

# Speranța de viață sănătoasă în România

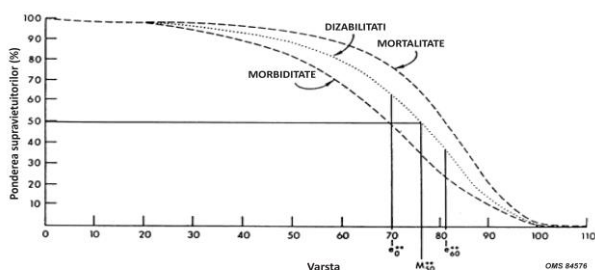
## Ce este speranța de viață sănătoasă?

Indicatorii privind speranța de viață sănătoasă au fost dezvoltați pentru a se analiza dacă creșterea speranței de viață este însoțită de o creștere în timp a stării bune de sănătate sau, din contră, a stării proaste de sănătate. Deci, speranța de viață sănătoasă împarte speranța de viață în viața trăită în diferite stări de sănătate. Acești indicatori adaugă o dimensiune calitativă la noțiunea cantitativă de număr mediu de ani trăiți.

## Cum se măsoară impactul creșterii duratei vieții?

Modelul general al tranziției sănătății (OMS, 1984) indică durata medie de viață petrecută, în diferite condiții: supraviețuirea totală, supraviețuirea fără dizabilități și supraviețuirea fără boală cronică. Acest lucru duce, în mod natural, la definirea speranței de viață, speranței de viață sănătoasă și speranței de viață fără boli cronice.

**Modelul general al tranziției în sănătate (OMS, 1984): curba mortalității, curba ipotetică a morbidității și curba supraviețuirii fără dizabilități pentru femeile din SUA, 1980.**



$e_{60}^{**}$  și  $e_{65}^{**}$  reprezintă speranța de viață la naștere și respectiv 60 de ani.  
 $M_{50}^{**}$  reprezintă vârsta la care 50% dintre femeile au o speranță de viață sănătoasă.

Speranța de viață sănătoasă se stabilește pe baza autopercepției privind starea de sănătate și posibilitatea de desfășurare a activităților zilnice sau a bolilor cronice de care suferă persoanele respondente.

## Cum putem compara speranța de viață sănătoasă?

Speranța de viață sănătoasă este independentă de mărimea și de structura populației, dar permite comparații directe cu grupuri de populații, ex. sexe, categorii socioprofesionale, precum și între țările europene (Robine et al., 2003). Speranța de viață sănătoasă este calculată prin metoda Sullivan (Sullivan, 1971). Totuși, pentru o comparabilitate mai bună a

indicatorilor, măsurarea stării de sănătate trebuie să se realizeze prin intermediul aceleași metode.

Pentru a rezolva acest deziderat, Uniunea Europeană a decis să includă un set de indicatori referitori la starea de sănătate în cadrul principalilor indicatori de sănătate în Europa (ECHI) privind măsurarea dizabilităților (limitarea activității), bolilor cronice și stării de sănătate percepute de populație prin autoevaluare. Prin urmare, Modulul Minim European de Sănătate (MEHM), compus din 3 întrebări generale care acoperă aceste dimensiuni, a fost introdus în Statistica Veniturilor și Condițiilor de Viață (SILC) pentru a îmbunătăți comparabilitatea speranței de viață sănătoasă\* între țări. În plus, speranța de viață fără limitarea activității pe termen lung este, din 2004, unul din indicatorii structurali pentru evaluarea obiectivelor strategice ale Uniunii Europene (strategia Lisabona), cunoscut sub numele de "Speranță de Viață Sănătoasă" (SVS).

Detalii suplimentare despre MEHM, anchetele europene, calculele și interpretarea indicatorilor speranței de viață sănătoasă pot fi găsite pe [www.eurohex.eu](http://www.eurohex.eu).

## Ce este acest raport?

Acest raport este produs prin Acțiunea Comună a Sistemului Informațional European privind Sănătatea și Speranța de Viață (EHLEIS). În fiecare raport se prezintă:

- Speranța de viață și speranța de viață sănătoasă la 65 ani și peste, pentru țările UE28, cu ajutorul întrebărilor privind sănătatea persoanei respondente din ancheta SILC, (GALI - Indicatori de Limitare a Activității Globale), din perioada 2007-2014. Formularea întrebărilor a fost revizuită în 2008;
- Prevalența limitării activității în țările UE pe baza chestionarului GALI, date colectate pe sexe și grupe de vârstă;
- Speranța de viață sănătoasă se bazează pe indicatorii privind limitarea activității, existența bolilor cronice și autoevaluarea sănătății, datele de sănătate rezultate din ancheta SILC2014.

## Referințe

Jagger C., Gillies C., Moscone F., Cambois E., Van Oyen H., Nusselder W., Robine J.-M., EHLEIS Team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *The Lancet*. 2008;372(9656) 2124-2131  
Robine J.-M., Jagger C., Mathers C.D., Crimmins E.M., Suzman R.M., Eds. *Determining health expectancies*. Chichester UK: Wiley, 2003.  
Sullivan D.F. *A single index of mortality and morbidity*. HSMHA Health Reports 1971;86:347-354. World Health Organization. *The uses of epidemiology in the study of the elderly: Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging*. Geneva: WHO, 1984 (Technical Report Series 706).

\* Înainte de revizuirea din 2008, traducerea modulelor utilizate în unele țări nu au fost cele mai bune (Eurostat, Task Force privind Speranța de viață sănătoasă cu privire la calitatea datelor SILC). Această revizuire este în curs de evaluare.

## Speranța de viață (SV) și speranța de viață sănătoasă (SVS) la 65 ani în România și Uniunea Europeană (UE28) calculate pe baza datelor din anchetele SILC (2005-2014)

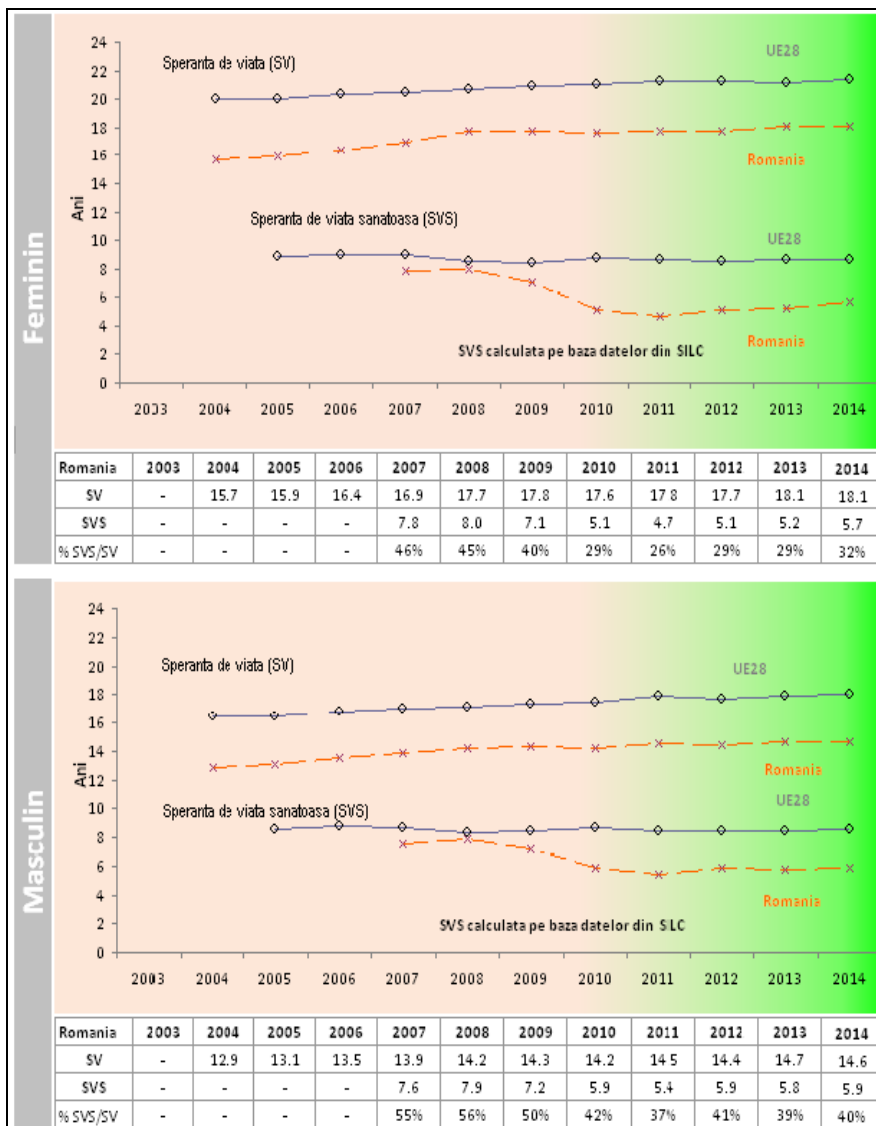
### Puncte cheie:

În România, în perioada 2004-2014, speranța de viață la 65 ani a crescut cu 2,4 ani pentru femei și 1,8 ani pentru bărbați. În anul 2014 speranța de viață la 65 ani, atât la bărbați, cât și la femei a înregistrat valori sub media țărilor europene UE28 (21,4 ani la femei și 18,0 ani la bărbați).

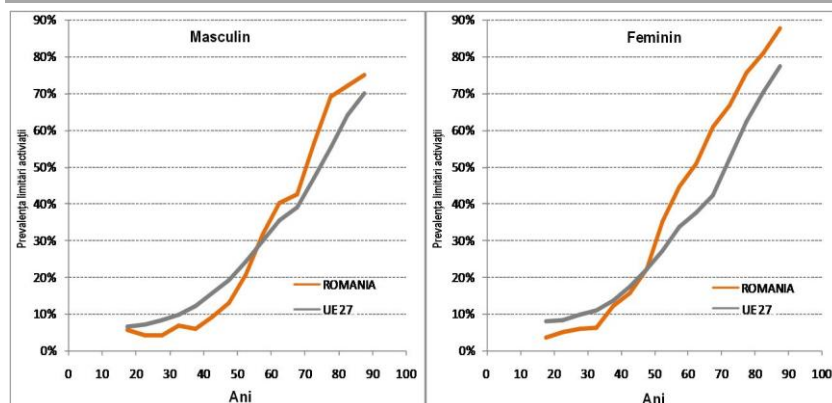
Noua serie de date privind speranța de viață sănătoasă inițiată în 2007, cu date din ancheta SILC, arată că în 2014 femeile și bărbații la 65 ani pot trăi fără probleme de sănătate 32% și respectiv 40% din durata lor de viață la această vârstă.

În anul 2014, valorile speranței de viață sănătoasă înregistrate în România au fost cu 2,9 ani pentru femei și cu 2,7 ani pentru bărbați mai mici față de media UE28 (8,6 ani pentru femei și pentru bărbați).

Valorile speranței de viață sănătoasă au scăzut accentuat în anii 2009 și 2010 la ambele sexe, continuând cu o ușoară scădere și în anul 2011, dar a crescut în anul 2012. Valorile au rămas stabile în anul 2013. În anul 2014, valorile speranței de viață sănătoasă au înregistrat o creștere ușoară atât la femei, cât și la bărbați. Trebuie menționat faptul că formatul chestionarului (GALI) a fost schimbat în anii 2008 și 2010.



## Prevalența limitării activității zilnice a persoanelor de 16 ani și peste, în România și în UE28, înregistrate în chestionarul GALI, pe sexe și grupe de vârstă (SILC- valori medii din perioada 2012-2014)



Rapoartele din țările UE27 privind persoanele cu activitățile zilnice limitate arată că ponderea lor crește odată cu înaintarea în vârstă, iar ponderea femeilor este ușor mai mare decât a bărbaților.

În comparație cu valorile medii pe vârste observate în perioada 2012-2014, din Uniunea Europeană, în România, ratele privind activitatea limitată au fost mai mici la bărbații până în 55 de ani și la femeile până în 45 de ani, dar ratele au crescut după

aceste vârste. Aceste rezultate trebuie interpretate cu precauție datorită faptului că dimensiunea eșantionului variază, în 2014, între 5758 persoane în Danemarca și 40274 persoane în Italia. În anul 2014, dimensiunea eșantionului din România a fost de 8207 femei și 7400 bărbați (de 16 ani și peste).

## Speranța de viață și speranța de viață sănătoasă la 65 ani, calculată pe baza limitării activității, bolilor cronice și autoevaluarea sănătății pentru România (date privind sănătatea din ancheta SILC 2014)

### Speranța de viață la 65 ani

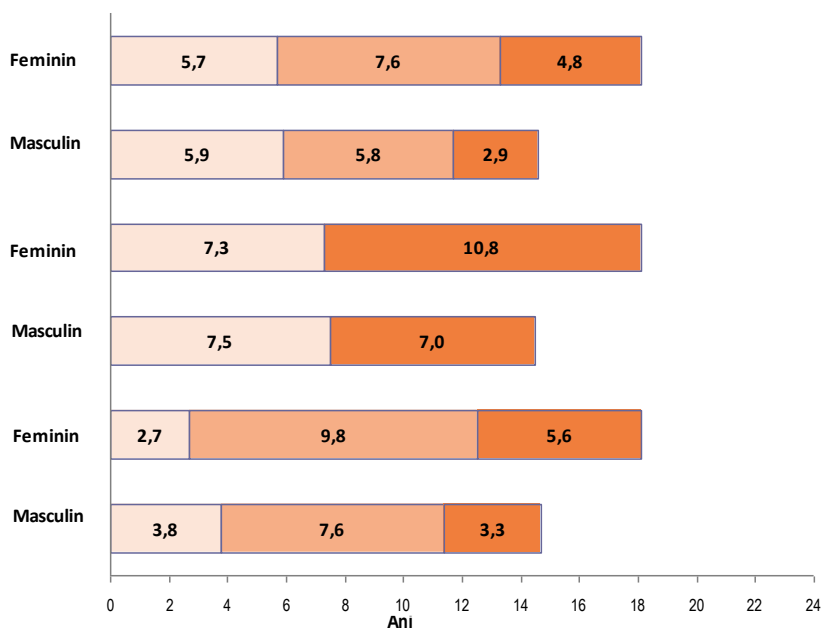
- Fără nicio limitare a activității
- Cu activitate moderat limitată
- Cu activitate sever limitată

### Speranța de viață la 65 ani

- Fără boli cronice
- Cu boli cronice

### Speranța de viață la 65 ani

- Sănătatea percepută ca bună și foarte bună
- Sănătatea percepută ca acceptabilă
- Sănătatea percepută ca proastă și foarte proastă



## Puncte cheie:

În 2014, în România, speranța de viață la 65 ani a femeilor a fost de 18,1 ani, iar a bărbaților de 14,6 ani.

Pe baza datelor din ancheta SILC 2014, speranța de viață sănătoasă la 65 ani a femeilor a fost de 5,7 ani (32,0% din speranța de viață înregistrată la 65 ani) fără nicio limitare a activităților zilnice, de 7,6 ani (42,0%) cu limitare moderată a activității zilnice și 4,8 ani (26,0%) cu limitarea drastică a activităților.\*

Bărbații de aceeași vârstă au înregistrat o speranță de viață sănătoasă în 2014, de 5,9 ani (40,0% din speranța de viață înregistrată la 65 ani) fără nicio limitare a activităților zilnice, de 5,8 ani (40,0%) cu limitare moderată a activității zilnice și 2,9 ani (20,0%) cu grave probleme de sănătate.\*

Cu toate că speranța de viață a bărbaților a fost mai mică decât a femeilor, speranța de viață sănătoasă a bărbaților a fost mai mare decât a femeilor. Prin urmare, în comparație cu bărbații, femeile trăiesc mai mult, dar într-o stare precară de sănătate (un număr mai mare de ani cu o activitate moderat limitată și cu activitate sever limitată).

Aceste rezultate trebuie interpretate cu precauție pentru că din baza de date lipsesc datele privind populația instituționalizată precum și persoanele îngrijite la domiciliu.

\* Aceste date nu pot fi însumate din cauza rotunjirii.

## Publications and reports on health expectancies for Romania

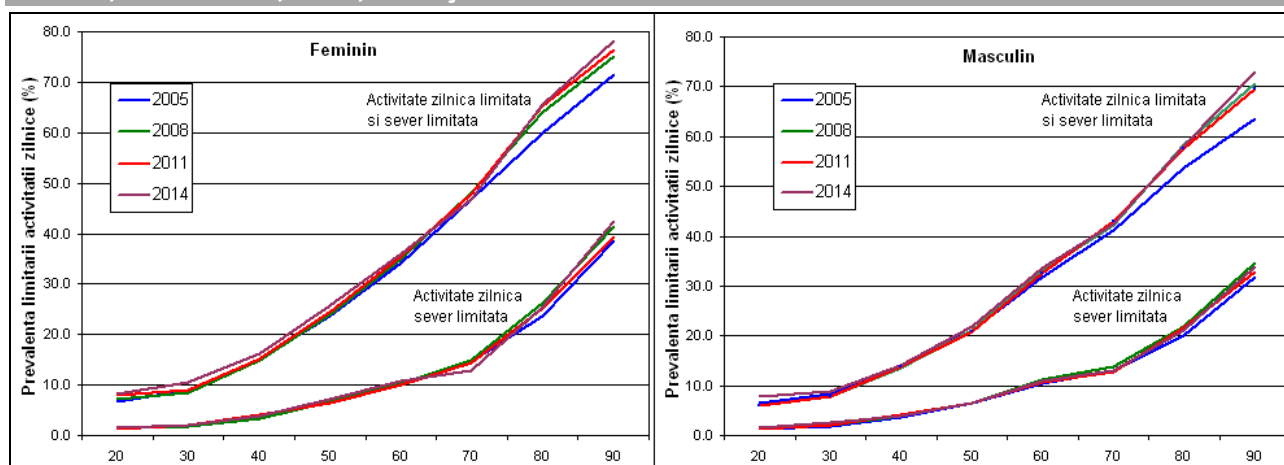
- OECD (2010), *Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2010-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en);
- INS (2013), *Evoluția mortalității în România*;
- INS (2014), *Femeile și bărbații-parteneriat de muncă și viață*.
- INS (2016), *Speranța de viață sănătoasă în România*.

## Prevalența limitării activității zilnice la nivelul UE28, în anii 2005, 2008, 2011 și 2014

În prezent, în cadrul Uniunii Europene există o experiență de 10 ani în măsurarea stării de sănătate a populației prin intermediul indicatorului speranță de viață sănătoasă calculat de fiecare stat membru cu ajutorul anchetei EU-SILC. Realizarea anchetei EU-SILC a început cu anul 2005 în cadrul celor 25 de state membre. În anul 2008, formularea întrebărilor GALI (Indicatori de Limitare a Activității Globale) privind starea de sănătate a populației, a fost revizuită de către unele țări, pentru a reflecta mai bine standardul original. O evaluare făcută în anul 2012 de către Eurostat, arată faptul că traducerea întrebărilor GALI respectă sensul cuvintelor din limba engleză în 18 țări membre, în 8 țări europene întrebările au fost parțial refăcute și în 5 țări membre nu sunt încă revizuite. Treptat, ancheta EU-SILC a fost realizată în 27 țări membre, apoi în 28 țări membre.

Estimările prezentate mai jos au fost făcute pentru UE28. Prevalența invalidității și nivelul de severitate a dizabilității au fost raportate pe sexe, grupe de vârstă (începând cu grupa de vârstă 16-19 ani până la 85 ani și peste) din ancheta EU-SILC, pentru anii 2005, 2008, 2011 și 2014.

### Prevalența limitării activității zilnice pe sexe și grupe de vârstă la nivelul UE28, înregistrată în EU-SILC, în anii 2005, 2008, 2011 și 2014



Revizuirea traducerii întrebărilor GALI, realizată în anul 2008, a schimbat semnificativ traiectoria prevalenței dizabilităților pe grupe de vârste. Reformularea întrebărilor a determinat creșterea cazurilor privind dizabilitățile în rândul primelor țări care au participat la realizarea anchetei EU-SILC, în special pentru cei care nu raportau cazurile sever limitate în activitățile zilnice. După revizuirea întrebărilor care a avut loc între anii 2005 și 2008, modelul general al valorilor dizabilităților pe grupe de vârste rămâne aproape neschimbat în timp. În cazul activităților sever limitate pe grupe de vârste, se observă o creștere lentă a prevalenței în jurul vârstei de pensionare. Atât la bărbați, cât și la femei, ratele standardizate ale prevalenței dizabilităților cresc odată cu vârsta.

### Rata standardizată (%) a prevalenței limitării activității zilnice la 16 ani și peste la nivelul UE28, în EU-SILC, în anii 2005, 2008, 2011 și 2014

Ratele standardizate ale dizabilităților au variat puțin între anii 2005 și 2008 (perioada când au fost revizuite întrebările din anchetă în câteva țări membre).

În general aceste rate au înregistrat o creștere mică în perioada 2008-2014 la nivelul Uniunii Europene.

	2005	2008	2011	2014
<b>Bărbați (%)</b>	23,0	23,1	23,0	23,9
creștere/scădere		0,1	-0,1	0,8
<b>Femei (%)</b>	27,8	28,2	28,6	29,3
creștere/scădere		0,3	0,4	0,7

### Generarea de Conexiuni între Datele și Informațiile pentru Cercetare și Politici de Sănătate (BRIDGE-Health)

Sistemul European de Informații privind Sănătatea și Speranța de Viață (EHLEIS) face parte din proiectul BRIDGE-Health. Acest proiect are ca rol să pregătească tranziția la un sistem informațional de sănătate durabil și integrat al Uniunii Europene, în cadrul celui de-al treilea Program în domeniul sănătății al UE, în perioada 2014-2020. ([www.bridge-health.eu](http://www.bridge-health.eu)).



Marcela Postelnicu, Institutul Național de Statistică, - a contribuit la realizarea și traducerea raportului

European Health and Life Expectancy Information System – EHLEIS - website: <http://www.eurohex.eu>

Project leader : Jean-Marie Robine – Coordination of the Country reports : Isabelle Beluche

Contact: Christine Perrier - Université de Montpellier – U1198 MMDN - Place Eugène Bataillon - CC105 - 34095- Montpellier cedex 5 – France

Tel: +33 (0)4 67 14 33 85 /e-mail: [christine.perrier@inserm.fr](mailto:christine.perrier@inserm.fr)