generale privind încrederea în instituții, comparativ cu rezultatele obținute în anul 2011, ceea ce arată o revenire la valorile consemnate în 2008.
- Tensiunile sociale cel mai puternic percepute sunt cele verticale, între clase sociale diferite (săraci și bogați, management și muncitori) în timp ce conflicetele orizontale (între sexe, generații și grupuri etnice) sunt mai puțin proeminente.
- Sentimentele de excluziune socială sunt experimentate de o parte importantă a populației, fiind mai pregnante în cazul categoriilor vulnerabile (săraci, persoane cu educație scăzută, în unele cazuri vârstnici)
- Evaluarea calității serviciilor publice românești se situează sub media UE. Diferențe mai mari se înregistrează în cazul evaluării calității serviciilor de sănătate (5,9 în România, comparativ cu 6,7 media în UE), a serviciilor sociale pentru copii (5,9 în România, comparativ cu 6,7 media în UE), serviciilor de îngrijire pe termen lung (5,5 în România, comparativ cu 6,2 media în UE), locuințele sociale (5,0 în România, comparativ cu 5,6 media în UE).
- În România, accesul la serviciile publice este considerat problematic datorită prezenței fenomenului de corupție în furnizarea acestora. România înregistrează unul dintre cele mai

ridicate nivele percepute de corupție în furnizarea serviciilor publice din UE: 4,9 în cazul serviciilor oferite de către medicul generalist, medicul de familie sau centrul medical, 5,6 pentru serviciile spitalicești, 5,6 pentru serviciile de îngrijire pe termen lung, 5 în cazul serviciilor de îngrijire a copiilor și 4,9 în cel al serviciilor educaționale.

- Evoluții negative în 2011, anul care surprinde criza, s-au înregistrat în indicatorii care descriu calitatea societății: încrederea în instituții a scăzut, percepția tensiunilor între săraci și bogați și a celor între manageri și muncitori a crescut, evaluarea calității serviciilor publice a scăzut.

Bibliografie

Abbott, Pamela și Wallace, Claire, 2012, Social Quality: A Way to Measure the Quality of Society, *Social Indicators Research,* 108 (1), p. 153 – 167

Eurofound, 2017, *European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society*, Publications Office of the European Union, Luxemburg https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1733en.pdf

Eurofound, 2006, *First European Quality of Life Survey: Quality of life in Romania and Bulgaria.* Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg

Mărginean, Ioan, 2008, Calitatea percepută a societății românești în context european, *Calitatea Vieții,* XIX, nr. 1-2/2008, p. 193 – 198

Petrescu, Claudia, (coord.), (2017). Miorița Săteanu, Anca Zăvădescu, Bonica Voinescu, Tanea Nicolescu, Silvia Achiței, Dumitrof Filip, Georgică Bădărău (autori). Document de poziție privind crearea unui cadru benefic unei îmbătrâniri demne și active în România. Confederația Caritas România, http://www.caritasromania.ro/Publicatii/matcap3/DocPozitie_ParlamentulSeniorilor.pdf, p. 19

Stănculescu, Manuela Sofia, (coord.), Simona Anton, Cătălina Iamandi-Cioinaru, Georgiana Neculau, Bogdan Corad, Andreea Trocea. (2013). *Sprijinirea copiilor „invizibili". Al doilea raport de evaluare*. Bucureşti, UNICEF: Vanemonde.

Stănculescu, Manuela Sofia, (coord.), Marin, Monica, (2012). *Sprijinirea copiilor invizibili. Raport de evaluare a proiectului 2011*. Bucureşti, UNICEF: Vanemonde.

Participarea socială

Participarea socială reprezintă una dintre dimensiunile importante ale calității vieții individului și societății în ansamblu, fiind esențială într-o democrație. Implicarea activă a cetățenilor nu doar politică, ci și civică sau comunitară constituie o premisă importantă a procesului de dezvoltare socială (Sen, 2004; Putnam, 2003; Putnam, 2002). Participarea individului în activități sociale (întâlniri cu prietenii, implicarea într-un club/asociație) satisface nevoia de apartenență a oamenilor, iar la nivel social poate preveni apariția unor fenomene de excluziune socială. Implicarea oamenilor în activitățile unor asociații/cluburi sau cea religioasă are impact asupra participării lor civice, politice și comunitare (Verba et al., 1995).

European Quality of Life Survey măsoară diverse tipuri de participare (în special în funcție de tipul activității realizate): socială/comunitară, civică, politică, religioasă, sportivă. Participarea socială/comunitară este analizată printr-o serie de indicatori cum sunt: implicarea în activitățile unor organizații non-profit/club, voluntariat, apetența spre munca voluntară, încrederea în organizații umanitare și caritabile, frecvența întâlnirilor cu persoane din afara gospodăriei și a contactării acestora prin telefon/internet. Participarea civică și politică este măsurată prin indicatori care vizează utilizarea unor instrumente specifice (directe sau indirecte) – participarea la întâlniri ale partidelor politice sau sindicatelor, participarea la proteste/demonstrații, semnarea de petiții, comentarea on-line a diverselor probleme, boicotarea unor produse sau contactarea politicienilor sau factorilor de decizie.

Participarea la activități sociale și voluntariat

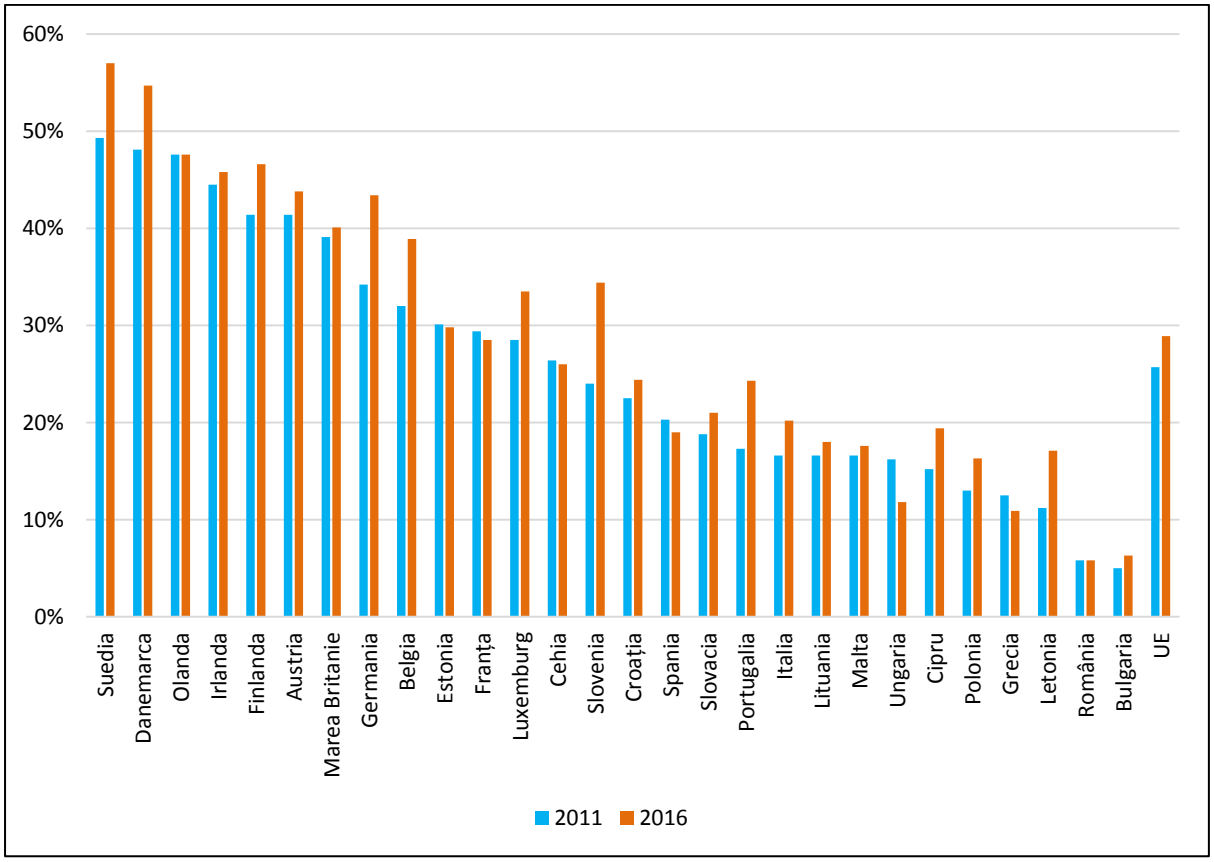
România înregistrează cea mai scăzută rată de participare socială la nivelul UE. Astfel, numai aproximativ 6% din populație declară că participă lunar la activitățile unui club/societate/asociație, în timp ce la nivel european procentul este de aproape 30%. Procentul românilor care participă la astfel de activități este de opt ori mai mic decât al țărilor cu cea mai ridicată rată de participare (Suedia, Danemarca, Olanda, Finlanda, Irlanda), de patru ori mai mic decât cel al Cehiei și Slovaciei și de 2 ori mai mic decât al Poloniei sau Ungariei.

Participarea la activitățile unui club/asociație înregistrează un trend ascendent la nivelul UE. Aproximativ 30% dintre europeni iau parte la activitățile unui club/asociație cel puțin o dată pe lună, în creștere cu 3% față de 2011. În majoritatea țărilor europene (22) proporţia celor care participă la activitățile unui club/asociație cel puțin o dată pe lună a crescut cu procente cuprinse între 1 și 10%. Cele mai mari creșteri se înregistrează în Slovenia (10%), Germania (9%), Suedia (8%), Portugalia, Belgia și Danemarca (7%). (Grafic 1)

În cazul României, procentul celor care participă la activitățile sociale ale unui club, societate sau asociație a rămas constant (5,8%) în perioada 2011-2016, fiind cea mai redusă la nivelul UE. Astfel, doar 5,8% dintre români iau parte la astfel de activități, în timp ce 83% nu fac acest lucru. Există însă diferențe între cele două valuri ale cercetării europene dacă le analizăm în funcție de grupa de vârstă a respondenților. Astfel, participarea persoanelor tinere (18-24 de ani) la activitățile sociale ale unui club, societate sau asociație cel puțin o dată pe lună a crescut de la 13% la 24%, în timp ce a celor din celelalte categorii de vârstă a rămas constantă. În ce privește nivelul de educație al celor care participă la aceste activități sociale se observă că cel mai mult se implică cei cu un nivel de educație ridicat (studii universitare). În perioada 2011-2016, procentul celor care au cel puțin

studii universitare și se implică în astfel de activități cel puțin o dată pe lună a crescut de la 12,6% la 16,2%.

Grafic 1. Participarea la activitățile sociale ale unui club/societate/asociație cel puțin o dată pe lună (%)



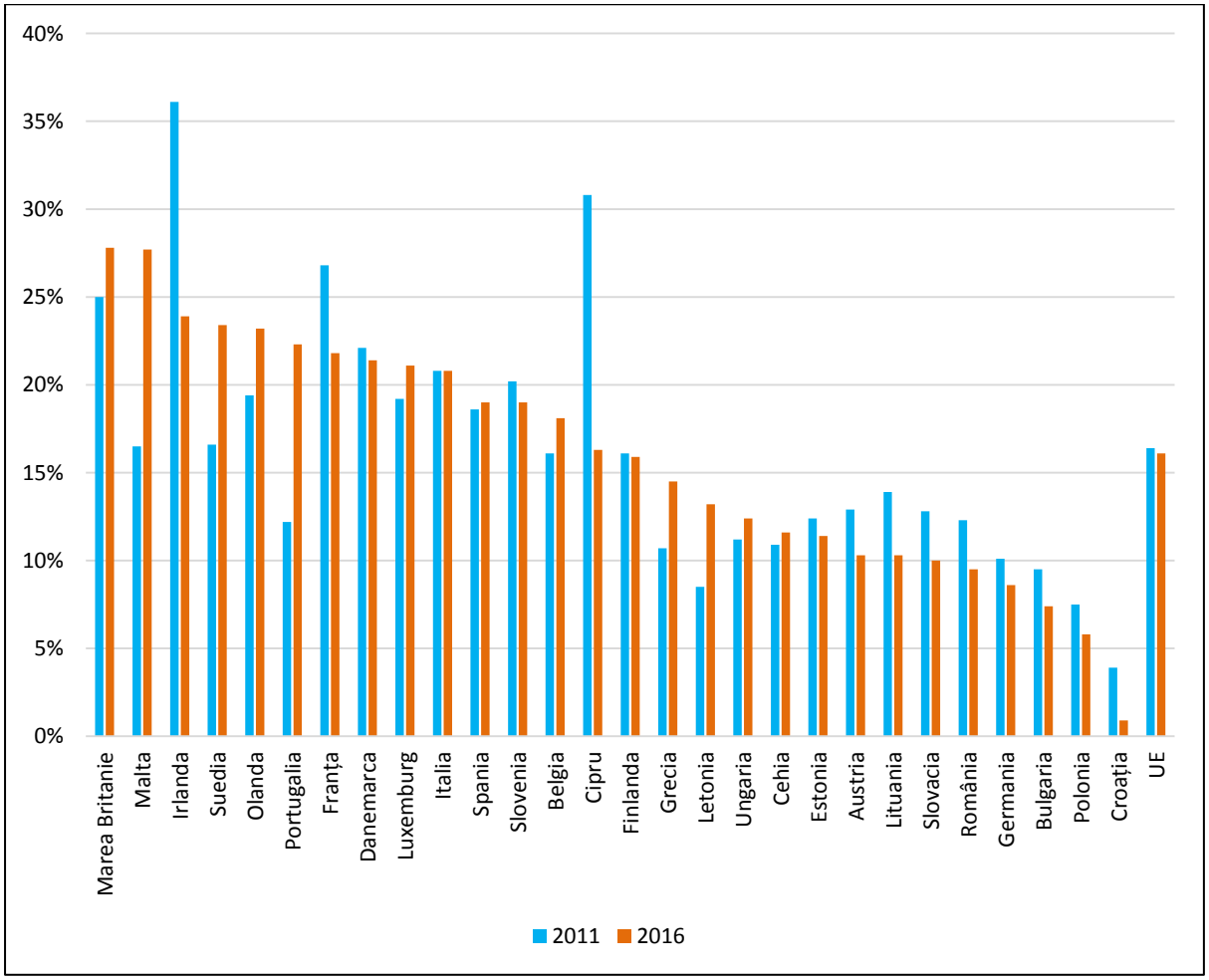
Q28d. Cât de des realizați fiecare dintre următoarele activități? C. Participați la activitățile sociale ale unui club, societate sau asociație….1. Zilnic sau aproape zilnic, 2. Cel puțin o dată pe săptămână, 3. O dată până la trei ori pe lună, 4. Mai rar, 5. Niciodată, 6. Refuz, 7. Nu știu
Notă. Procentul celor care declară că merg cel puțin o dată pe lună (variantele 1, 2 și 3)

Voluntariatul în rândul populației din România rămâne la valori reduse: 3% fac voluntariat cel puțin lunar în asociații comunitare sau furnizoare de servicii sociale, 2% în asociații profesionale, sportive, culturale sau de educație, iar 3% în partide politice sau sindicate. În UE, 7% din populație face voluntariat cel puțin o dată pe lună în asociații comunitare sau furnizoare de servicii sociale, 9% în asociații profesionale, sportive, culturale sau de educație, iar 2% în partide politice sau sindicate.

Chiar dacă procentul populației care face voluntariat este redus în România, cel al persoanelor care ar dori să petreacă mai mult timp făcând muncă voluntară este de 10%. Acest procent este unul dintre cele mai reduse la nivelul Uniunii Europene, unde în 2016 un procent de 20% din populație dorea să petreacă mai mult timp făcând muncă voluntară. Persoanele tinere (18-24 de ani) și cele cu un nivel ridicat de educație (studii superioare) își doresc într-o măsură mai mare să facă muncă voluntară.

Procentele cele mai ridicate de populație care doresc să petreacă mai mult timp făcând muncă voluntară se regăsesc în Marea Britanie (28%), Malta (28%), Irlanda (24%), Suedia (23%) și Olanda (23%). (Grafic 2)

Grafic 2. Dorința de a petrece mai mult timp făcând muncă voluntară (%)



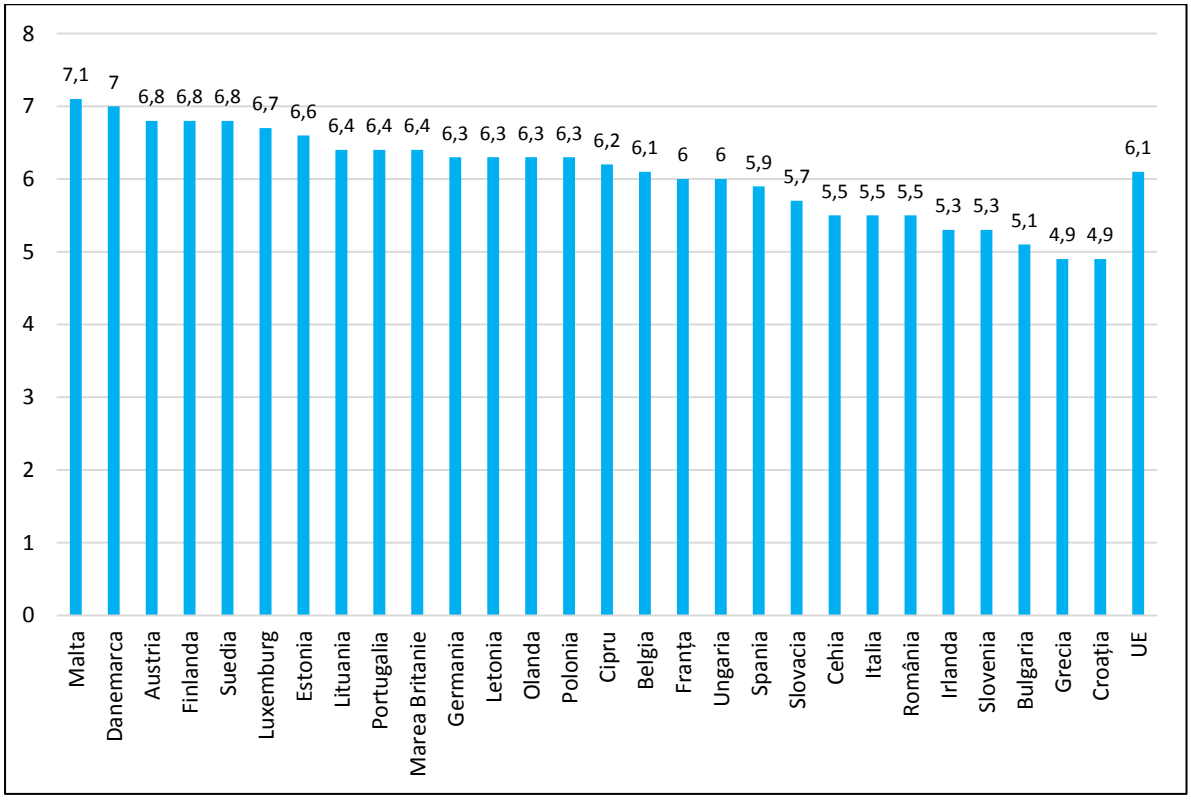
Q47d. Vă voi citi câteva activități din viața de zi cu zi în care va puteți petrece timpul. Vă rog să îmi spuneți dacă petreceți suficient timp cât v-ați dori cu fiecare dintre următoarele activități sau dacă v-ați dori să petreceți mai puțin timp sau mai mult timp în activitatea respectivă? D. Muncă voluntară ... 1. Să petrec mai puțin timp, 2. La fel de mult cât petrec în prezent, 3. Să petrec mai mult timp, 4. Nu este cazul, 5. Refuz, 6. Nu știu.
Notă. Cei care declară că doresc să petreacă mai mult timp (varianta 3).

Una dintre variabilele explicative ale voluntariatului în cadrul organizațiilor neguvernamentale umanitare sau caritabile o reprezintă încrederea populației în acestea. Media încrederii în organizații umanitare și caritabile este de 5,5 în România, una dintre cele mai mici din UE. Nivelul general de încredere în instituții este destul de redus în România. Încrederea în organizații umanitare și caritabile este mai mare decât încrederea în guvern (4,1), parlament (3,7), sistemul bancar (4,7), justiție (4,7). În același timp, este similar cu nivelul de încredere în mass-media (5,4), autorități locale (5,5) și poliție (5,6).

Astfel, 27% din populație declară că are încredere redusă în ONG-uri, în timp ce 29% au încredere moderată, iar 34% au încredere mare. Persoanele tinere (18-24 de ani) au o încredere mai mare în organizații umanitare și caritabile decât celelalte categorii de vârstă, iar cea mai scăzută încredere au persoanele vârstnice.

La nivel European media încrederii în organizații umanitare și caritabile este 6, țările care au medii ale încrederii ridicate sunt Malta (7,1), Danemarca (7), Austria (6,8), Finlanda (6,8) și Suedia (6,8). (Grafic 3)

Grafic 3. Încrederea în organizații umanitare și caritabile, 2016, medie



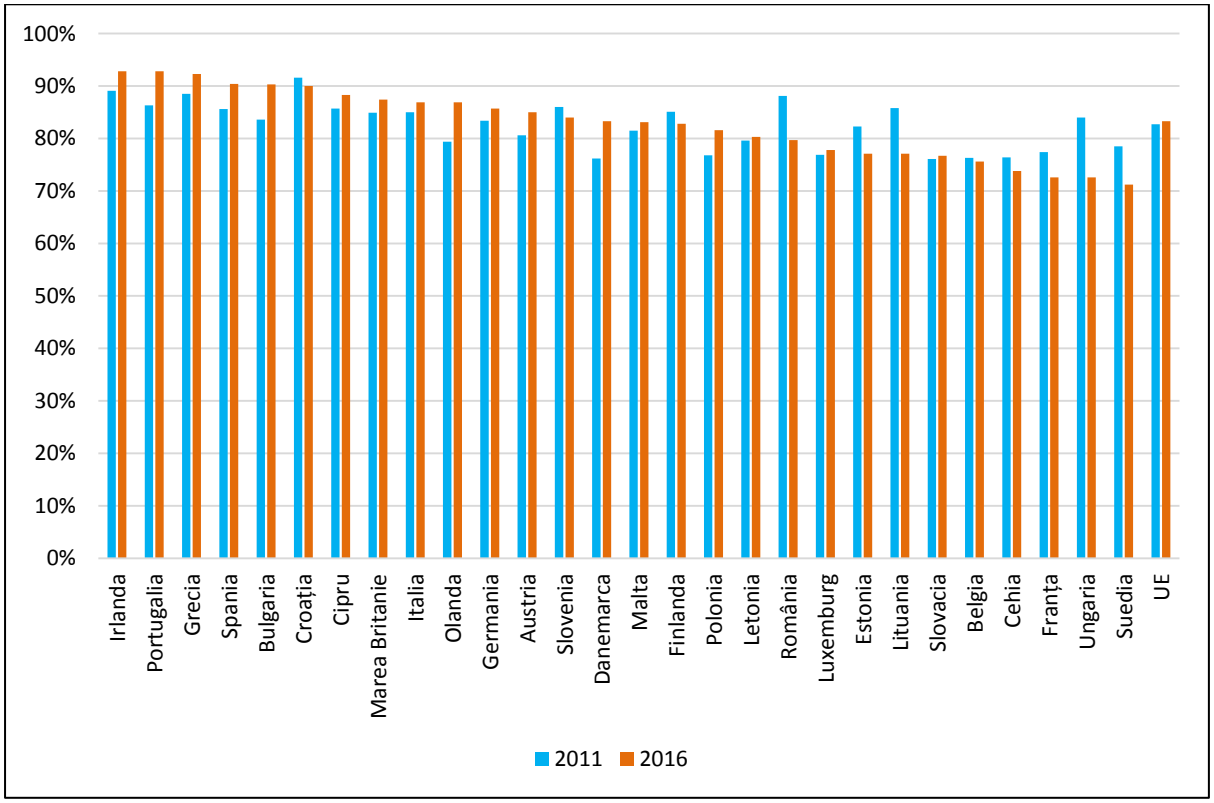
Q35h. Vă rog să îmi spuneţi câtă încredere aveţi în următoarele instituţii, utilizând o scală de la 1 la 10, 1 însemnând că „nu aveţi deloc încredere în instituţie", şi 10 „încredere totală". H. Organizații umanitare sau caritabile

Întâlniri și discuții cu persoane din afara gospodăriei

Întâlnirile și discuțiile cu alte persoane din afara familiei reprezintă un aspect important al vieții sociale a individului, ele răspunzând unora dintre nevoile de bază ale acestuia (nevoia de apartenență) și contribuind la formarea capitalului social. Acestea au un rol important nu doar în procesul de socializare, ci și în menținerea unei sănătăți psihice și a unei vieți sănătoase în contextul unei societăți caracterizate prin individualism. În România, 80% din populație declară că se întâlnește cu prietenii sau vecinii cel puțin o dată pe săptămână, în scădere cu peste 8 puncte procentuale față de 2011. Procente mai mici ale persoanelor care declară că se întâlnesc cel puțin o dată pe săptămână cu prieteni/vecini se înregistrează în rândul celor cu vârste de peste 65 de ani, a celor activi pe piața muncii și a celor cu un nivel ridicat de educație. În mediul urban, procentul celor care declară că se întâlnesc cel puțin o dată pe săptămână cu prietenii/vecinii este mai mic decât în rural.

La nivel european, 84% din populație declară că se întâlnește cu prietenii/vecinii cel puțin o dată pe săptămână. Peste 90% din populația Irlandei, Portugaliei, Greciei, Spaniei, Bulgariei sau Croației se întâlnește cel puțin o dată pe săptămână cu alte persoane decât cele din familie. (Grafic 4)

Grafic 4. Întâlniri cu prieteni/vecini cel puțin o dată pe săptămână (%)



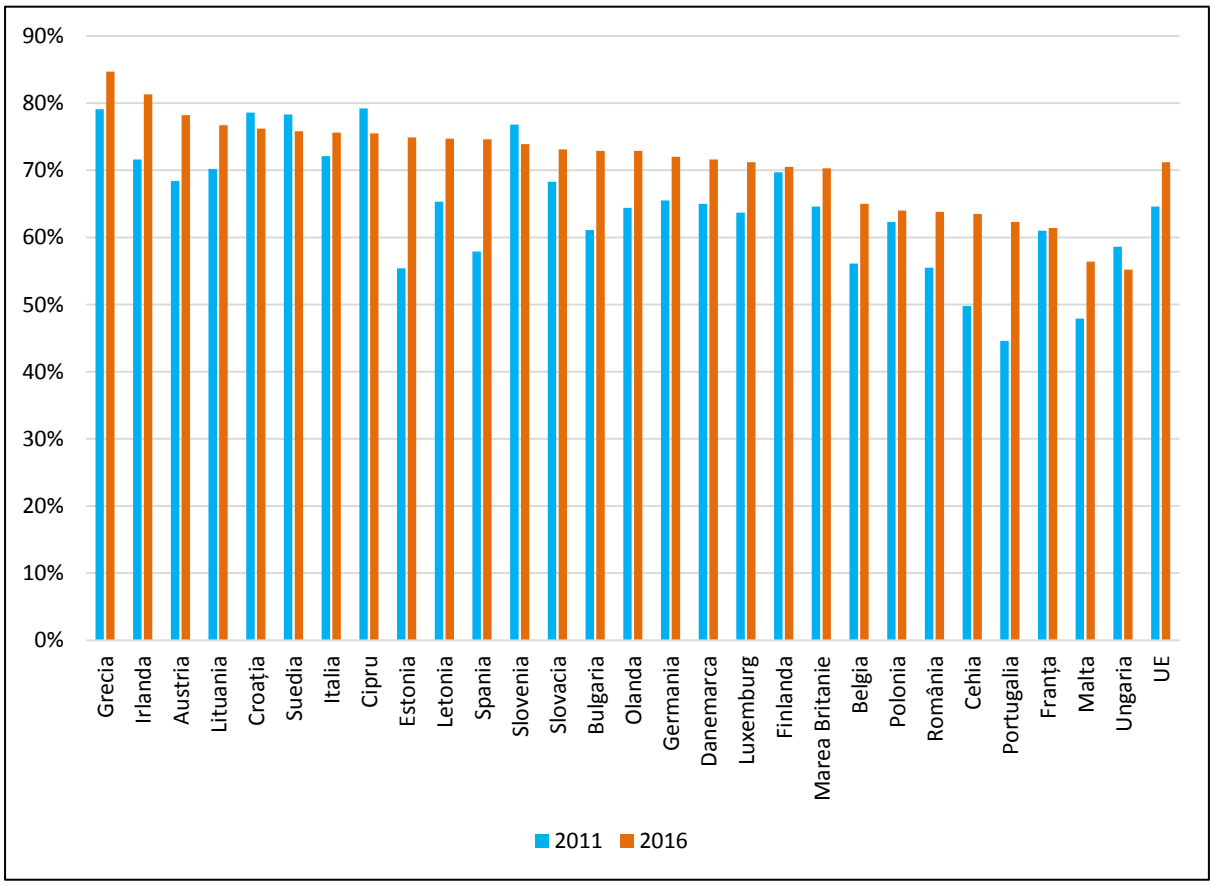
Q38b. În medie, gândindu-vă la persoanele ce locuiesc în afara gospodăriei dvs., cât de des vă întâlniți cu ei față în față? Oricare dintre prietenii sau vecinii dvs. 1. Zilnic sau aproape zilnic, 2. Cel puţin o dată pe saptămână, 3. O dată până la trei ori pe lună, 4. Mai rar, 5. Niciodată, 6. Refuz (SPONTAN), 7. Nu ştiu.
Notă. Cei care declară că se întâlnesc cel puțin o dată pe săptămână (variantele 1 și 2).

Nevoile sociale ale individului sunt satisfăcute nu doar prin întâlnirile cu alte persoane din afara gospodăriei, ci și prin discuțiile cu aceștia prin telefon sau internet. 64% dintre români discută cu prietenii/vecinii cel puțin o dată pe săptămână, în creștere cu peste 8% față de anul 2011. Una dintre posibilele explicații ale creșterii procentului celor care discută la telefon/internet cel puțin o dată pe săptămână o reprezintă și dezvoltarea rețelelor de internet, reducerea costurilor de roaming sau sporirea facilităților în cadrul abonamentelor la telefonie mobilă (creșterea numărului de minute în alte rețele sau in roaming, îmbunătățirea traficului de date mobile).

Românii cu vârste de peste 65 de ani, cei cu un nivel de educație redus (maxim studii gimnaziale) și cei aflați în incapacitate de muncă (boală sau dizabilitate) discută cel mai puțin la telefon sau pe internet cu alte contacte din afara gospodăriei. Acest lucru se poate datora și faptului că aceste persoane au o viață socială mult mai redusă.

La nivel european, 70% din populație vorbește cel puțin săptămânal cu persoane din afara gospodăriei, cu peste 6% mai mult decât în 2011. Cele mai ridicate procente ale populației care declară că discută cel puțin săptămânal la telefon/internet cu alte persoane se înregistrează în Grecia (85%), Irlanda (81%), Austria (78%), Lituania (77%) și Croația (76%). Cele mai reduse sunt în Malta (56%) și Ungaria (55%). (Grafic 5)

Grafic 5. Contactarea prietenilor/vecinilor prin telefon/internet cel puțin o dată pe săptămână (%)

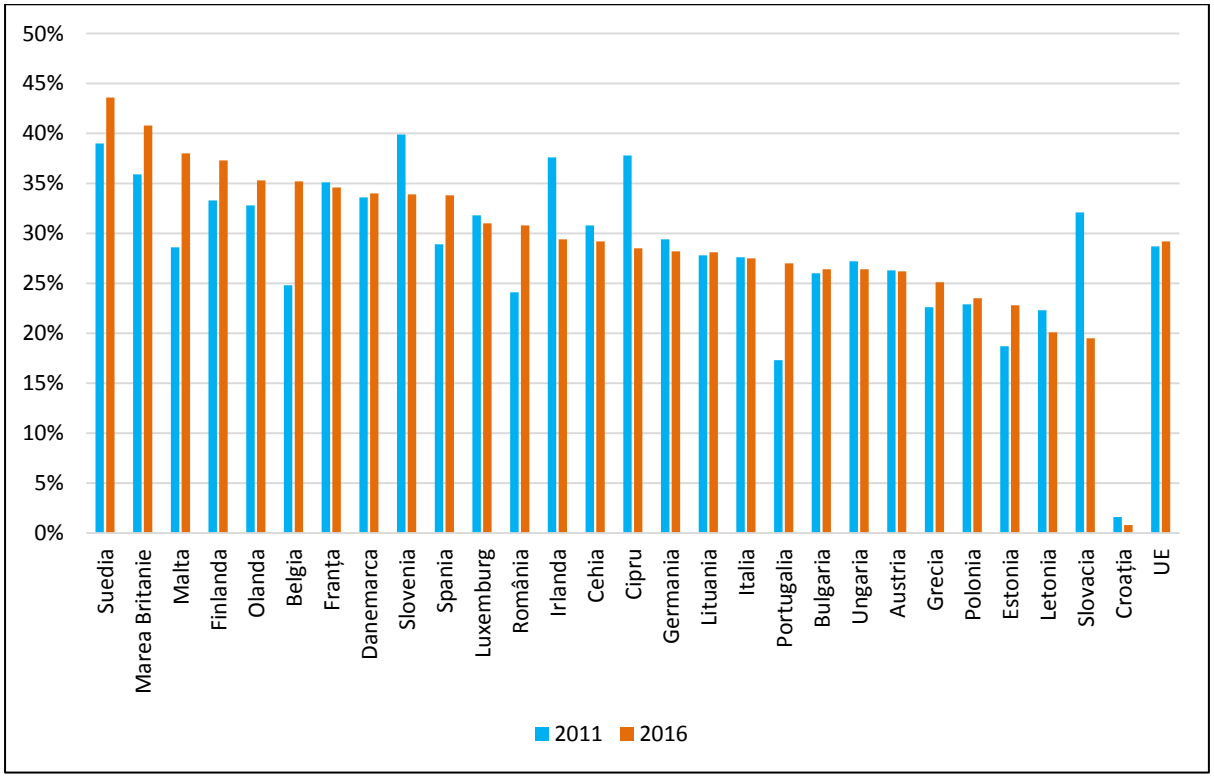


Q39b. Și în medie cât de des vă contactați prietenii sau rudele care locuiesc în afara gospodăriei prin telefon, internet sau poștă? Oricare dintre prietenii sau vecinii dvs. 1. Zilnic sau aproape zilnic, 2. Cel puţin o dată pe saptămână, 3. O dată până la trei ori pe lună, 4. Mai rar, 5. Niciodată, 6. Refuz (SPONTAN), 7. Nu ştiu.
Notă. Cei care declară că îi contactează cel puțin o dată pe săptămână (variantele 1 și 2).

Procentul românilor care doresc să petreacă mai mult timp cu alte persoane din afara gospodăriei este de 31%, în crestere cu 7% față de anul 2011. (Grafic 6)

Persoanele cu vârsta de maxim 49 de ani, cele care au un nivel ridicat de educație (studii universitare), active pe piața muncii sau din mediul urban sunt cele care doresc în mai mare măsură să petreacă mai mult timp cu persoane din afara gospodăriei.

Grafic 6. Dorința de a petrece mai mult timp cu alte contacte sociale (%)



Q47b. Vă voi citi câteva activități din viața de zi cu zi în care va puteți petrece timpul. Vă rog să îmi spuneți dacă petreceți suficient timp cât v-ați dori cu fiecare dintre următoarele activități sau dacă v-ați dori să petreceți mai puțin timp sau mai mult timp în activitatea respectivă? B. Alte contacte sociale (nu familie) ... 1. Să petrec mai puțin timp, 2. La fel de mult cât petrec în prezent, 3. Să petrec mai mult timp, 4. Nu este cazul, 5. Refuz, 6. Nu știu
Notă. Cei care declară că doresc să petreacă mai mult timp (varianta 3).

Participare civică și politică

Participarea civică a cetățenilor, dimensiune esențială a oricărei democrații, este măsurată printr-o serie de indicatori referitori la participarea la proteste sau demonstrații, semnarea unor petiții (inclusiv prin e-mail sau on-line), comentarea unor probleme politice sau sociale on-line sau boicotarea anumitor produse. Pentru participarea politică au fost utilizați indicatori referitori la participarea la întâlniri ale partidelor politice sau sindicatelor și contactarea unor politicieni sau persoane publice oficiale.

Într-o societate democratică există numeroase metode de implicare civică și politică a cetățenilor, vocea lor fiind necesar să fie auzită cât mai clar și tare pentru a atrage atenția decidenților (Verba et al., 1995). Dialogul permanent între decidenți și cetățeni nu doar că este un barometru al democrației, dar poate să aducă în atenția celor interesați diverse probleme cu care se confruntă populația.

România înregistrează unele dintre cele mai mici valori ale participării civice în anul 2016 – 2% dintre români au participat la acțiuni de protest sau demonstrații, 6% au semnat o petiție (inclusiv prin e-mail sau on-line), 5% au comentat o problemă politică sau socială on-line, iar 2% au boicotat anumite produse. Persoanele care au cel puțin studii universitare și cele din mediul urban sunt cele care adoptă într-o mai mare măsură forme de participare civică indirectă: semnarea de petiții, comentarea problemelor politice sau sociale on-line sau boicotarea anumitor produse.

Aceste valori înregistrate în România sunt mult mai reduse decât media europeană (5% dintre europeni au participat la acțiuni de protest sau demonstrații, 20% au semnat petiții, 12% au comentat probleme politice sau sociale on-line, iar 15% au boicotat anumite produse). Țările europene care au înregistrat cele mai mari valori în ce privește participarea la proteste sau demonstrații sunt Franța (10%) și Suedia (10%). Cele mai mari proporții ale populației care au semnat petiții se înregistrează în Suedia (39%), Marea Britanie (35%), Finlanda (32%), Olanda (32%), Danemarca (28%) și Belgia (27%). Procentele cele mai mari de populație care au comentat o problemă politică sau social on-line sunt în Suedia (32%), Finlanda (19%), Marea Britanie (19%), Danemarca (18%) și Austria (17%). Boicotarea anumitor produse este o formă de protest care a înregistrat cele mai mari valori în Suedia (51%), Finlanda (29%), Danemarca (26%), Austria (26%) și Franța (24%). (Tabelul 1)

Tabelul 1. Participarea civică în 2016

Țările UE	Participat la un protest sau o demonstrație	Semnat o petiţie, inclusiv prin e-mail sau on-line	Comentat o problemă politică sau socială on-line	Boicotarea anumitor produse
UE	5	20	12	15
România	**2**	**6**	**5**	**2**
Austria	3	21	17	26
Belgia	6	27	16	17
Bulgaria	2	7	4	2
Cipru	5	6	7	6
Cehia	2	12	12	10
Germania	4	20	11	22
Danemarca	6	28	18	26
Estonia	2	10	8	8
Grecia	8	5	11	15
Spania	7	12	9	4
Finlanda	4	32	19	29
Franța	10	25	13	24
Croația	3	15	8	8
Ungaria	2	5	3	3
Irlanda	10	20	11	10
Italia	6	16	12	10
Lituania	2	10	7	7
Luxemburg	7	28	14	21
Letonia	1	7	6	5
Malta	3	15	8	4
Olanda	4	32	16	15
Polonia	4	7	5	3
Portugalia	2	12	11	3
Suedia	10	39	32	51
Slovenia	2	15	6	6
Slovacia	2	16	5	4
Marea Britanie	3	35	19	17

Q30. În ultimele 12 luni, dvs. ați întreprins oricare dintre următoarele activități? 2. Participat la un protest sau o demonstratie; 3. Semnat o petiţie, inclusiv prin e-mail sau on-line; 5. Ați comentat o problemă politică sau socială on-line; 6. Ați boicotat numite produse ….. 1. Da, 2. NU, 3. Refuz, 4. Nu știu.

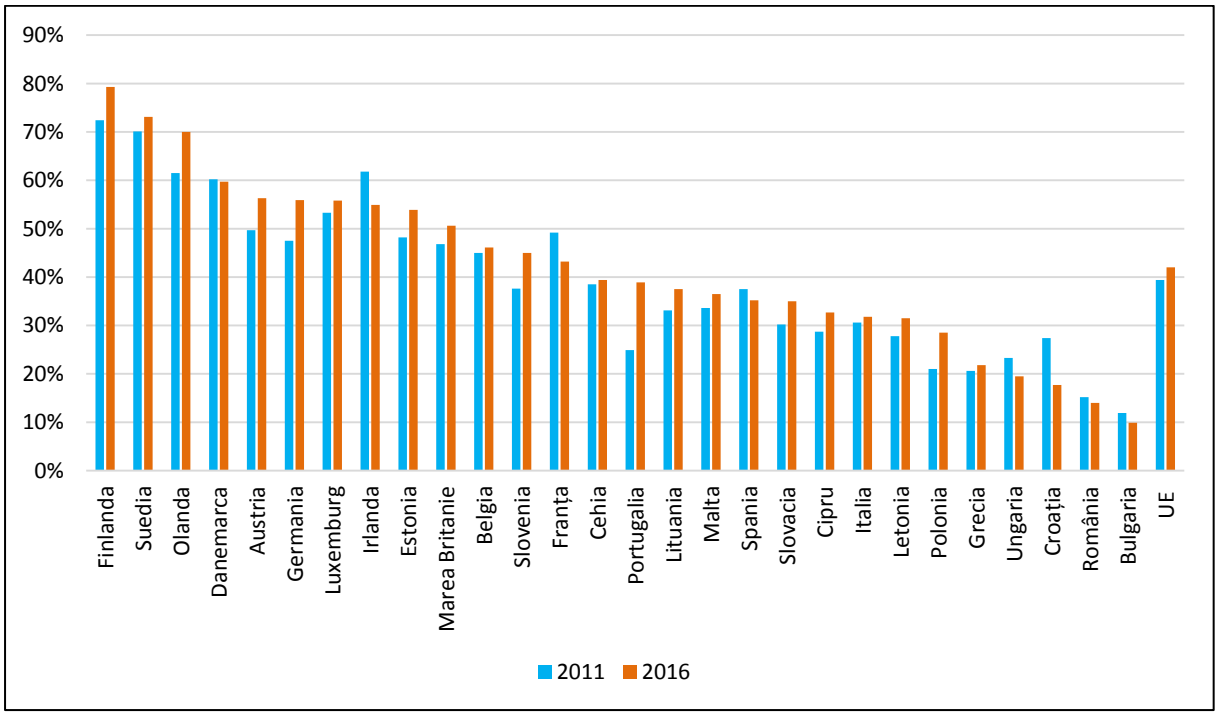
Notă. Cei care au răspuns afirmativ (varianta 1). Culori: verde – valori ridicate, roz – valorile cele mai scăzute.

Participare la activități sportive și practicarea exercițiilor fizice

România are una dintre cele mai reduse proporții de populație la nivel european care practică activități fizice săptămânal, doar 14% dintre români participând la evenimente sportive sau practicând exerciții fizice cel puțin o dată pe săptămână, în timp ce media europeană este de 42%. Procentul românilor care practică exerciții fizice este de cinci ori mai mic decât al finlandezilor, suedezilor sau olandezilor și de trei ori mai redus decât al austriecilor, irlandezilor, estonienilor sau britanicilor. În România se înregistrează o creștere de peste 4% a procentului celor care declară că nu fac niciodată sport sau participă la activități sportive față de anul 2011. Aceste activități sunt importante atât pentru beneficiile aduse sănătății indivizilor, dar și ca modalitate de socializare. România înregistrează o rată destul de ridicată a supraponderabilității de 55,8% (49% în rândul femeilor și 63% în rândul bărbaților) (Eurostat, 2018).

Participarea la evenimente sportive și practicarea exercițiilor fizice cunoaște o creștere ușoară la nivelul UE în 2016. Peste 42% dintre europeni participă la activități sportive sau practică exerciții fizice în 2016, cu 3% mai mult decât în 2011. Comparativ cu anul 2011, în majoritatea țărilor europene (20 din cele 28 de țări ale UE) procentul celor care practică exerciții fizice sau merg la evenimente sportive cel puțin o dată pe săptămână a crescut. Cele mai mari creșteri se înregistrează în Portugalia (14%), Germania (8%), Polonia (8%), Finlanda și Slovenia (7%). (Grafic 7)

Grafic 7. Participarea la activități sportive și practicarea exercițiilor fizice cel puțin o dată pe săptămână (%)



Q28c. Cât de des realizați fiecare dintre următoarele activități? C. Luați parte la evenimente sportive sau practicați exerciții fizice….1. Zilnic sau aproape zilnic, 2. Cel puțin o dată pe săptămână, 3. O dată până la trei ori pe lună, 4. Mai rar, 5. Niciodată, 6. Refuz, 7. Nu știu
Notă. Procentul celor care declară că merg cel puțin o dată pe săptămână (variantele 1 și 2).

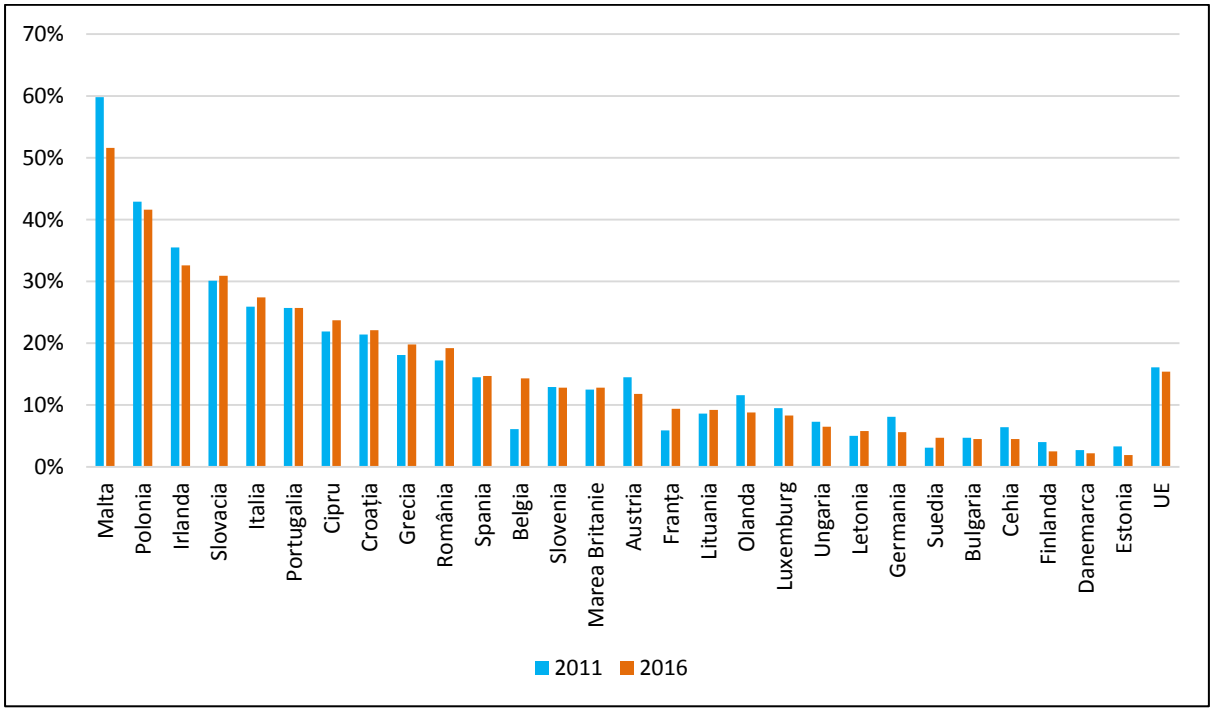
În România, această participare la activități sportive sau practicarea exercițiilor fizice este mai mare în cazul persoanelor tinere (18-24 de ani) care în proporție de 48% realizează aceste activități cel puțin o dată pe săptămână, în creștere cu 11% față de 2011. Doar 10% dintre persoanele între 35 și 49 de ani practică astfel de activități sportive cel puțin o dată pe săptămână, procentul scăzând la 4% în cazul persoanelor vârstnice. Această participare la activități sportive și

practicarea de exerciții fizice este mai mare în cazul persoanelor cu un nivel de educație ridicat: 36% dintre cei care au cel puțin studii universitare realizează aceste activități cel puțin o dată pe săptămână, în timp ce în cazul celor cu studii liceale procentul scade la 14%.

Participare la viața religioasă

Participarea populației la ceremonii religioase în România este la nivelul mediei UE și a rămas relativ constantă în perioada 2011-2016: 65% merg rar sau niciodată la ceremonii religioase, iar 16% merg cel puțin o dată pe săptămână. În celelalte țări europene, participarea la ceremonii religioase cel puțin o dată pe săptămână a înregistrat creșteri ușoare (Cipru, Grecia, Croația, Italia, Franța, Lituania, Slovacia, Marea Britanie) sau mici scăderi (Cehia, Germania, Finlanda, Irlanda, Luxemburg, Olanda, Polonia). Cele mai mari creșteri ale proporției populației care a participat la ceremonii religioase cel puțin o dată pe săptămână s-au înregistrat în Belgia (de la 6% la 14%).(Grafic 8)

Grafic 8. Participarea la ceremonii religioase (altele decât altele decât nunţi, înmormântări sau botezuri) cel puțin o dată pe săptămână (%)

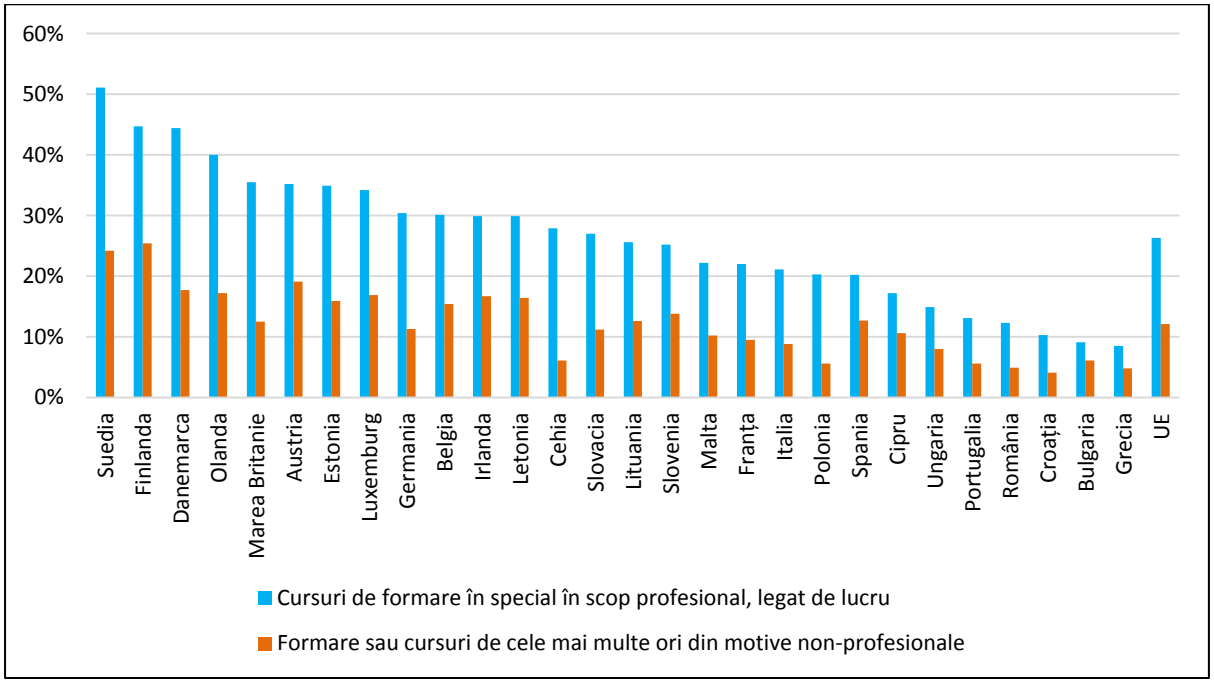


Q27a. Cât de des realizaţi fiecare dintre următoarele activităţi? A. Participaţi la ceremonii religioase, altele decât nunţi, înmormântări sau botezuri ….1. Zilnic sau aproape zilnic, 2. Cel puțin o dată pe săptămână, 3. O data până la trei ori pe lună, 4. Mai rar, 5. Niciodată, 6. Refuz, 7. Nu știu. Notă. Procentul celor care declară că merg cel puțin o dată pe săptămână (variantele 1 și 2).

Învățare pe tot parcursul vieții

România înregistrează o rată redusă de participare la cursuri de formare continuă, doar 13% din populație luând parte în ultimul an la cursuri de formare în scop profesional și 5% la cele care nu au legătură cu locul de muncă. Formarea sau cursurile realizată din motive non-profesională este realizată la un nivel foarte redus în România și este specifică populației cu un nivel de educație ridicat. Comparativ cu alte țări europene, ponderea românilor care participă la cursuri de formare profesională este de patru ori mai mică decât cea din Suedia, Finlanda sau Danemarca. În același timp, de două ori mai puțini români iau parte la cursuri de formare profesională decât media europeană. (Grafic 9)

Grafic 9. Învățarea pe tot parcursul vieții (%)



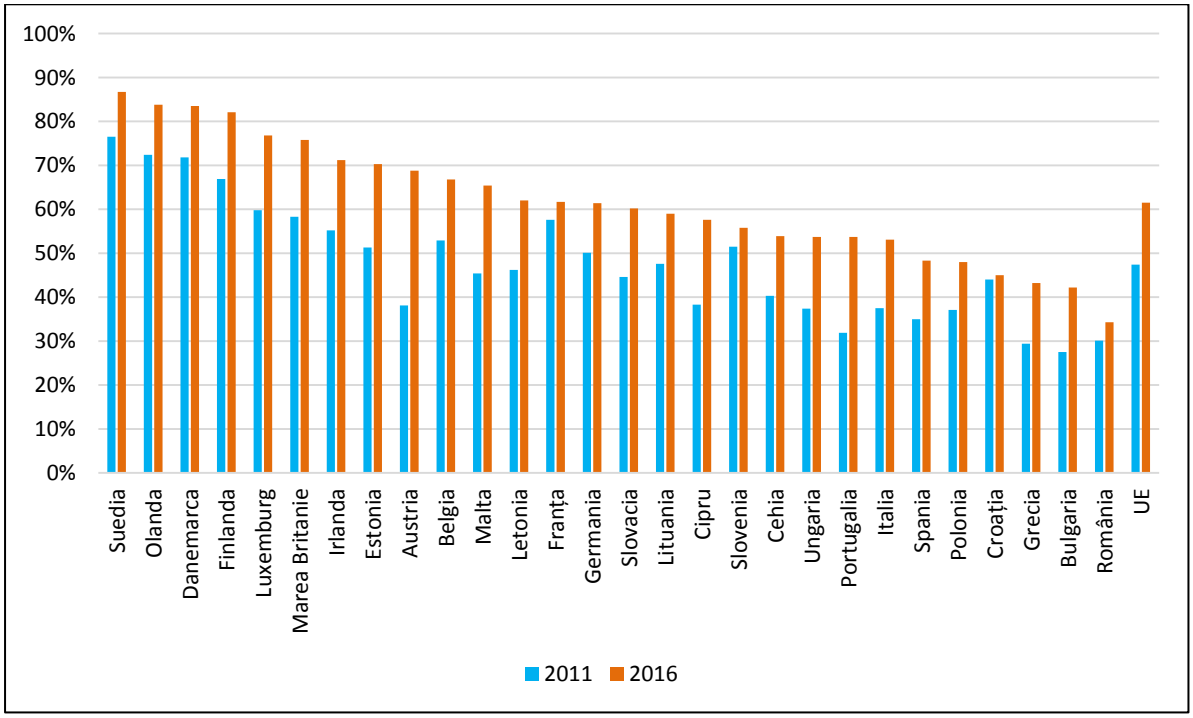
Q28. În ultimele 12 luni ați participat la formare sau cursuri, inclusiv cursuri on-line? A. Cursuri de formare în special în scop profesional, legat de lucru; B. Formare sau cursuri de cele mai multe ori din motive non-profesionale …. 1.Da, 2. Nu, 3. Refuz, 4. Nu știu.
Notă. Cei care au declarant că au participat la cursuri de formare în ultimele 12 luni (varianta 1).

Utilizarea internetului

Internetul este utilizat zilnic sau aproape zilnic în scopuri neprofesionale de 34% dintre români în anul 2016, în creștere cu peste 4% față de 2011. Un procent de 47% dintre români nu folosesc niciodată internetul pentru alte scopuri decât cele profesionale. Chiar dacă se observă o îmbunătățire a procentului celor care utilizează internetul zilnic în afara serviciului, România se situează pe ultima poziție la nivel European, unde 60% din populație face acest lucru. La nivel European, țările care înregistrează cele mai ridicate procente din populație care utilizează zilnic sau aproape zilnic internetul în afara locului de muncă sunt Suedia (87%), Olanda (84%), Danemarca (84%) și Finlanda (82%). (Grafic 10)

Internetul este folosit zilnic sau aproape zilnic în alte scopuri decât cele legate de locul de muncă în mai mare măsură de către persoanele tinere (18-24 de ani și 25 – 34 de ani), cele cu venituri mai mari (52% dintre cei din cuartila de venit cea mai ridicată de venit utilizează internetul zilnic sau aproape zilnic pentru scopuri neprofesionale), cu un nivel ridicat de educație (76% dintre cei cu studii superioare folosesc internetul zilnic sau aproape zilnic), cele din mediul urban (48% din populația din mediul urban folosește internetul zilnic sau aproape zilnic comparativ cu 24% din cea rurală) și cele angajate (46% dintre persoanele angajate folosesc internetul zilnic sau aproape zilnic). Cei care folosesc internetul într-o măsură foarte mică sau deloc sunt persoanele peste 65 de ani (93% dintre cei vârstnici nu au folosit niciodată internetul).

Grafic 10. Frecvența utilizării internetului în scopuri neprofesionale zilnic (%)



Q27b. Cât de des realizaţi fiecare dintre următoarele activităţi? **B**. Folosiţi internetul altfel decât pentru serviciu …. 1. Zilnic sau aproape zilnic, 2. Cel puțin o dată pe săptămână, 3. O data până la trei ori pe lună, 4. Mai rar, 5. Niciodată, 6. Refuz, 7. Nu știu
Notă. Procentul celor care declară că utilizează zilnic sau aproape zilnic (varianta 1)

Tabelul 2. Proporția celor care menționează că folosesc internetul în scopuri neprofesionale zilnic sau aproape zilnic după mediul de rezidență, vârstă, educație și cuartila de venit (%)

		2011	2016
Mediu de rezidență	Rural	18	24
	Urban	44	48
Vârsta	18-24	69	74
	25-34	57	57
	35-49	29	40
	50-64	9	21
	65+	2	3
Educație	Maxim 8 clase	10	12
	Liceu/școală profesională	27	36
	Facultate/post-universitar	66	76
Venit - cuartile	1	15	17
	2	16	24
	3	27	36
	4	49	52

Q27b. Cât de des realizaţi fiecare dintre următoarele activităţi? **B**. Folosiţi internetul altfel decât pentru serviciu …. 1. Zilnic sau aproape zilnic, 2. Cel puțin o dată pe săptămână, 3. O data până la trei ori pe lună, 4. Mai rar, 5. Niciodată, 6. Refuz, 7. Nu știu
Notă. Procentul celor care declară că utilizează zilnic sau aproape zilnic (varianta 1). Diferențele sunt semnificative pentru categoriile menționate (Testul Chi-pătrat este semnificativ cu o probabilitate de $p<0,05$).

Internetul este utilizat în afara locului de muncă pentru diferite scopuri, cercetarea analizând patru dintre acestea: găsirea unui loc de muncă, cumpărarea de produse on-line, utilizarea instrumentelor electronice oferite de administrația publică (declarații fiscale, solicitări de ajutoare sociale, permis de conducere, pașaport etc.) sau a serviciilor bancare electronice. Găsirea unui loc de muncă pe internet a fost realizată de 9% dintre români în anul 2016. Chiar dacă această modalitate de identificare a unui loc de muncă este utilizată într-o măsură mai mare în Suedia (16%), Estonia (14%), Irlanda (13%) sau Olanda (13%), România înregistrează un procent de populație care a găsit un loc de muncă pe internet aproape egal cu media europeană (8%). (Tabelul 2)

Cumpărăturile în mediul on-line sunt realizate de 37% dintre români, unul dintre cele mai reduse procente la nivel European alături de Grecia (37%), Portugalia (36%) și Croația (33%). Un procent de 67% dintre europeni au cumpărat ceva pe internet, cele mai mari valori înregistrându-se în Suedia (85%), Marea Britanie (84%), Danemarca (83%) sau Olanda (83%). (Tabelul 3)

Românii care fac cumpărături on-line sunt tinerii (54% dintre cei cu vârste între 25 – 34 de ani au cumpărat produse on-line), din mediul urban (45% dintre cei din mediul urban cumpără produse on-line) și cu nivel ridicat de educație (67% dintre cei cu studii superioare cumpără produse on-line).

Utilizarea instrumentelor electronice ale administrației publice (declarații fiscale, solicitări de ajutoare sociale, permis de conducere, pașaport etc.) este realizată cel mai puțin în România, unde doar 10% din populație declară că a folosit acest tip de instrumente. Utilizarea acestor instrumente este redusă și din cauza slabei dezvoltări a lor în România unde solicitarea ajutoarelor sociale nu se poate realiza on-line, iar în cazul pașaportului sau permisului de conducere doar programare se poate face on-line și durează foarte mult până când poți merge să faci acest tip de documente. În anul 2016 era dificilă și depunerea declarațiilor fiscale on-line, iar plata taxelor și impozitelor se putea realiza on-line doar în mod excepțional. Țările europene în care cei mai mulți cetățeni declară că folosesc aceste instrumente electronice ale administrației publice sunt Danemarca (86%), Estonia (83%) și Suedia (82%), media la nivel european fiind de 46%. (Tabelul 3)

Instrumentele electronice ale administrației publice sunt utilizate în mai mare măsură de românii din mediul urban (15% dintre cei din urban au utilizat instrumentele electronice ale administrației publice) și au un nivel ridicat de educație (27% dintre cei care au cel puțin studii universitare au utilizat instrumentele electronice ale administrației publice). Persoanele vârstnice utilizează într-o foarte mică măsură astfel de instrumente electronice ale administrației publice.

Serviciile bancare electronice sunt utilizate doar de 18% dintre români, cel mai mic procent la nivel European unde acest lucru este realizat de 63% din populație. Cauzele acestui comportament pot sta într-o încredere redusă în sistemul bancar, dar și în necunoașterea serviciilor bancare electronice. Țările europene cu cel mai mare procent de populație care utilizează aceste servicii sunt Danemarca (96%), Finlanda (96%), Suedia (95%), Estonia (94%) și Olanda (92%). Cel mai mic procent de populație care folosește servicii bancare electronice se înregistrează în România (18%), Grecia (21%), Bulgaria (23%). (Tabelul 3)

Serviciile bancare electronice sunt utilizate într-o mai mare măsură de către românii care locuiesc în mediul urban (25% dintre cei din mediul urban au utilizat serviciile bancare electronice) și au studii superioare (51% dintre cei care au cel puțin studii universitare au utilizat serviciile bancare

electronice). Persoanele vârstnice utilizează într-o foarte mică măsură astfel de servicii bancare electronice.

Tabelul 3. Motivele utilizării internetului în afara locului de muncă (%)

	Găsit un loc de muncă pe internet	Ați cumpărat ceva pe internet	Ați utilizat instrumentele electronice oferite de administrația publică	Ați utilizat servicii bancare electronice
UE	8	67	46	63
România	**9**	**37**	**10**	**18**
Austria	8	75	48	68
Belgia	10	63	47	78
Bulgaria	6	43	15	23
Cipru	8	50	36	42
Cehia	11	70	24	72
Germania	7	75	30	59
Danemarca	11	83	86	96
Estonia	14	65	83	94
Grecia	4	37	33	21
Spania	5	46	41	49
Finlanda	13	76	74	96
Franța	9	72	69	73
Croația	3	33	14	31
Ungaria	7	53	29	47
Irlanda	13	79	70	79
Italia	3	54	29	48
Lituania	10	56	57	78
Luxemburg	7	70	54	78
Letonia	13	62	57	87
Malta	9	72	49	70
Olanda	13	83	79	92
Polonia	6	65	30	64
Portugalia	4	36	48	47
Suedia	16	85	82	95
Slovenia	7	54	29	50
Slovacia	11	65	23	62
Marea Britanie	13	8	62	75

Q103. În ultimele 12 luni dvs. ați ...? A. Găsit un loc de muncă pe internet, B. Ați cumpărat ceva pe internet, C. Ați utilizat vreuna din posibilitățile oferite de administrația publică prin intermediul internetului (declarații fiscale, solicitări de ajutoare sociale, permis de conducere, pașaport etc.), D. Ați utilizat servicii bancare electronice (transferuri, plata facturilor etc.) .... 1. Da, 2. Nu.
Notă. % celor care au răspuns DA.
Legendă culori: verde – valori ridicate, roz – valorile cele mai scăzute.

Utilizarea internetului nu aduce doar beneficii, ci și diverse probleme, dintre acestea cercetare EQLS analizând hărțuirea și frauda sau lipsa asigurării confidențialității. 2% dintre români au declarat că au fost victime ale hărțuirii pe internet, iar 3% au avut probleme legate de

confidențialitate pe internet sau fraudă. Cele mai mari procente de populație care au avut astfel de probleme în urma utilizării internetului au fost înregistrate în Austria și Germania. (Tabelul 4)

Tabelul 4. Principalele probleme ale utilizării internetului (%)

	Ați fost victima hărțuirii pe internet	Ați avut probleme legate de confidențialitate pe internet sau fraudă
UE	4	6
România	**2**	**3**
Austria	17	15
Belgia	3	7
Bulgaria	1	0
Cipru	3	3
Cehia	3	4
Germania	13	11
Danemarca	6	8
Estonia	2	5
Grecia	2	3
Spania	0	2
Finlanda	6	10
Franța	7	8
Croația	1	1
Ungaria	4	3
Irlanda	3	7
Italia	1	2
Lituania	3	6
Luxemburg	5	5
Letonia	5	4
Malta	4	7
Olanda	3	8
Polonia	1	1
Portugalia	1	1
Suedia	2	11
Slovenia	4	3
Slovacia	4	3
Marea Britanie	4	10

Q104. În ultimele 12 luni dvs. ați ...? A. Ați fost victima hărțuirii pe internet, B. Ați avut probleme legate de confidențialitate pe internet sau fraudă ... 1. Da, 2. Nu
Notă. % celor care au răspuns DA.
Legendă culori: verde – valori ridicate, roz – valorile cele mai scăzute.

Concluzii

- România înregistrează cea mai scăzută rată de participare socială la nivelul UE, doar 6% din populație participând lunar la activitățile unui club/societate/asociație (la nivel european procentul este de aproape 30%).
- Voluntariatul în rândul populației din România rămâne la valori reduse: 3% fac voluntariat cel puțin lunar în asociații comunitare sau furnizoare de servicii sociale,

2% în asociații profesionale, sportive, culturale sau de educație, iar 3% în partide politice sau sindicate.

- Media încrederii în organizații umanitare și caritabile este de 5,5 în România, una dintre cele mai mici din UE. Încrederea în organizații umanitare și caritabile este mai mare decât încrederea în guvern, parlament, sistemul bancar, justiție și similară cu cea în mass-media, autorități locale și poliție.
- 80% dintre români se întâlnesc cu persoane din afara gospodăriei cel puțin o dată pe săptămână, în scădere cu peste 8 puncte procentuale față de 2011. Cei care se întâlnesc mai puțin cu persoane din afara familiei sunt vârstnicii, salariații sau indivizii activi pe piața muncii și populația cu un nivel ridicat de educație.
- Participarea civică în 2016 este redusă în România – 2% dintre români au participat la acțiuni de protest sau demonstrații, 6% au semnat o petiție (inclusive prin e-mail sau on-line), 5% au comentat o problemă politică sau socială on-line, iar 2% au boicotat anumite produse.
- Doar 14% dintre români participă la evenimente sportive sau practică exerciții fizice cel puțin o dată pe săptămână, în timp ce media europeană este de 42%. Procentul românilor care practică exerciții fizice este de cinci ori mai mic decât al finlandezilor, suedezilor sau olandezilor și de trei ori mai redus decât al austriecilor, irlandezilor, estonienilor sau britanicilor.
- Participarea populației la ceremonii religioase a rămas relativ constantă în România în perioada 2011-2016, la fel ca la nivelul UE,: 65% merg rar sau niciodată la ceremonii religioase, iar 16% merg cel puțin o dată pe săptămână.
- România înregistrează o rată redusă de participare la cursuri de formare continuă, doar 13% din populație luând parte în ultimul an la cursuri de formare în scop profesional și 5% la cele care nu au legătură cu locul de muncă.
- Doar 34% dintre români utilizează internetul zilnic sau aproape zilnic în scopuri neprofesionale, iar 47% nu folosesc niciodată internetul pentru alte scopuri decât cele profesionale. Un procent de 9% dintre români utilizează internetul pentru găsirea unui loc de muncă, 37% pentru cumpărarea de produse on-line, 10% folosesc instrumentele electronice oferite de administrația publică (declarații fiscale, solicitări de ajutoare sociale, permis de conducere, pașaport etc.), iar 18% serviciile bancare electronice. România înregistrează cele mai mici procente de populație la nivel european care utilizează intrumentele electronice ale administrației publice și serviciile bancare electronice. În cazul instrumentelor electronice oferite de administrația publică, această utilizare redusă se datorează mai ales lipsei acestora sau dezvoltării insuficiente a astfel de servicii în cadrul instituțiilor publice.

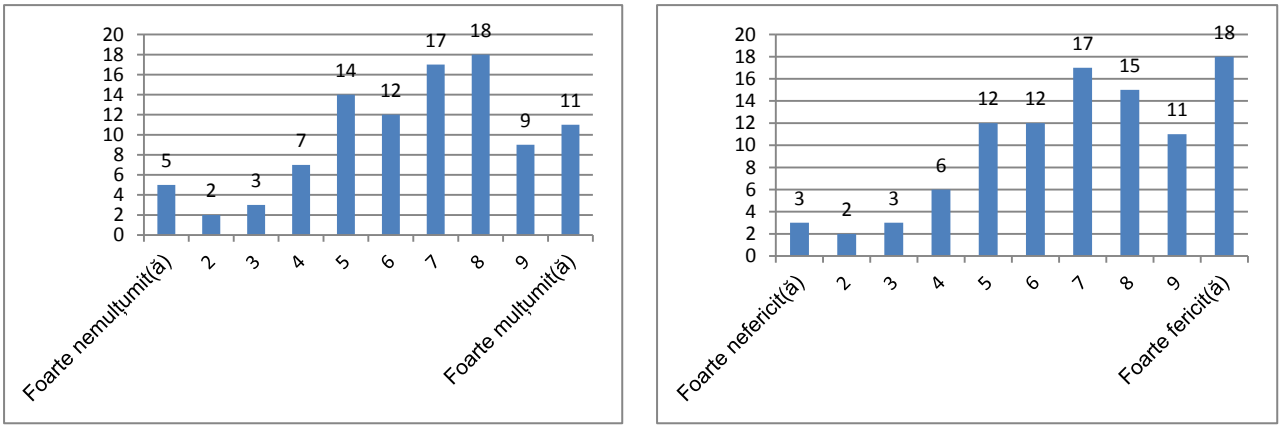
Bunăstarea subiectivă

Bunăstarea subiectivă reprezintă starea de spirit a oamenilor, modul în care aceştia experimentează la nivel individual calitatea vieţii. Ea este un barometru al stării personale în funcție de contextul în care oamenii trăiesc, modificându-se în raport cu calitatea obiectivă și subiectivă a vieții. Când contextul favorizează o stare personală pozitivă atunci și bunăstarea subiectivă va fi pozitivă.

Bunăstarea subiectivă are trei dimensiuni: cognitivă, afectivă și eudeimonică (OECD 2013). Satisfacția cu viața este dimensiunea cognitivă. Satisfacția sau mulțumirea cu viața reflectă distanța dintre starea de fapt și standardul subiectiv de viață. Cu cât distanța este mai mare cu atât satisfacția cu viața este mai redusă. Fericirea și bunăstarea mentală reprezintă dimensiunea afectivă a bunăstării. Acestea sunt emoții pozitive pe care persoana le experimentează în general sau într-o perioadă recentă. Sensul vieții este dimensiunea eudeimonică. Acest capitol se concentrează pe dimensiunea cognitivă și dimensiunea afectivă.

Datele arată că satisfacția cu viața și fericirea au distribuții foarte asemănătoare (Grafic 1). De asemenea, observăm diferențe minore între mediile celor doi itemi (Grafic 2), iar coeficientul de corelație Pearson variază între 0,65 în Austria și 0,79 în Grecia, ceea ce demonstrează ca cei doi itemi sunt în mare măsură similari. Bunăstarea mentală arată o imagine mai nuanțată atunci când comparăm țările UE (Grafic 2). Din acest motive, acest capitol analizează bunăstarea subiectivă, concentrându-se pe satisfacția cu viața ca indicator al dimensiunii cognitive și pe bunăstarea mentală ca indicator al dimensiunii afective.

Grafic 1. Distribuția satisfacției cu viața și a fericirii în România (%), 2016



Q4. Luând totul în considerație, cât de mulțumit sunteți cu viața dvs în prezent? Vă rog utilizați o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „foarte nemulțumit" și 10 „foarte mulțumit".
Q5. Luând în considerare toate aceste lucruri, cât de fericit(ă) ați spune că sunteți pe o scală de la 1 la 10 unde 1 înseamnă „foarte nefericit(ă)" și 10 înseamnă „foarte fericit(ă)".

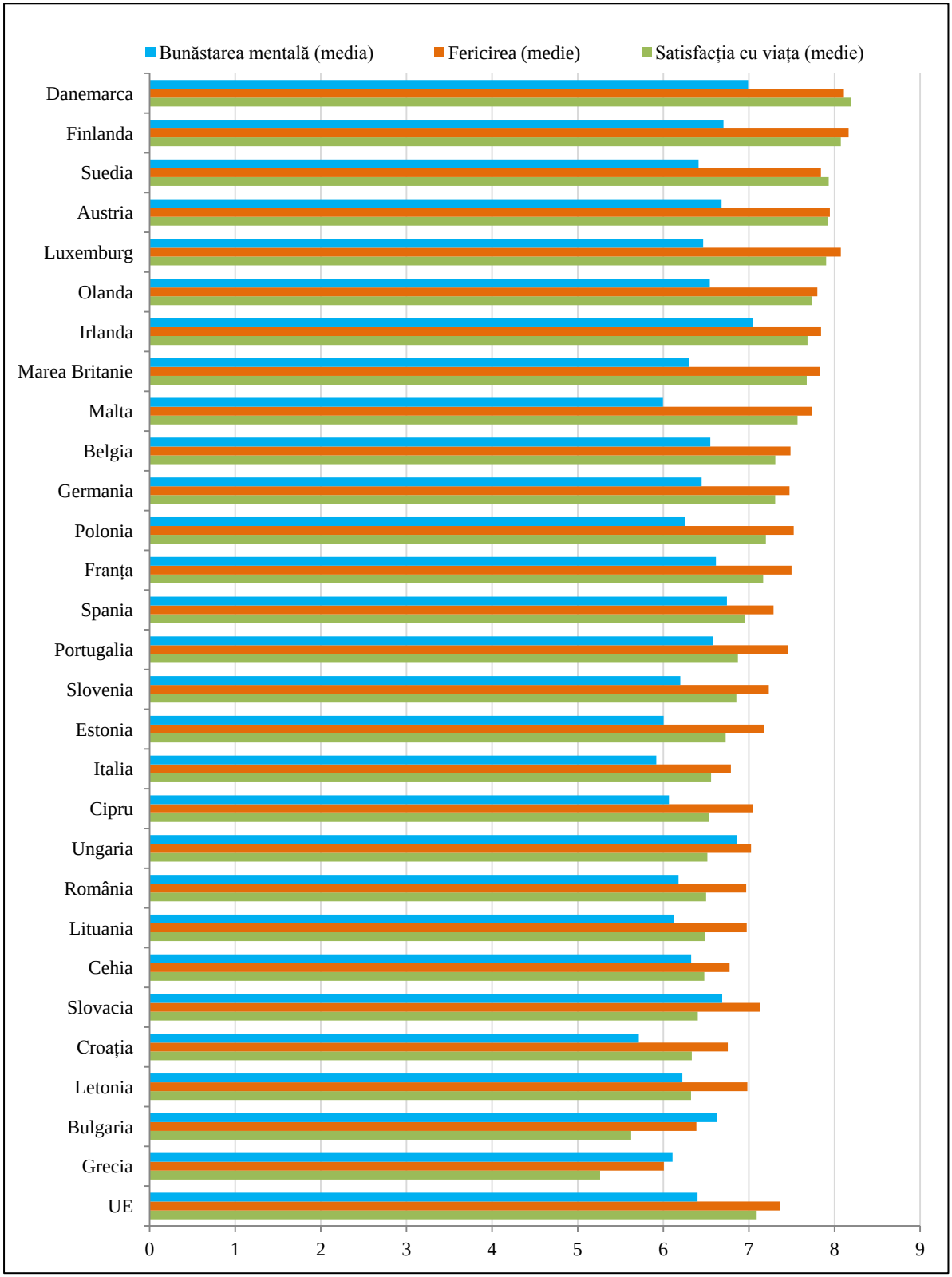
În 2016 România se afla printre țările din UE care au o stare de spirit mai degrabă proastă (Tabelul 1), având în vedere că acest gen de măsurătoare adună răspunsurile, de obicei, în partea pozitivă (Cummins 2003).

Tabel 1. Satisfacția cu viața în Uniunea Europeană, 2016

Țara UE	Media satisfacției cu viața	% celor mai satisfăcuți români
Grecia	5,3	37%
Bulgaria	5,6	41%
Letonia	6,3	49%
Croația	6,3	51%
Slovacia	6,4	52%
Cehia	6,5	54%
Lituania	6,5	56%
România	**6,5**	**55%**
Ungaria	6,5	55%
Cipru	6,5	59%
Italia	6,6	59%
Estonia	6,7	60%
Slovenia	6,9	62%
Portugalia	6,9	65%
Spania	7,0	64%
UE	7,1	68%
Franța	7,2	69%
Polonia	7,2	67%
Germania	7,3	74%
Belgia	7,3	79%
Malta	7,6	80%
Marea Britanie	7,7	80%
Irlanda	7,7	81%
Olanda	7,7	89%
Luxemburg	7,9	85%
Austria	7,9	82%
Suedia	7,9	86%
Finlanda	8,1	91%
Danemarca	8,2	87%

Q4. Luând totul în considerație, cât de mulțumit sunteți cu viața dvs în prezent? Vă rog utilizați o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „foarte nemulțumit” și 10 „foarte mulțumit”.

Grafic 2. Satisfacția cu viața, fericirea și bunăstarea mentală în Uniunea Europeană 2016 (medii)



Q4. Luând totul în considerație, cât de mulțumit sunteți cu viața dvs în prezent? Vă rog utilizați o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „foarte nemulțumit" și 10 „foarte mulțumit".

Q5. Luând în considerare toate aceste lucruri, cât de fericit(ă) ați spune că sunteți pe o scală de la 1 la 10 unde 1 înseamnă „foarte nefericit(ă)" și 10 înseamnă „foarte fericit(ă)".

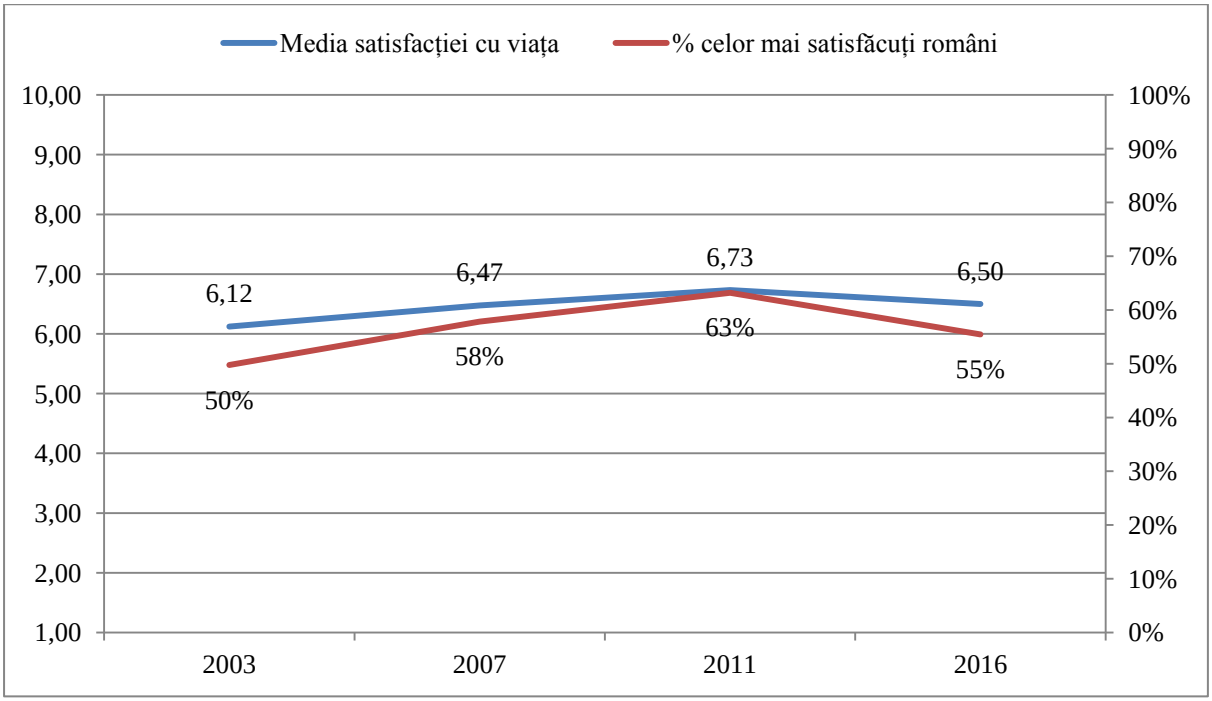
Q51. Vă rog indicați pentru fiecare din următoarele 5 afirmații, care se apropie cel mai mult de ceea ce ați simțit în ultimele 2 săptămâni. (1) M-am simțit vesel(ă) și optimist(ă); (2) M-am simțit calm(ă) și relaxat(ă); (3) M-am simțit activ(ă) și plin(ă) de energie; (4) M-am trezit simțindu-mă înviorat(ă) și odihnit(ă); (5) Ziua a fost plină de lucrurile care mă interesează. 1. Tot timpul, 2. În cea mai mare parte a timpului, 3. Mai mult din jumătatea timpului, 4. Mai puțin din jumătatea timpului, 5. Uneori, 6. Niciodată. Notă: în analiza de faţă, a fost

construită o variabilă compusă (Topp et al. 2015): a fost recodificată fiecare variantă de răspuns astfel încât varianta „tot timpul” primește codul 5 iar varianta „niciodată” primește codul 0. Suma celor cinci itemi cu codurile modificate este înmulțită cu 0,4 astfel încât intervalul de variație să fie între 0 și 10.

Satisfacția cu viața, tendință și diferențe între grupuri sociale

Satisfacția cu viața în România este relativ stabilă (Grafic 3). Din cele 9 intervale ale scalei, ea se situează în plaja 6-7, depășind valorile de mijloc 5 și 6. Pentru acest gen de măsurătoare este dificil de înregistrat o schimbare importantă într-o perioadă relativ scurtă de aproximativ 15 ani. Interesantă este evoluția procentului celor mai satisfăcuți români care înregistrează o creștere destul de importantă între primul și al treilea val pentru a scădea în 2016 (Grafic 3). În perioada de criză economică globală care s-a resimțit și la noi prin măsuri dure cum ar fi reducerea salariilor cu 25% în sistemul public, numărul celor mai satisfăcuți cu viața a crescut, iar într-o perioadă de revenire, de ieșire din criză, acesta a scăzut.

Grafic 3. Satisfacția cu viața în România 2003-2016



Notă: Cei mai satisfăcuți români sunt persoanele care au ales codurile 7-10 pe scala satisfacției cu viața.

Situații similare în UE[19] se înregistrează în Cipru (-8%), Croația (-7%), Grecia (-12%), Italia (-7%) și Spania (-13%). Între cele două valuri România a experimentat o perioadă de instabilitate politică, în mod asemănător cu țările enumerate. Literatura de specialitate consemnează relația dintre modul de funcționare a democrației și satisfacția cu viața sugerând o relație circulară: când democrația nu funcționează conform așteptărilor satisfacția cu viața scade iar nemulțumirea poate duce la mișcări sociale care schimbă sau transformă regimurile politice și formele de guvernare (Inglehart și Klingemann 2000).

Satisfacția cu viața variază în funcţie de caracteristicile sociodemografice cum ar fi sexul respondentului, vârsta și educația acestuia, dar și venitul sau statutul ocupaţional. De asemenea, ea poate varia în funcţie de anumite caracteristici ale vieţii sociale, de exemplu accesul la servicii.

19 A fost calculată diferența dintre % din 2016 și % din 2011; au fost luate în calcul doar schimbările cu minim 5 puncte procentuale pentru a avea similitudine cu scăderea din România de la 63% la 55%.

Analizele care urmează iau în considerare satisfacţia cu viaţa pe grupuri sociodemografice, precum şi în funcţie de dificultatea percepută de acces la diferite servicii importante pentru o calitate a vieții ridicată. Analiza de regresie adaugă, pe lângă predictorii sociodemografici și de acces, un indice de deprivare materială, un indice de excluziune socială (percepută) și evaluarea modului în care funcționează democrația. Putem vedea astfel dacă este suficient să avem resurse materiale sau este important și să simțim că facem parte dintr-o societate stabilă unde oamenii se simt apropiați de semenii lor.

Satisfacția cu viața pe grupuri sociodemografice

Caracteristicile sociodemografice avute în vedere aici sunt sexul respondentului, vârsta, prezența unei boli cronice, nivelul de educație absolvit, statutul de pensionar, venitul echivalat în cuartile, aprecierea capacității gospodăriei de a face față necesităților.

Tabelul 2 arată că satisfacţia cu viaţa scade pe măsură ce vârsta creşte. Persoanele de peste 50 de ani și peste au niveluri similare de satisfacţie, dar simțitor mai mici față de cei mai tineri. Statutul de pensionar nu aduce cu sine o stare de spirit bună, iar peisajul social pare să îi expună la incertitudini importante pe vârstnici. Cei cu studii primare au cel mai scăzut nivel de satisfacție cu viața, iar absolvirea unui nivel superior aduce un nivel mai mare al acesteia. Educația, prin oportunitățile deschise, este o resursă cheie pentru o stare de spirit bună. Venitul propriu-zis indică două grupe de satisfacție, cei sub mediană și cei peste mediană. Venitul subiectiv, ușurința percepută cu care sunt satisfăcute necesitățile gospodăriei cu veniturile disponibile, ne arată că cei care apreciază că se descurcă destul de ușor, ușor sau foarte ușor au o satisfacție cu viața mai ridicată faţă de celelalte grupuri. Dar aceștia reprezintă doar 1/3 din populație.

Tabel 2. Satisfacția cu viața pe categorii sociale în România 2016 (medii)

	Satisfacția cu viața		
	Medie	**Diferențe semnificative statistic**	**Abatere standard**
Gen			
Femeie	6,5		2,4
Bărbat	6,5		2,4
Grupa de vârstă			
18-24 ani	7,4	(+) 35+	1,9
25-34 ani	7,1	(+) 50+	2,2
35-49 ani	6,8	(-) 18-24, (+) 50+	2,3
50-64 ani	6,1	(-) 18-49	2,5
65+ ani	5,7	(-) 18-49	2,4
Are boală cronică			
Nu	6,7	p<0.01	2,3
Da	5,7		2,5
Educație			
ISCED 0-2 (primar)	5,6	(-) ISCED 3-8	2,5
ISCED 3-4 (secundar, inclusiv postliceal)	6,7	(-) ISCED 5-8, (+) ISCED 0-2	2,3
ISCED 5-8 (terțiar)	7,5	(+) ISCED 0-4	1,8
Pensionar			
Nu	6,8	p<0.01	2,3

Da	5,7		2,4
Venit disponibil*			
Cuartila 1	5,6	(-) C3-4	2,7
Cuartila 2	6,1	(-) C3-4	2,5
Cuartila 3	6,7	(+) C1-2	2,3
Cuartila 4	6,8	(+) C1-2	2,1
Dacă vă gândiți la venitul total lunar al gospodăriei dvs., ați spune că faceți față necesităților:			
Foarte greu	4,7	(-) Toate	2,6
Cu greu	5,9	(-) Cu oarecare dificultate - Ușor, (+) Foarte greu	2,2
Cu oarecare dificultate	6,6	(-) Ușor, (+) Foarte greu-Greu	2,3
Destul de ușor SAU ușor SAU foarte ușor	7,4	(+) Toate	2
* Avem informație pentru 791 cazuri din 1004.			
Venitul disponibil este derivat din venitul gospodăriei iar împărțirea pe cuartile este realizată de depozitarul bazei de date.			
Cei care nu sunt pensionari sunt activi pe piața muncii fie șomeri, casnice(i), elev/student, în incapacitate de muncă datorită unei invalidități.			
Am utilizat testul t pentru eșantioane independente și one-way ANOVA. În tabel sunt notate doar situațiile în care p<0.05.			

Satisfacția cu viața în funcție de accesul la diferite servicii

Accesul facil la servicii care ne fac viața mai ușoară sau mai plăcută are impact asupra satisfacției cu viața. În 2016 românii au apreciat, gândindu-se la accesul fizic, distanță, program și alte aspecte similare, accesul dificil la mijloacele de transport în comun (26%), cinema, teatru sau un centru cultural (55%), zone de recreație sau spații verzi (29%), respectiv magazin alimentar sau supermarket (10%). Tabelul 3 ne arată diferențe între mediile satisfacției cu viața pentru cei care au apreciat că le este foarte dicifil sau mai degrabă dificil și cei care au apreciat că le este foarte ușor sau mai degrabă ușor să acceseze aceste lucruri, cei dintâi fiind mai nemulțumiți cu viața lor.

Tabel 3. Satisfacția cu viața în funcție de dificultatea percepută de accesare a anumitor servicii, România, 2016

	Medie	**Abatere standard**
Acces fizic, distanța, program și alte aspecte similare:		
Condiții privind mijloacele de transport în comun		
Foarte dificil SAU mai degrabă dificil	**5,9**	2,2
Mai degrabă ușor SAU foarte ușor	**6,7**	2,4
Cinema, teatru sau centru cultural		
Foarte dificil SAU mai degrabă dificil	**6,4**	2,4
Mai degrabă ușor SAU foarte ușor	**6,7**	2,3
Zone de recreație sau spații verzi		
Foarte dificil SAU mai degrabă dificil	**6,2**	2,3
Mai degrabă ușor SAU foarte ușor	**6,7**	2,4
Magazin alimentar sau supermarket		

Foarte dificil SAU mai degrabă dificil	**5,9**	2,1
Mai degrabă ușor SAU foarte ușor	**6,6**	2,4
Am combinat variantele de răspuns inițiale foarte dificil și mai degrabă ușor, respectiv mai degrabă ușor și foarte ușor. Am utilizat testul t pentru eșantioane independente și one-way ANOVA. Diferențele semnificative statistic ($p<0.05$) sunt notate prin îngroșarea (bold) mediei.		

Model complex al satisfacției cu viața

Imaginea oferită de Tabelul 2 și Tabelul 3 este relativ limitată pentru că luăm în considerare o singură caracteristică în funcție de care ne așteptăm să varieze satisfacția cu viața. Pentru a reflecta adecvat complexitatea determinării satisfacției cu viața am rulat un model regresie liniară multiplă excluzând, însă, cuartilele de venit pentru că această variabilă adună multe nonrăspunsuri. În schimb, modelul include variabila de evaluare a ușurinței satisfacerii nevoilor gospodăriei cu venitul disponibil, dar și un indice de deprivare materială care reflectă situația materială obiectivă.

Acest model teoretic are patru piloni esențiali: accesul la serviciile care pot fi utilizate în mod cotidian făcându-ne viața mai ușoară și plăcută, deprivarea materială, sentimentul de excluziune socială și percepția despre cum funcționează democrația în România. Literatura de specialitate atrage atenția asupra insuficienței concentrării programelor de guvernare asupra creșterii economice și, în general, a îmbunătățirii situației materiale a țării și cetățenilor. Fără tăgadă, bunăstarea materială este un imperativ pentru că absența resurselor materiale împiedică trăirea unei vieți decente. Dar nu este suficient. În paralel, cetățenii trebuie să simtă că au un rost în societate iar aceasta le apreciază eforturile și le oferă sprijin atunci când au dificultăți, să simtă că trăiesc în armonie printre oameni cărora le pasă de semenii lor. Cum democrația este sistemul de guvernare care susține aceste idealuri este necesar să vedem dacă mulțumirea cum funcționează aceasta influențează satisfacția cu viața.

Tabelul 4 ne oferă rezultatele acestui model complex. Observăm cum prezența unei boli cronice nu are efect asupra satisfacției cu viața. Așa cum se arată în literatura de specialitate oamenii se adaptează la situații de acest gen, care nu pot fi redresate, satisfacția cu viața fiind sub control homeostatic (Cummins et al. 2014). Absența efectelor dificultății de acces la serviciile avute în vedere nu înseamnă că trebuie să le ignorăm. Această situație poate fi considerată tot un semn al adaptării.

Deprivarea materială și sentimentul de excluziune socială au un efect simultan. Observăm cum satisfacția cu viața se înrăutățește atunci când deprivarea materială se adâncește. La fel se întâmplă când persoana are un sentiment accentuat de excluziune socială. Aşadar, pe lângă componenta materială a satisfacţiei, este important ca societatea să ofere pârghii pentru armonie socială, pentru recunoaștere socială. Oamenii au nevoie de un mediu stabil, iar atunci când mulțumirea cu felul în care funcționează democrația crește la fel se întâmplă și cu satisfacția cu viața. Datele arată, de asemenea, că pensionarii, prin comparație cu celelalte statute ocupaționale (activ pe piața muncii, șomer, persoană casnică, elev/student etc.), au un nivel mai redus al satisfacției cu viața. O modificare a tendinței de scădere a satisfacției cu viața apare în jurul vârstei de 70 de ani așa cum se vede în Graficul 4.

Tabel 4. Determinările satisfacției cu viața, România 2016

	M1	M2	M3	M4
R^2 ajustat / p	***10%***	***12%***	***16%***	***25%***
(Constanta)	9.88	9.05	10.31	10.37
Respondentul (R) este bărbat	-0.35	-0.31	-0.37	-0.27
Vârsta R în ani împliniți	-0.09	-0.10	-0.11	-0.10
Vârsta R în ani împliniți la pătrat[1]	0.001	0.001	0.001	0.001
R are o boală cronică[2]	-0.38	-0.38	-0.21	-0.17
R a absolvit învățământ primar (ISCED 0-2)[3]	-1.49	-1.42	-0.67	-0.43
R a absolvit învățământ secundar (ISCED 3-4)[3]	-0.49	-0.47	-0.06	0.07
R este pensionar(ă)[4]	-0.46	-0.54	-0.56	-0.71
R are acces facil mijloacele de transport în comun[5]		0.46	0.40	0.15
R are acces facil la cinema, teatru sau centru cultural[5]		-0.14	-0.18	-0.05
R are acces facil la zone de recreație sau spații verzi[5]		0.23	0.18	0.11
R are acces facil la magazin alimentar sau supermarket[5]		0.50	0.26	-0.09
(Deprivare materială) Numărul lucrurilor pe care nu și le poate permite gospodăria R[6]			-0.15	-0.10
Dificultatea cu care gospodăria R face față necesităților cu venitul total lunar al acesteia[7]			-0.29	-0.21
[8]Sentimentul R de excluziune socială				-0.54
Mulțumirea R cu felul în care funcționează democrația în România[9]				0.21

Analiză de regresie liniară multiplă cu variabila dependentă satisfacția cu viața măsurată pe scală de la 1 la 10 unde 10 = foarte mulțumit. n analiză = 809, n eșantion = 1004; R = respondent; $p < 0.05$ indică un efect la caracteristicii asupra satisfacției cu viața. Celulele colorate cu gri indică un efect semnificativ statistic ($p < 0.05$) asupra satisfacției cu viața.

[1]Literatura de specialitate indică o relație nonliniară între vârstă și satisfacția cu viața. Satisfacția cu viața descrește odată cu înaintarea în vârstă dar la un anumit prag această scădere se atenuează, oprește sau chiar observăm o creștere. Din punct de vedere tehnic, această posibilitate se verifică introducând în model alături de variabila originală și pătratul acesteia. Dacă pătratul variabilei este semnificativ statistic atunci avem indicii pentru o relație nonliniară.

[2]Aveți vreo afecțiune cronică (v-a cauzat neplăceri o anumită perioadă de timp) fizică sau psihică, boală sau handicap? Prin afecțiune cronică (de durată) mă refer la acea boală sau problemă de sănătate care a durat sau este de așteptat să dureze 6 luni sau mai mult.

[3]Categoria de referință pentru educație este absolvent de învățământ terțiar ISCED 5-8.

[4]Pensionarii sunt comparați cu persoanele active pe piața muncii, șomerii, persoanele casnice, elevii/studenții și alte situații. Categoria care înglobează toate aceste situații este eterogenă ca situații și, implicit, comportamente și atitudini, dar apelez la acest compromis dat fiind numărul mic de cazuri din grupurile separate care nu permit comparații adecvate.

[5]Gândindu-vă la accesul fizic, distanța, program și alte aspecte similare, cum ați descrie accesul dvs. la următoarele servicii? Patru variante de răspuns restrânse în două: foarte dificil + mai degrabă dificil, foarte ușor + mai degrabă ușor.

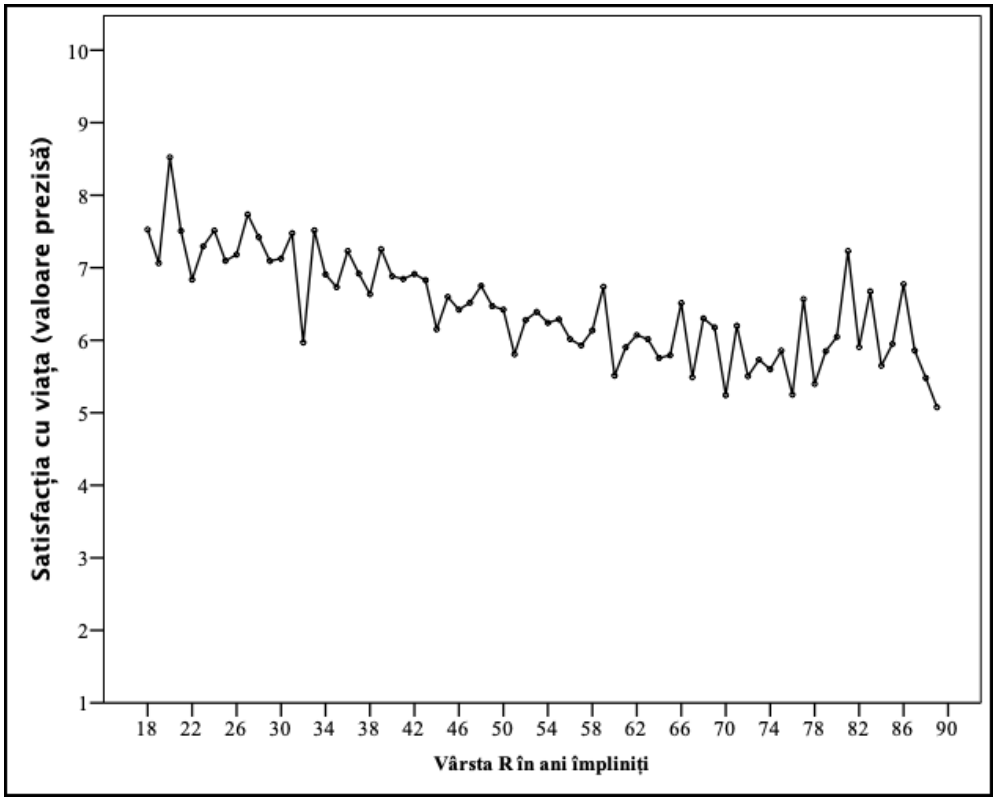
[6]Acest indice este construit pornind de la întrebarea: Există unele lucruri pe care mulți oameni nu și le pot permite, chiar dacă le plac. Pentru fiecare dintre următoarele lucruri de pe această listă, vă rog să specificați dacă gospodăria dvs. și-l permite în cazul în care vi-l doriți: (1) Menținerea unei temperaturi adecvate în locuință, (2) O săptămână de vacanță pe an plătită, departe de casă (nu la rude), (3) Înlocuirea unei piese de mobilier uzate, (4) O masă cu carne, pui sau pește o dată la două zile, dacă doriți acest lucru, (5) Cumpărarea de haine noi, și nu la mâna a doua, (6) Invitarea unor prieteni sau rude la masă sau la un pahar cel puțin o dată pe lună

[7]O gospodărie poate avea diverse surse de venit și mai mult de un membru al gospodăriei poate contribui la acest venit. Dacă vă gândiți la venitul total lunar al gospodăriei dvs. ați spune că faceți față necesităților: 1) foarte ușor, 2) ușor, 3) destul de ușor, 4) cu oarecare dificultate, 5) cu greu, 6) foarte greu.

[8]Acest indice este construit ca medie a răspunsurilor la patru afirmații pentru care R își exprimă acordul sau dezacordul pe scala 1) dezacord total, 2) dezacord, 3) nici acord nici dezacord, 4) acord, 5) acord total. Afirmațiile sunt: (1) Mă simt exclus(ă) din societate, (2) În ziua de azi, viața a devenit atât de complicată, încât aproape nu-mi pot găsi drumul, (3) Simt că valoarea a ceea ce fac nu este recunoscută de oamenii pe care îi întâlnesc, (4) Unii oameni mă privesc de sus datorită locului de muncă sau a venitului meu. Sunt incluși în analiză doar R cu răspuns la toate cele patru afirmații.

[9]Per ansamblu, cât de mulțumit(ă) sunteți de felul în care funcționează democrația în România. Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă foarte nemulțumit(ă) iar 10 înseamnă foarte mulțumit(ă).

Grafic 4. Relația dintre vârstă și satisfacția cu viața (valori prezise)



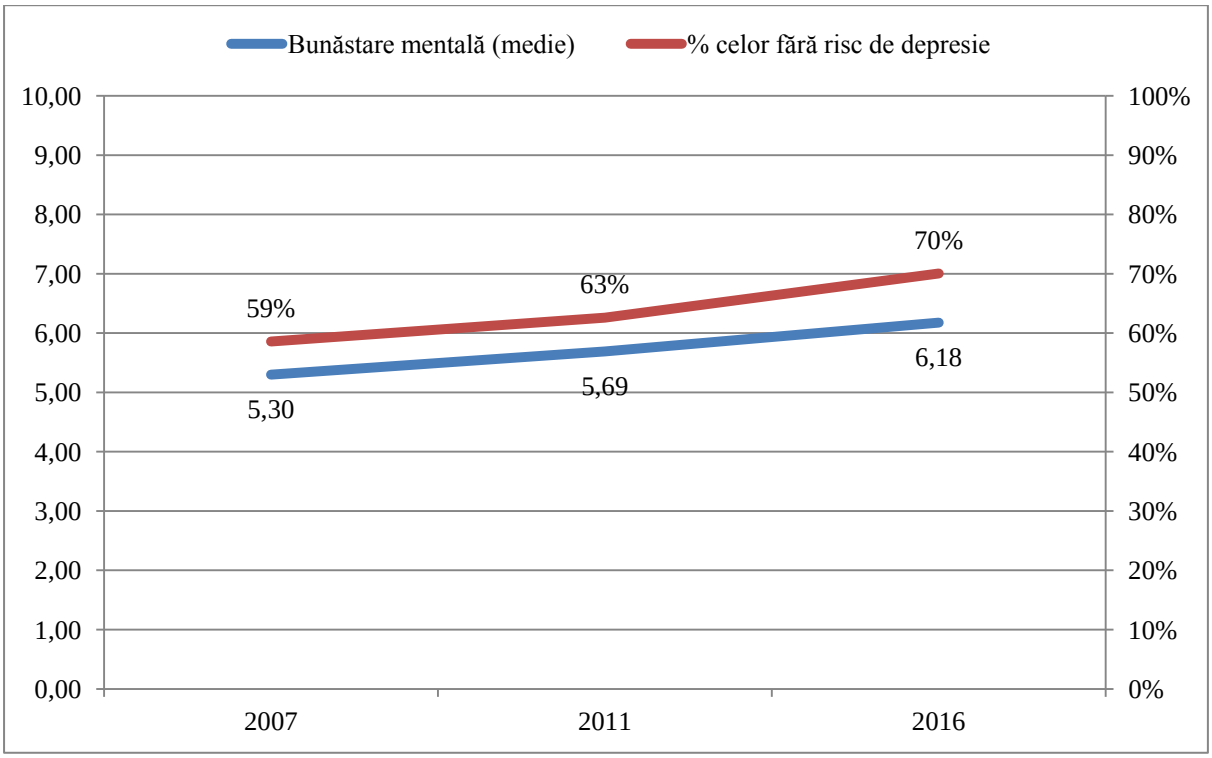
Bunăstarea mentală

Bunăstarea mentală implică trăiri, emoții pozitive, o stare de bine care asigură buna funcționare cotidiană a persoanei.

Scala WHO-5 utilizată în EQLS surprinde experimentarea plăcerii și a prezenței în viața unei persoane a lucrurilor interesante pentru aceasta în ultimele două săptămâni. Dacă persoana experimentează rar plăcerea, senzația de odihnă și relaxare, iar zilele sale nu includ lucruri interesante pentru aceasta, atunci bunăstarea mentală este redusă și există riscul de depresie. Deși bunăstarea mentală este corelată cu satisfacția cu viața, corelaţia este mai slabă față de cea dintre satisfacția cu viața și fericire (coeficientul de corelație Pearson variază între 0,27 în Luxemburg și 0,55 în Suedia). Având o relație direct proporțională, este important să le analizăm pe ambele, având în vedere dimensiunile separate ale stării de spirit pe care le surprind.

Și această variabilă arată cum oamenii, indiferent de țară, se poziționează mai degrabă pe partea pozitivă a scalei de răspuns. Așa cum vedem din Graficul 5 bunăstarea mentală se află pe un trend ascendent în România. Media bunăstării mentale, pe o scală de la 0 la 10, a crescut de la 5,3 la 6,18 cu aproape 1 punct. De asemenea, procentul celor care prezintă risc de depresie descrește. Totuși, vedem în Tabelul 7 că în Uniunea Europeană în general nivelul bunăstării mentale nu este unul foarte ridicat, media maximă fiind 7 din 10 puncte de scală.

Grafic 5. Bunăstarea mentală în România 2007-2016



Notă: Persoanele cu risc de depresie sunt cele care au media egală cu 5 sau mai mică la variabila compusă de bunăstare mentală (cf. Eurofound 2017 și Topp et al. 2015).

Tabel 7. Bunăstarea mentală în Uniunea Europeană 2016

Țara	Bunăstarea mentală (medie)
Croația	5,7
Italia	5,9
Malta	6,0
Estonia	6,0
Cipru	6,1

Grecia	6,1
Lituania	6,1
România	**6,2**
Slovenia	6,2
Letonia	6,2
Polonia	6,3
Marea Britanie	6,3
Cehia	6,3
UE	6,4
Suedia	6,4
Germania	6,4
Luxemburg	6,5
Olanda	6,5
Belgia	6,5
Portugalia	6,6
Franța	6,6
Bulgaria	6,6
Austria	6,7
Slovacia	6,7
Finlanda	6,7
Spania	6,7
Ungaria	6,9
Danemarca	7,0
Irlanda	7,0

Bunăstarea mentală pe grupuri sociodemografice

Analizele bivariate folosind aceleași caracteristici discutate la satisfacția cu viața arată o imagine similară, dar cu câteva diferențe (Tabelul 8). Bărbații au un nivel mai ridicat de bunăstare mentală. Vârsta este un dezavantaj și de această dată, doar că acum cei de 50-64 de ani au o situație mai bună față de grupa imediat următoare, 65+. Cei mai vârstnici au o stare de spirit proastă. Studiile sugerează că bunăstarea mentală redusă are efecte fizice negative, lucru care îi expune la un dublu risc pe vârstnici, având în vedere deteriorarea probabilă a sănătății odată cu înaintea în vârstă.

Tabel 8. Bunăstarea mentală pe categorii sociale în România 2016

	Bunăstarea mentală		
	Medie	**Diferențe semnificative statistic**	**Abatere standard**
Gen			
Femeie	5,9	p<0.001	2,4
Bărbat	6,5		2,3
Grupa de vârstă			
18-24 ani	7,4	(+) 35+	2,3
25-34 ani	6,9	(+) 50+	2,2

35-49 ani	6,4	(-) 18-24, (+) 65+	2,1
50-64 ani	6,0	(-) 18-34, (+) 65+	2,3
65+ ani	4,9	(-) 18-64	2,5
Are boală cronică			
Nu	6,5	p<0.01	2,3
Da	5,1		2,5
Educație			
ISCED 0-2 (primar)	5,3	(-) ISCED 3-8	2,5
ISCED 3-4 (secundar, inclusiv postliceal)	6,4	(-) ISCED 5-8, (+) ISCED 0-2	2,2
ISCED 5-8 (terțiar)	7,2	(+) ISCED 0-4	2,1
Pensionar			
Nu	6,6	p<0.01	2,3
Da	5,1		2,4
Venit echivalat*			
Cuartila 1	5,5	(-) C3-4	2,8
Cuartila 2	5,6	(-) C3-4	2,2
Cuartila 3	6,6	(+) C1-2	2,2
Cuartila 4	6,6	(+) C1-2	2,0
Dacă vă gândiți la venitul total lunar al gospodăriei dvs., ați spune că faceți față necesităților:			
Foarte greu	4,3	(-) Toate	2,3
Cu greu	5,5	(+) Foarte greu, (-) Restul	2,5
Cu oarecare dificultate	6,4	(+) Foarte greu SAU greu, (-) Ușor	2,3
Destul de ușor SAU ușor SAU foarte ușor	7,2	(+) Toate	1,9
*Informație pentru 791 cazuri din 1004.			
Venitul echivalat este derivat din venitul gospodăriei iar împărțirea pe cuartile este realizată de depozitarul bazei de date.			
Cei care nu sunt pensionari sunt activi pe piața muncii fie șomeri, casnice(i), elev/student, în incapacitate de muncă datorită unei invalidități.			
Am utilizat testul t pentru eșantioane independente și one-way ANOVA. În tabel sunt notate doar situațiile în care p<0.05.			

Tabelul 9 arată relaţii similare celor demonstrate în cazul indicatorului de satisfacție cu viața. Cu excepția accesului la infrastructură culturală, accesul facil îmbunătățește sănătatea mentală.

Tabelul 9. Bunăstarea mentală în funcție de dificultatea percepută de accesare a anumitor servicii, România 2016

	Medie	**Abatere standard**
Acces fizic, distanța, program și alte aspecte similare:		

Condiții privind mijloacele de transport în comun		
Foarte dificil SAU mai degrabă dificil	**5,8**	2,4
Mai degrabă ușor SAU foarte ușor	**6,3**	2,4
Cinema, teatru sau centru cultural		
Foarte dificil SAU mai degrabă dificil	**6,2**	2,5
Mai degrabă ușor SAU foarte ușor	**6,4**	2,2
Zone de recreație sau spații verzi		
Foarte dificil SAU mai degrabă dificil	**6,0**	2,5
Mai degrabă ușor SAU foarte ușor	**6,3**	2,3
Magazin alimentar sau supermarket		
Foarte dificil SAU mai degrabă dificil	**5,7**	2,4
Mai degrabă ușor SAU foarte ușor	**6,2**	2,4

Am combinat variantele de răspuns inițiale foarte dificil și mai degrabă ușor, respectiv mai degrabă ușor și foarte ușor. Am utilizat testul t pentru eșantioane independente și one-way ANOVA. Diferențele semnificative statistic ($p<0.05$) sunt notate prin îngroșarea (bold) mediei.

Model complex al bunăstării mentale

Bărbații au o bunăstare mentală mai favorabilă față de femei, sexul fiind la limita semnificației statistice. Înaintarea în vârstă aduce cu sine o degradare a acesteia. Factorii care degradează bunăstarea mentală conform analizei sunt deprivarea materială și sentimentul de excluziune socială.

Tabelul 10. Determinările bunăstării mentale, România 2016

	M1	**M2**	**M3**	**M4**
R^2 ajustat	***16%***	***17%***	***26%***	***31%***
(Constanta)	8.43	7.40	8.94	10.23
R este bărbat	0.27	0.31	0.22	0.27
Vârsta R în ani împliniți[1]	-0.03	-0.03	-0.02	-0.02
R are o boală cronică[2]	-0.41	-0.41	-0.18	-0.23
R a absolvit învățământ primar (ISCED 0-2)[3]	-1.13	-1.04	0.00	0.20
R a absolvit învățământ secundar (ISCED 3-4)[3]	-0.52	-0.50	0.07	0.14
R este pensionar(ă)[4]	-0.30	-0.33	-0.32	-0.34
R are acces facil la mijloacele de transport în comun[5]		0.43	0.34	0.11
R are acces facil la acceseze cinema, teatru sau centru cultural[5]		-0.11	-0.17	0.01
R are acces facil la zone de recreație sau spații verzi[5]		0.21	0.14	0.07

R are acces facil la magazin alimentar sau supermarket[5]		0.52	0.19	-0.02
(Deprivare materială) Numărul lucrurilor pe care nu și le poate permite gospodăria R[6]			-0.21	-0.15
Dificultatea cu care gospodăria R face față necesităților cu venitul total lunar al acesteia[7]			-0.40	-0.33
[8]Sentimentul R de excluziune socială				-0.65
Mulțumirea R cu felul în care funcționează democrația în România[9]				0.02

Analiză de regresie liniară multiplă cu variabila dependentă bunăstarea mentală, variabilă compusă cu scorul minim 0 și scorul maxim 10 care înseamnă cea mai pozitivă bunăstare mentală. n analiză = 806, n eșantion = 1004; R = respondent. Celulele colorate cu gri indică un efect semnificativ statistic ($p < 0.05$) asupra satisfacției cu viața.

[1]Am verificat dacă există o eventuală relație nonliniară între vârstă și bunăstarea mentală. Pentru că pătratul vârstei nu este semnificativ statistic în nici un model am decis să nu îl folosesc.

[2]Aveți vreo afecțiune cronică (v-a cauzat neplăceri o anumită perioadă de timp) fizică sau psihică, boală sau handicap? Prin afecțiune cronică (de durată) mă refer la acea boală sau problemă de sănătate care a durat sau este de așteptat să dureze 6 luni sau mai mult.

[3]Categoria de referință pentru educație este absolvent de învățământ terțiar ISCED 5-8.

[4]Pensionarii sunt comparați cu persoanele active pe piața muncii, șomerii, persoanele casnice, elevii/studenții și alte situații. Categoria care înglobează toate aceste situații este eterogenă ca situații și, implicit, comportamente și atitudini, dar apelez la acest compromis dat fiind numărul mic de cazuri din grupurile separate care nu permit comparații adecvate.

[5]Gândindu-vă la accesul fizic, distanța, program și alte aspecte similare, cum ați descrie accesul dvs. la următoarele servicii? Am restrâns cele patru variante de răspuns în două: foarte dificil + mai degrabă dificil, foarte ușor + mai degrabă ușor.

[6]Acest indice este construit pornind de la întrebarea: Există unele lucruri pe care mulți oameni nu și le pot permite, chiar dacă le plac. Pentru fiecare dintre următoarele lucruri de pe această listă, vă rog să specificați dacă gospodăria dvs. și-l permite în cazul în care vi-l doriți: (1) Menținerea unei temperaturi adecvate în locuință, (2) O săptămână de vacanță pe an plătită, departe de casă (nu la rude), (3) Înlocuirea unei piese de mobilier uzate, (4) O masă cu carne, pui sau pește o dată la două zile, dacă doriți acest lucru, (5) Cumpărarea de haine noi, și nu la mâna a doua, (6) Invitarea unor prieteni sau rude la masă sau la un pahar cel puțin o dată pe lună

[7]O gospodărie poate avea diverse surse de venit și mai mult de un membru al gospodăriei poate contribui la acest venit. Dacă vă gândiți la venitul total lunar al gospodăriei dvs. ați spune că faceți față necesităților: 1) foarte ușor, 2) ușor, 3) destul de ușor, 4) cu oarecare dificultate, 5) cu greu, 6) foarte greu.

[8]Acest indice este construit ca medie a răspunsurilor la patru afirmații pentru care R își exprimă acordul sau dezacordul pe scala 1) dezacord total, 2) dezacord, 3) nici acord nici dezacord, 4) acord, 5) acord total. Afirmațiile sunt: (1) Mă simt exclus(ă) din societate, (2) În ziua de azi, viața a devenit atât de complicată, încât aproape nu-mi pot găsi drumul, (3) Simt că valoarea a ceea ce fac nu este recunoscută de oamenii pe care îi întâlnesc, (4) Unii oameni mă privesc de sus datorită locului de muncă sau a venitului meu. Sunt incluși în analiză doar R cu răspuns la toate cele patru afirmații.

[9]Per ansamblu, cât de mulțumit(ă) sunteți de felul în care funcționează democrația în România. Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă foarte nemulțumit(ă) iar 10 înseamnă foarte mulțumit(ă).

Concluzii

- România se află printre țările cu cetățeni mai degrabă nesatisfăcuți cu viața. România este mai asemănătoare cu țările din Europa de Est ca nivel al mulțumirii cu viața. Acest lucru este firesc având în vedere gradul mai redus de dezvoltare economică al acestor țări. Literatura de specialitate arată legătura dintre dezvoltarea economică și satisfacția cu viața.
- Satisfacția medie cu viața nu cunoaște modificări importante în intervalul analizat, 2003-2016, dar procentul celor mulțumiți scade din 2011 în 2016. Acest lucru poate fi explicat prin efectul crizei economice dar și al evenimentelor sociale și politice importante care s-au întâmplat între cele două momente de timp și nu au o legătură evidentă cu criza economică (Colectiv). Bunăstarea mentală se îmbunătățește constant dar, ca și în celelalte țări UE, nu are valori foarte ridicate. S-ar putea ca evenimentele și instabilitatea sociopolitică să aibă un impact mai accentuat asupra părții afective a stării de spirit.
- Vârstnicii au o stare de spirit mai proastă față de categoriile mai tinere. Ieșirea din viața profesională activă nu aduce liniște. Nu putem pune această situație doar pe seama îmbătrânirii, a deteriorării sănătății etc.
- Nu este suficientă concentrarea guvernării pe reducerea deprivării materiale. Este esențial să avem resurse materiale, dar ele nu sunt suficiente pentru o stare de spirit pozitivă. Trebuie să simțim că trăim într-o societate armonioasă unde persoana se simte integrată iar eforturile sale sunt recunoscute de semeni. Reducerea excluziunii sociale trebuie să fie o prioritate pe agenda publică. Dispariția efectului educației asupra stării de spirit în modelul cu toți predictorii arată că deprivarea materială și excluziunea socială nu discriminează. Toți oamenii trebuie să primească șansa la integrare socială.

Bibliografie

Cummins, Robert A. 2003. “Normative Life Satisfaction: Measurement Issues and a Homeostatic Model.” Social Indicators Research 64 (2): 225–256.

Cummins, Robert A., Ning Li, Mark Wooden, și Mark Stokes. 2014. “A Demonstration of Set-Points for Subjective Wellbeing.” Journal of Happiness Studies 15: 183–206.

Eurofound. 2017. “European Quality of Life Survey 2016: Quality of Life, Quality of Public Services, and Quality of Society.” Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Inglehart, Ronald, și Hans-Dieter Klingemann. 2000. “Genes, Culture, Democracy, and Happiness.” În Culture and Subjective Well-Being, editată de Ed Diener and Eunkook M. Suh, 165–83. MIT Press.

OECD. 2013. “OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-Being.” OECD Publishing.

Topp, Christian Winther, Søren Dinesen Østergaard, Susan Søndergaard, și Per Bech. 2015. “The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature.” Psychotherapy and Psychosomatics 84: 167–176.