



Speranța de viață sănătoasă – indicatorul integral al sănătății populației

Olga GAGAUZ,
dr. hab. în sociologie, conf. cercet.
Cristina AVRAM,
cercetător științific

Sumar: În baza implementării indicatorului speranța de viață sănătoasă (SVS) a populației sunt examinate problemele principale ale sănătății publice. SVS măsoară câți ani în medie este de așteptat să trăiască o persoană la o anumită vârstă în stare bună de sănătate, având în vedere ratele specifice de mortalitate, morbiditate și riscul de invaliditate pentru anul respectiv. SVS este un indicator al stării de sănătate, care reflectă impactul mortalității și morbidității.

Republica Moldova se caracterizează prin indicatori scăzuți ai sănătății populației, speranța de viață la naștere fiind cu circa zece ani mai mică decât media în țările UE, iar SVS are valoare similară cu Ucraina, cu trei ani mai mică decât în România și cu 10 ani mai mică decât în Italia și Franța. Sunt înregistrate diferențe semnificative pe sexe, pentru bărbații din grupul de vârstă de 15-19 ani speranța de viață a fost estimată la 54,1 ani, iar SVS – 47 ani, proporția timpului trăit în stare de sănătate foarte bună, bună și satisfăcătoare constituind 87%, pe când femeile, având speranța de viață mai mare – 62 de ani, pierd mai mulți ani în stare rea/foarte rea de sănătate, proporția timpului petrecut în stare bună de sănătate constituind doar 82%. Oamenii de la sate trăiesc mai puțin și au speranța de viață sănătoasă mai mică decât cei din orașe. Speranța de viață în grupul de vârstă 15-19 ani în orașe a constituit 60,7 ani, iar SVS – 51,3 ani (84,5%). În mediul rural, respectiv: 56,6 și 47,6 ani (84,2%).

Se propune utilizarea indicatorului SVS pentru monitorizarea tendințelor generale în starea de sănătate a populației și identificarea unor inegalități/diferențe cu privire la sănătate în cadrul unor subpopulații.

În prezent, unul din obiectivele principale ale politicilor de stat în domeniul sănătății o constituie creșterea accesibilității serviciilor medicale de calitate pentru păturile social vulnerabile; reducerea disparităților în mortalitatea și morbiditatea între diferite grupuri sociodemografice; creșterea funcționalității poliței de asigurări medicale și reducerea cheltuielilor personale (din buzunar) în totalul cheltuielilor pentru sănătate; combaterea bolilor cardiovasculare prin promovarea sănătății și educației pentru sănătate, ceea ce prezintă o rezervă importantă pentru creșterea speranței de viață la naștere și speranței de viață sănătoasă; majorarea investițiilor pentru îmbunătățirea stării de sănătate printr-o abordare multisectorială, inclusiv alocarea suplimentară de resurse pentru educație, condițiile de muncă, locuințe și sectorul de sănătate.

În prezent, există mai multe dovezi științifice că corelația dintre starea de sănătate a populației are un caracter bilateral. Creșterea economică asigură îmbunătățirea sănătății populației, iar o populație sănătoasă, la rândul său, contribuie la creșterea economică.

Ameliorarea stării de sănătate a populației contribuie la:

- reducerea pierderilor de producție cauzate de boala lucrătorilor (de exemplu, prin reducerea numărului de zile pentru certificate de boală, a cheltuielilor pentru achitarea acestora);
- reducerea mortalității premature și menținerea efectivului potențialului uman;
- preîntâmpinarea pensionării precoce în urma maladiilor cronice sau dizabilității;
- eliberarea de resurse care ar trebui să fie cheltuite pentru tratarea bolilor, astfel încât acestea să poată fi investite în alte tipuri de activități pentru formarea capitalului uman.

Starea bună de sănătate a populației prezintă un mecanism de compensare pentru menținerea creșterii economice în condițiile reducerii efectivului forței de muncă ca rezultat al îmbătrânirii demografice, permite prelungirea capacității de muncă, creșterea ofertei forței de muncă și productivității muncii. Fiind o proprietate inerentă a resurselor umane, sănătatea, împreună cu alte caracteristici calitative ale forței de muncă (educație și calificare), are un impact semnificativ asupra dezvoltării socioeconomice.

Republica Moldova se caracterizează prin indicatori scăzuți ai sănătății populației, speranța de viață la naștere fiind cu circa zece ani mai mică decât media în țările UE, mortalitatea prematură în comparație cu standardul european constituie 34% la bărbați și 22% la femei [4], ceea ce cauzează pierderi importante din efectivul populației țării: anual circa 0,5% din populația masculină și 0,3% din populația feminină.

Monitorizarea continuă a sănătății populației, implementarea unor metode relevante în acest domeniu prezintă o bază analitico-informațională pentru elaborarea și implementarea politicilor științific argumentate în acest domeniu. În acest scop, în practica internațională a fost introdus

indicatorul speranța de viață sănătoasă (Health-adjusted life expectancy/Healthy Life Expectancy - HALE), care în prezent este utilizat pe larg și promovat de OMS în calitate de instrument pentru monitorizarea situației în domeniul sănătății populației, importanța acestuia fiind recunoscută în cadrul Strategiei de la Lisabona.

CE NE ARATĂ INDICATORUL SPERANȚA DE VIAȚĂ SĂNĂTOASĂ?

În ultimele decenii, țările europene au obținut progrese semnificative în materie de sănătate a populației, acest proces fiind marcat de reducerea continuă a mortalității și creșterea speranței de viață la naștere. După 1990, speranța de viață la naștere în Uniunea Europeană (UE) a crescut în medie cu circa cinci ani și a ajuns la 79.2 ani [3].

Până nu demult, creșterea speranței de viață la naștere a fost considerată un indicator relativ precis de semnalare a îmbunătățirii sănătății populației și aceasta a fost o presupunere plauzibilă din considerentul că bolile infecțioase constituiau cauza principală a mortalității. În prezent, când speranța de viață la naștere a depășit 70 de ani, iar în structura morbidității prevalează boli cronice, precum și riscul de a se îmbolnăvi nu mai este legat de riscul de moarte, indicatorul speranța de viață nu mai este suficient pentru monitorizarea stării de sănătate a populației.

Calculat după metoda lui Sullivan D. [5], indicatorul speranța de viață sănătoasă (SVS) caracterizează starea funcțională a populației și dacă creșterea speranței de viață este însoțită de o creștere în timp a stării bune de sănătate sau, din contra, a stării proaste de sănătate. În așa mod, SVS împarte speranța de viață în diferite stări de sănătate înregistrate pe parcursul vieții. Acest indicator adaugă o dimensiune calitativă la noțiunea cantitativă de număr mediu de ani trăiți. SVS măsoară câți ani în medie este de așteptat să trăiască o persoană la o anumită vârstă în stare bună de sănătate, având în vedere ratele specifice de mortalitate, morbiditate și riscul de invaliditate pentru anul respectiv. SVS este un indicator al stării de sănătate care reflectă impactul mortalității și morbidității.

SVS se calculează în baza tabelor de mortalitate și datelor din cercetările sociologice, care includ întrebări ce țin de aprecierile subiective ale sănătății. În prezent, Republica Moldova dispune de date statistice și empirice necesare pentru elaborarea și implementarea indicatorului SVS în procesul de monitorizare a sănătății populației. Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice (BNS), fiind un studiu autohton complex care conține informații cu privire la autoaprecierea sănătății și morbiditatea populației pe grupe de vârstă și sexe și medii de reședință, prezintă o sursă principală în acest domeniu și oferă date comparabile începând cu anul 2006.

Întrebarea din chestionar (CBGC): *"În general, cum apreciați starea sănătății Dvs?"* include cinci variante de răspuns: 1-foarte bună, 2-bună, 3-satisfăcătoare, 4-reă și 5-foarte rea. Informația despre starea de sănătate a populației prin utilizarea acestei întrebări este colectată în mod regulat în cadrul cercetărilor internaționale și naționale majore, cum ar fi World Values Survey și European Values Survey, NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) în SUA și SHARE în Europa. Întrebarea este recomandată și pentru utilizare ca instrument standard în anchetele ce țin de sănătate în Europa [2]. Totodată, conform recomandărilor OMS și Eurostatului pentru calcularea indicatorilor ce caracterizează capacitățile funcționale ale

populației, anchetele naționale urmează să includă trei întrebări principale: despre autoevaluarea sănătății, existența bolilor cronice și limitarea activității. Ultima întrebare în prezent lipsește în CBGC, ceea ce prezintă unele limite în cercetarea subiectului dat.

REPUBLICA MOLDOVA ÎN CONTEXTUL EUROPEAN CONFORM INDICATORULUI SVS

Conform estimărilor recente ale OMS, în Republica Moldova SVS constituie 63 de ani, având valoare similară cu Ucraina, cu trei ani mai mică decât în România și cu 10 ani mai mică decât în Italia și Franța (Fig. 1).

Se constată o corelație puternică între speranța de viață la naștere și SVS. Țările care înregistrează valori înalte ale speranței de viață la naștere au și SVS mai înaltă, ceea ce dovedește că odată cu creșterea speranței de viață la naștere are loc comprimarea bolilor la vârstele înaintate.

CUM INDICATORUL SVS POATE FI IMPLEMENTAT ÎN PRACTICĂ?

SVS este un indicator care poate fi ușor utilizat de factorii de decizie pentru monitorizarea tendințelor generale în starea de sănătate a populației și identificarea unor inegalități/diferențe cu privire la sănătate în cadrul unor subpopulații, inclusiv permite de a urmări schimbările funcționale ale populației vârstnice, având drept scop asigurarea și promovarea unei îmbătrâniri active.

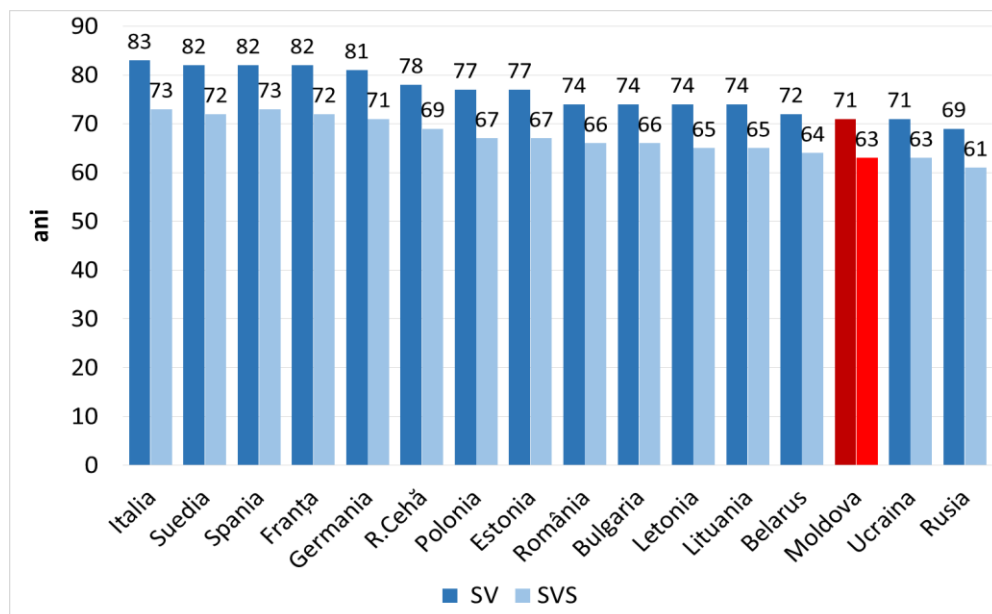


Fig. 1. Speranța de viață la naștere (SV) și speranța de viață sănătoasă (SVS) în unele țări europene, 2012

Sursa: OMS,
<http://apps.who.int/gho/data/view.main.680?lang=en>.

SVS oferă o imagine generală cu privire la condițiile de trai și de muncă ale populației, accesibilitatea și calitatea serviciilor de sănătate, impactul asupra sănătății mediului ambiant, care, la rândul lor, sunt o parte integrantă a dezvoltării. Astfel, indicatorul SVS este strâns legat cu alte variabile demografice, în special speranța de viață la naștere, alți indicatori ai sănătății umane și cu indicatorii economici.

SVS ÎNREGISTREAZĂ O CREȘTERE CONTINUĂ

Studiul este bazat pe tabelele de mortalitate combinate cu întrebările din CBGC ce țin de aprecierile subiective ale sănătății elaborate pentru anii 2006-2013. Indicatorii speranța de viață și SVS au fost calculați începând cu grupul de vârstă 15-19 ani. Astfel, SVS reflectă starea curentă de sănătate a populației ajustată după rate de mortalitate și structuri de vârstă. Prin intermediul acestei metode sunt estimați numărul de ani rămași, la o anumită vârstă, pe care un individ îi va petrece în stare bună de sănătate.

Rezultatele cercetării demonstrează că SV pentru populația totală este într-o creștere lentă, dar constantă, pe când SVS (include aprecierea sănătății bună/foarte bună și satisfăcătoare) atestă o creștere mai intensă. Astfel, în perioada menționată, pentru grupa de vârstă 15-19 ani, SV a crescut de la 54,8 ani până la 57,3 ani, cu 2,5 ani, pe când SVS – de la 45,1 până la 49 ani, cu 3,9 ani (Fig. 2).

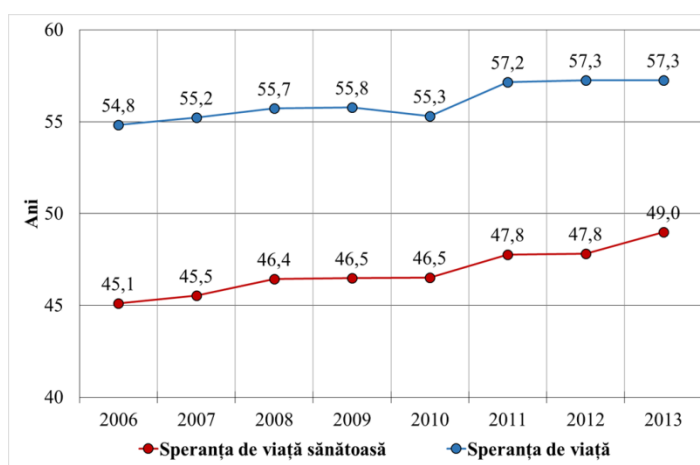


Fig. 2. Dinamica indicatorilor speranța de viață și speranța de viață sănătoasă, populația totală, 2006-2013

Sursa: calculat de autori în baza datelor BNS.

Aceste schimbări demonstrează că are loc compresiunea morbidității [3], care constă în comprimarea bolilor într-o perioadă mai scurtă, concentrarea lor la vârstele înaintate, iar reducerea mortalității și creșterea SV este însoțită de îmbunătățirea sănătății. Această tendință a fost înregistrată în mai multe țări.

Proporția timpului petrecut într-o stare de sănătate bună, foarte bună și satisfăcătoare se reduce cu înaintarea în vârstă. Se constată o proporție înaltă de timp petrecut într-o stare de sănătate rea și foarte rea începând cu grupul de vârstă 50-54 de ani (circa 30%), ceea ce prezintă o barieră în prelungirea vieții active și îmbătrânirii active (Fig.3).

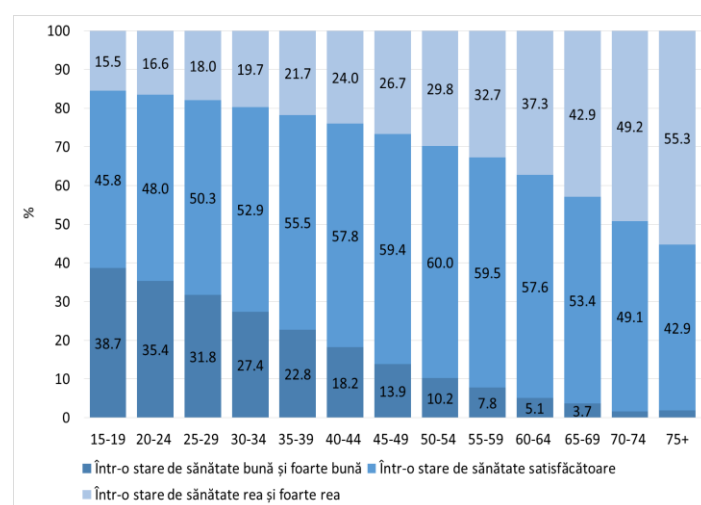


Fig. 3. Proporția timpului trait în diferite stări de sănătate, pe grupe de vârstă, anul 2013

Sursa: calculat de autori în baza datelor BNS.

SPERANȚA DE VIAȚĂ SĂNĂTOASĂ DIFERĂ SEMNIFICATIV PE SEXE

Rezultatele cercetării demonstrează existența unor diferențe semnificative pe sexe în SVS. Pentru bărbații din grupul de vârstă de 15-19 ani speranța de viață a fost estimată la 54,1 ani, iar SVS – 47 ani (Fig. 4-5), proporția timpului trăit în stare de sănătate foarte bună/bună și satisfăcătoare constituind 87% (Fig. 5). Pe când femeile, având speranța de viață mai mare – 62 de ani, pierd mai mulți ani în stare rea/foarte rea de sănătate, proporția timpului petrecut în stare foarte bună/bună și satisfăcătoare constituind doar 82%.

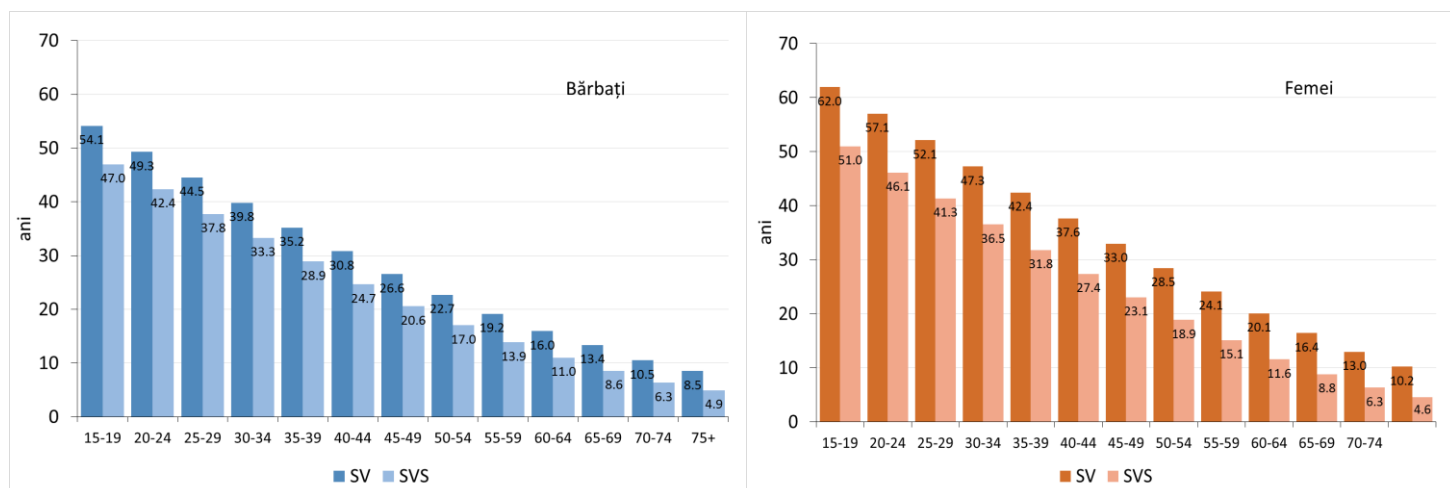


Fig.4-5. Speranța de viață și speranța de viață sănătoasă la diferite vârste, 2013

Sursa: calculat de autori în baza datelor BNS.

În prezent, populația adultă (în vârstă aptă de muncă) se caracterizează prin rate de morbiditate și mortalitate ridicate și ca consecință prin speranța de viață și SVS scăzută. Este evident, odată cu înaintarea în vârstă proporția timpului trăit într-o stare de sănătate bună se reduce. În comparație cu alte țări, acest indicator are valori foarte scăzute: de exemplu, în grupul de vârstă 45-49 ani timpul trăit într-o stare de sănătate bună la femei este estimat la 70%, respectiv circa 30% vor trăi într-o stare de sănătate rea și foarte rea. Deși

la bărbați acest indicator este mai favorabil (77,5%), mortalitatea prematură diminuează valoarea acestei diferențe. Astfel, femeile sunt cele care trăiesc mai mult, dar proporția timpului trăit într-o stare bună de sănătate este mai mică decât la bărbați. Deși au o stare de sănătate mai proastă, reușesc să trăiască mai mult, în principal datorită faptului că sunt mai atente la diferite simptome ale bolii, se adresează mai des la medici în scopuri de prevenție, de asemenea sunt mai puțin implicate în munci cu un grad ridicat de periculozitate.

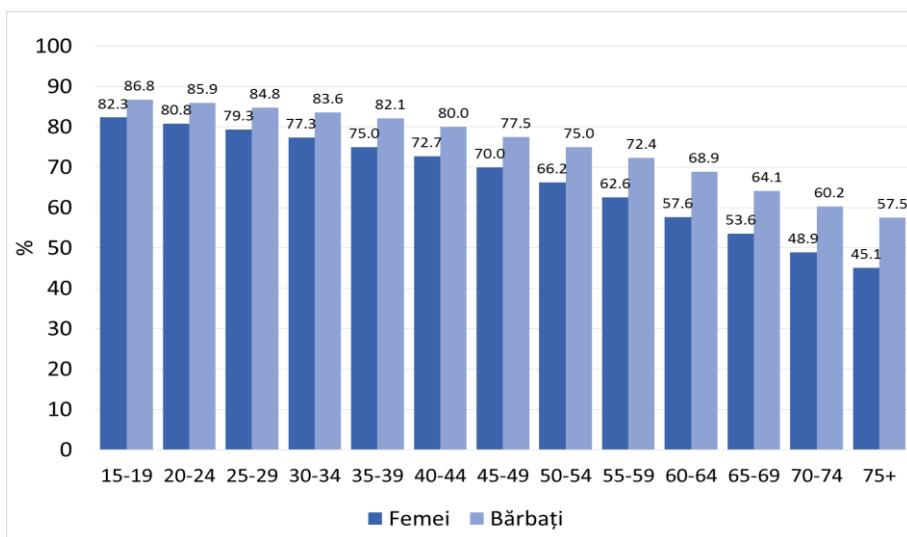


Fig. 6. Proporția timpului trăit într-o stare bună de sănătate, anul 2013, în %

Sursa: calculat de autori în baza datelor BNS.

OAMENII DE LA SATE TRĂIESC MAI PUȚIN ȘI AU SPERANȚA DE VIAȚĂ SĂNĂTOASĂ MAI MICĂ DECÂT CEI DIN ORAȘE

Mediul de reședință este un factor important ce determină durata speranței de viață și SVS. Speranța de viață în grupul de vârstă 15-19 ani în orașe a constituit 60,7 ani, iar SVS – 51,3 ani (84,5%); în mediul rural, respectiv: 56,6 și 47,6

ani (84,2%). Totodată, proporția timpului trăit în stare de sănătate bună nu diferă semnificativ, iar la vârstele înaintate acest indicator înregistrează valori mai înalte în mediul rural (Fig. 7-8).

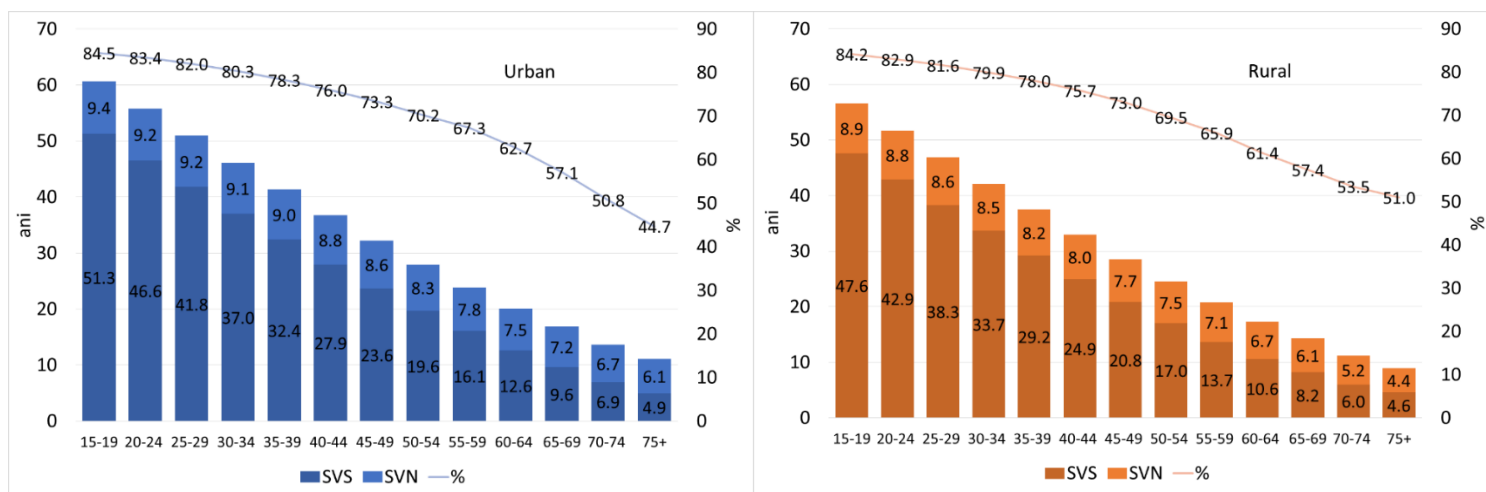


Fig. 7-8. SVS și speranța de viață nesănătoasă, pe grupe de vârstă și medii de reședință, 2013

Sursa: calculat de autori în baza datelor BNS.

SVS LA VÂRSTĂ ÎNAINȚATĂ

Pentru persoanele vârstnice este important de a menține cât mai mult capacitatea funcțională și autonomia. Datele obținute demonstrează că grupul de vârstă de 60-64 ani va petrece o parte semnificativă din timp într-o stare de sănătate rea și foarte rea. Astfel, femeile, având speranța de viață circa 20 de ani, vor avea speranța de viață sănătoasă de 11,56 ani (stare de sănătate bună, foarte bună și satisfăcătoare), iar cele 8,49 ani vor trăi în stare de sănătate rea și foarte rea (42,3% din timp). Bărbații, având speranța de viață la această vârstă de circa 16 ani vor trăi de asemenea 11 ani în stare de sănătate bună, foarte bună și satisfăcătoare (speranța de viață sănătoasă) și doar 4,95 ani într-o stare de sănătate rea și foarte rea (31%).

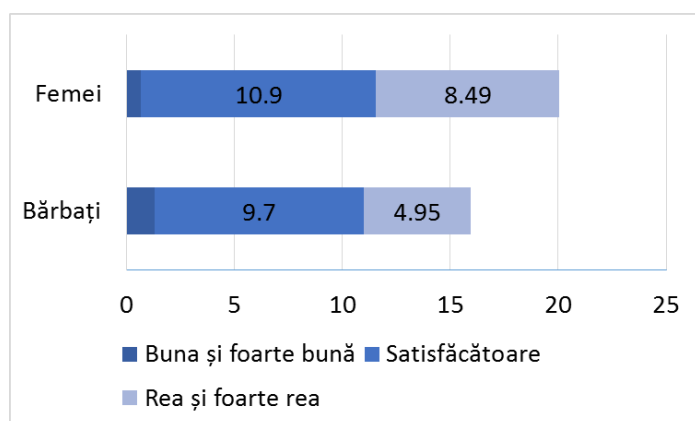


Fig. 9. Anii petrecuți în diferite stări de sănătate, populația în grupul de vârstă 60-64 ani, 2013

Sursa: calculat de autori în baza datelor BNS.

Rezultatele demonstrează existența unei probleme ce ține de povara bolii la femei, în special la vârste înaintate. Doar o trecere superficială a evenimentelor din istoria țării prin care au trecut aceste generații parțial explică situația: foametea și resursele materiale reduse în anii după cel de-al Doilea Război Mondial, supraîncărcarea dublă în sectorul economic și cel familial, criza socio-economică după anii '90. Și în prezent, situația femeilor în vârstă este nefavorabilă: riscul de a trăi în singurătate este de trei ori mai mare decât la bărbați și mai degrabă în sărăcie.

Situația nefavorabilă a bărbaților se asociază cu mortalitatea prematură, aceștia fiind expuși mai mult la diferite riscuri sociale. Cercetările în domeniu demonstrează că femeile și bărbații în mod diferit reacționează la evenimente stresante din viață: bărbații prin agresivitate și abuz de alcool, femeile prin dereglări psihoafective.

CARE SUNT CAUZELE PRINCIPALE ALE SVS SCĂZUTE?

Subfinanțarea sistemului de sănătate este evidentă, totuși, prin cea mai mică valoare a cheltuielilor totale per persoană (553 USD în PPP) în domeniul ocrotirii sănătății. Republica Moldova cedează semnificativ țărilor din Europa (cu o diferență medie de 4,3 ori mai mică). Printre țările de referință, Lituania și Letonia, cel mai mult se apropie de media sumei alocate pe cap de locuitor în totalul cheltuielilor pentru sănătate în țările UE.

Spre deosebire de țările comparate, Republica Moldova se confruntă cu deficiențe cronice în privința resurselor materiale alocate, cu consecințe directe asupra dotării cu aparatură, asigurării cu medicamente și, mai ales, a remunerării decente a activității medicilor.

În condițiile nivelului scăzut de trai al populației, statisticile internaționale arată ponderea mare a

cheltuielilor pentru sănătate plătite personal din buzunar (out-of-pocket) de către cetățenii Republicii Moldova (circa 45% din totalul cheltuielilor pentru sănătate). Acestea depășesc cheltuielile din buzunar înregistrate în Europa și Uniunea Europeană practic de 4 ori, precum și din majoritatea țărilor de referință, cu excepția Georgiei, unde astfel de cheltuieli prezintă 62% în total.

Tabelul 1. Cheltuielile pentru ocrotirea sănătății, în aspect comparativ, anul 2013

	Cheltuieli pentru sănătate			
	Totale (% în PIB)	Publice (% din PIB)	total cheltuieli per capita (în PPP int. \$)	Personale din buzunar (out of pocket), % în total
Lituania	6,7	4,1	1579	32,6
Letonia	5,9	2,6	1310	36,5
Serbia	10,6	6,3	987	37,9
România	5,6	4,2	988	19,7
Georgia	9,2	1,6	697	61,9
Ucraina	7,5	3,8	687	42,8
Moldova	11,8	5,2	553	44,6
Europa	8,9	5,7	2402	19,7
UE-28	10,2	7,8	3260	13,6

Sursa: World Development Index, Word Bank.

Un sfert din totalul populației rămâne în afara asigurării obligatorii de asistență medicală, principalul motiv fiind neangajarea în câmpul muncii, munca informală și imposibilitatea achitării personale a costului pentru polița de asigurare. Studiile BNS arată că printre persoanele ce nu beneficiază de sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală cei mai mulți (peste un sfert) sunt cu venituri joase (prima grupă chintilică), iar în mediul rural printre aceștia se numără fiecare a treia persoană [1].

Studii în domeniu constată că variațiile în starea de sănătate a populației atât între țări, cât și printre diverse categorii, se identifică ca inegalități în domeniul sănătății, care în proporție de la 25% până la 75% sunt rezultatul nu atât al factorilor sănătății fizice, cât al factorilor sociali care sunt susceptibili la eșecurile politicilor din sferele vieții sociale, economice și de sănătate [6].

Astfel, cauzele principale ale nivelului scăzut al sănătății populației Republicii Moldova sunt:

- 1) o bună parte a populației au venituri scăzute, posibilități reduse de a menține un mod de viață sănătos (malnutriție, lipsa de odihnă, stres psihologic, abuz de alcool pentru a compensa stresul) și marginalizarea populației (șomaj, degradarea profesională și culturală);
- 2) accesibilitatea redusă a serviciilor medicale

calitative pentru păturile social vulnerabile provocată de funcționalitatea scăzută a asigurării medicale, comercializarea serviciilor medicale, prețuri ridicate pentru medicamente și servicii.

Cercetările în domeniul sănătății publice demonstrează că majoritatea țărilor europene au obținut progrese semnificative în creșterea speranței de viață și creșterea speranței de viață sănătoasă datorită combaterii bolilor cardiovasculare (așa-numită revoluție cardiovasculară), care prezintă una din cauzele principale ale mortalității populației în spațiul european, inclusiv în Republica Moldova. În prezent, mortalitatea și incidența bolilor cardiovasculare sunt în scădere în țările din nordul, sudul și vestul Europei, pe când în țările centrale și estice situația rămâne fără schimbări pozitive. Cu toate acestea, majoritatea bolilor cardiovasculare pot fi prevenite prin luarea de măsuri în ceea ce privește astfel de factori de risc, cum ar fi consumul de tutun, alimentația nesănătoasă și obezitatea, hipodinamia și consumul nociv de alcool, folosind strategii care să acopere întreaga populație.

Chiar dacă în țările europene rata de mortalitate prin afecțiuni cardiovasculare este în scădere, în prezent numărul de pacienți (bărbați și femei) cu boli cardiovasculare este în creștere. Acest paradox se datorează creșterii longevității și îmbunătățirii supraviețuirii la persoanele cu boli cardiovasculare.

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

Durata vieții mai lungă într-o stare bună de sănătate prezintă un obiectiv important pentru societățile în curs de îmbătrânire demografică. Îmbătrânirea sănătoasă nu este doar absența bolii, pentru oameni mai importantă este menținerea capacității funcționale. Dacă nu vor fi implementate politicile necesare și nu vor fi făcute investițiile adecvate în sănătatea populației pentru a facilita speranța de viață sănătoasă, pierderile pentru societate vor fi foarte mari, care vor fi greu de recuperat [8].

Ameliorarea sănătății populației prezintă un obiectiv complex ce necesită implicarea tuturor actorilor sociali din diferite domenii (ocrotirea sănătății, educație, sectorul de producție, mass-media etc.) în promovarea sănătății, responsabilizarea indivizilor pentru propria lor sănătate și gestionarea acesteia prin adoptarea unor comportamente care exclud riscurile pentru sănătate.

În prezent, unul din obiectivele principale ale politicilor de stat în domeniul sănătății constituie:

- creșterea accesibilității serviciilor medicale de calitate pentru păturile social vulnerabile;
- reducerea disparităților în mortalitatea și morbiditatea între diferite grupuri sociodemografice;

- creșterea funcționalității poliței de asigurări medicale și reducerea cheltuielilor personale (din buzunar) în totalul cheltuielilor pentru sănătate;
- combaterea bolilor cardiovasculare prin promovarea sănătății și educației pentru sănătate, implementarea unor programe destinate întregii populații cu implicarea tuturor actorilor sociali, realizarea unor parteneriate pentru dezvoltarea socială și a sănătății între diferite sectoare la nivel național și local;
- creșterea investițiilor pentru îmbunătățirea stării de sănătate printr-o abordare multi-sectorială, inclusiv alocarea suplimentară de resurse pentru educație, condițiile de muncă, locuințe și sectorul de sănătate.

Pentru îmbunătățirea statisticii naționale, disponibilitatea datelor pentru calcularea indicatorului SVS și implementarea acestuia în practică conform standardelor internaționale este necesar de a include în chestionarul CBGC întrebarea cu privire la limitarea activității în viața cotidiană a persoanelor: *În ultimele 6 luni, în ce măsură ați fost limitat în executarea activităților cotidiene din cauza unei probleme de sănătate? 1 – grav limitat, 2 – limitat, dar nu grav, 3 – nu am fost limitat.*

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

1. Cercetarea bugetelor gospodăriilor casnice. BNS, 2012-2014.
2. Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe The Euro-REVES 2 project. http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/13/suppl_3/6.full.pdf
3. Health at a Glance: Europe 2014. OECD. http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf
4. Penina O. Mortalitatea excesivă în Republica Moldova. În : Analele Institutului Național de Cercetări Economice, Chișinău, 2014, nr. 2, p.142-147.
5. Sullivan D. F. A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Reports, 1971.
6. The European health report 2012: charting the way to well-being. WHO, 2013.
7. The Minimum European Health Module. Eurostat Statistics Explained++. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Minimum_European_Health_Module_\(MEHM\)](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Minimum_European_Health_Module_(MEHM))
8. World report on aging and health. WHO, 2015, 260 p.

**Copyright © Institutul Național de Cercetări Economice, 2015
Republica Moldova, Chișinău, str. Ion Creangă 45, www.ccd.md.**

Această publicație a fost editată cu suportul financiar al Fondului ONU pentru Populație în Moldova (UNFPA). Opiniile prezentate în acest Policy Paper aparțin autorilor și nu reflectă neapărat opinia și poziția oficială a UNFPA.