

# SĂNĂTATEA POPULAȚIEI ÎN PERIOADA TRANSFORMĂRILOR SOCIALE

Dr. Lilia PLUGARU

## POPULATION HEALTH IN THE SOCIAL TRANSFORMATION PERIOD

*The article proposes to describe the health status of population of the Republic of Moldova, using both objective and subjective indicators. It will be analyzed the evolution of health status of Moldavian population in the transition period, using statistical data and sociological data provided by Independent Sociological and Information Service „OPINIA”, inclusive the results of the project “Health in Times of Transition: Trends in Population Health and Health Policies in CIS Countries”.*

Sănătatea populației este un indice integrat al dezvoltării sociale a unei țări și un element esențial al calității vieții și bunăstării la care trebuie să aspire orice ființă umană pentru a se putea realiza plenar. Pentru a trăi în condiții de viață decente. Având în vedere acest deziderat, în spațiul CSI a demarat un proiect de cercetare internațional, în cadrul Programului FP7, cu denumirea „Sănătatea în epoca tranziției: tendințe în sănătatea publică și politici în domeniul sănătății în țările CSI”. Cercetarea este coordonată de către Institutul de Studii Avansate (Austria) și include 12 parteneri.

Scopul proiectului este de a identifica tendințele pe termen lung ale stării de sănătate a populației prin prisma stilului de viață, ca rezultat al transformărilor socio-economice din ultimii ani.

Obiectivele investigației sunt: evaluarea stării de sănătate a populației, a prevalenței și incidenței factorilor de risc; elaborarea profilului comunităților (axat pe alimentație, alcool și fumat) pentru a reliefa posibilitățile și obstacolele privind modul sănătos de viață; evaluarea performanței sistemului de sănătate, accesibilitatea și calitatea serviciilor de sănătate; analiza pieței băuturilor alcoolice și a produselor de tutungerie; identificarea unor strategii privind implementarea soluțiilor eficiente care să îmbunătățească starea de sănătate a populației.

Studiul se desfășoară în perioada 2009-2013 în 9 țări post-sovietice: Rusia, Belarus, Ucraina, Moldova, Kazahstan, Kîrgîzstan, Armenia, Azerbaidjan și Georgia. Aceste țări cuprind diversități etnice, culturale, economice, politice și oferă posibilități multiple de investigare. Cercetarea este o continuare a proiectului „Condiții de trai, stil de via-

ță și sănătatea populației” din cadrul Programului COPERNICUS 2, care s-a desfășurat în 2001-2003, în aceleași țări cu excepția Azerbaidjanului.

Studiul se focusează pe evaluarea unor factori determinanți ce influențează la nivel individual și social sănătatea, așa ca: alcoolul, tutunul, alimentația și asistența medicală. Inovația studiului constă în faptul că vor fi evaluate domeniile publice care au tangențe cu sănătatea, analizându-se modul în care politicile sociale și economice, sistemul de sănătate și activitățile de promovare a sănătății au impact asupra vieții persoanelor fizice. Proiectul se implementează prin intermediul mai multor metode de cercetare: studiul gospodăriilor casnice; evaluarea rapidă cu utilizarea metodelor calitative (observația structurată, interviuri în profunzime, focus grupuri); analiza media; analiza părților interesate (stakeholder analysis); modelarea econometrică; analiza multivariată.

În Republica Moldova proiectul este realizat de către Serviciul Independent de Sociologie și Informații „OPINIA”. Până în prezent s-a realizat: studiul gospodăriilor casnice pe un eșantion de 1 800 respondenți (persoane de 18 ani și mai mult) din 83 localități; observația structurată efectuată în 30 de unități de eșantionare; șase focus grupuri (trei în Chișinău și trei în mediul rural, desfășurate separat cu tineri, femei, bărbați) și evaluarea rapidă a asistenței diabetului zaharat din perspectiva utilizatorilor (9 interviuri cu experți; 21 de interviuri cu personal medical; 27 de interviuri cu pacienți).

Unele rezultate sociologice ale acestei cercetări vor fi reflectate în acest articol.

În momentul proclamării independenței, Republica Moldova a moștenit un sistem de sănătate centralizat, bazat pe modelul Semașko. Modelul se caracteriza printr-o infrastructură excesivă cu accent primordial pe activitățile curative și un număr mare de profesioniști în domeniul sănătății. Moldova avea un sistem medical exclusiv public, susținut financiar de către bugetul de stat și coordonat de către Ministerul Sănătății. Starea îndelungă de criză economică, socială și politică a condiționat scăderea standardului de viață ca rezultat al reducerii nivelului veniturilor. Insecuritatea socială, micșorarea alocațiilor publice au contribuit la degradarea stării de sănătate a populației după anul 1990. Potrivit lui Anderson R., la degradarea stării de sănătate în fostele state comuniste după 1990 au contribuit următorii factori: calitatea foarte slabă a serviciilor medicale dinainte de 1990, subfinanțarea serviciilor de îngrijire a sănătății după 1990 [1].

În perioada de tranziție, au fost afectate șansele populației de îmbunătățire a stării de sănătate din cauza restrângerii ofertei de servicii de sănătate și reducerii alocațiilor bugetare pentru sistemul sani-

tar. Sectorul sănătății din Republica Moldova a cunoscut o reducere cu două treimi a finanțării bugetare între anii 1993 și 2003 [7, p. 86].

Potrivit informațiilor Ministerului Sănătății, bugetul consolidat al ocrotirii sănătății în anul 2010 a constituit 3 996,5 mil. lei, de 7,7 ori mai mare comparativ cu anul 2000. Contribuția bugetului de stat în finanțarea sistemului de sănătate în anul 2010 a fost de 2 440,6 mil. lei, ceea ce formează 61,1% din cuantumul surselor financiare alocate ocrotirii sănătății.

Cota-parte a cheltuielilor publice, alocate pentru sănătate (% din PIB), a înregistrat cel mai mic nivel în anul 2000 și a constituit 2,9% față de 6,7% în anul 1996, ulterior sporind până la 6,4% în anul 2009 (Tabelul 1). Deși în ultimii ani acumulările în bugetul consolidat pentru sănătate s-au majorat, acestea încă nu asigură suficient necesarul de servicii medicale și nu pot contribui substanțial la îmbunătățirea situației. Principalii indicatori care descriu starea de sănătate a unei populații sunt: speranța de viață la naștere, rata mortalității infantile, rata mortalității, mortalitatea pe cauze de deces, morbiditatea populației etc.

Speranța de viață la naștere reprezintă cel mai important indicator utilizat în evaluarea stării de sănătate și a nivelului de dezvoltare. El reflectă „destul de fidel efectul îngrijirii medicale acumulate de-a lungul mai multor generații, depinzând de un complex de factori legați de dezvoltarea economică, nivelul de trai, tradițiile culturale în ceea ce privește tratamentul medical” [9, p. 80].

Creșterea semnificativă a mortalității la începutul anilor 1990 a determinat diminuarea duratei medii a vieții. Deși speranța de viață în Republica Moldova este redusă, aceasta a crescut de la 45 de ani (în 1940) la 68,5 ani în 1990, urmând să atingă cifra de 77 de ani către 2050 [4, p. 152]. În perioada de tranziție, cel mai scăzut nivel al acestui indicator s-a înregistrat în 1995, fiind de 65,8 ani, inclusiv: la bărbați – 61,8 ani, la femei – 69,7 ani (Tabelul 2). Micșorarea mortalității infantile și mortalității în vârstă aptă de muncă au influențat pozitiv speranța de viață la naștere, începând cu 1996 acest indicator fiind în creștere. Speranța de viață la naștere pentru femei este mai de lungă durată decât la bărbați, din cauza mortalității premature a bărbaților. Mediul rural/urban, condițiile de trai și de muncă, de asemenea, sunt factori importanți ai longevității.

În Republica Moldova, speranța de viață la naștere este mai ridicată în mediul urban față de mediul rural. În mediul rural, unde condițiile de trai sunt mai puțin satisfăcătoare, iar cea mai mare parte a vieții este petrecută în munci fizice istovitoare, speranța de viață la naștere este mai mică.

Speranța de viață a înregistrat și tendințe pozitive. Totuși, făcând referire la datele Organizației Mondiale a Sănătății, acest indicator este unul din cei mai joși de pe continentul european, fiind aproximativ cu 10 ani mai mic decât media din țările Uniunii Europene (79,5 ani în 2008) și cu 1,35 ani mai mare comparativ cu țările CSI [5, p. 10], ceea ce denotă necesitatea intensificării măsurilor profilactice primare și secundare pentru combaterea bolilor care constituie principalele cauze de deces: cardiovasculare, oncologice, digestive, traumatismele etc.

Rata mortalității infantile reprezintă un indicator complex al stării de sănătate a populației, reflectând eficacitatea sistemului ocrotirii sănătății și accesul la asistența medicală necesară.

Analizând dinamica nivelului mortalității infantile după 1990, identificăm, că o cotă maximă a fost înregistrată în anul 1994 și constituia 23,9%. Prin promovarea politicilor active de sănătate, în ultimii ani se atestă o tendință de descreștere a ratei mortalității infantile. Mortalitatea infantilă în perioada 2000-2010 a scăzut de la 18,4 la 1 000 de născuți vii la 11,7, acest indicator fiind mult mai înalt, totuși, în raport cu țările Uniunii Europene (4,3% în 2009). În structura mortalității infantile, prevalează următoarele cauze de deces: afecțiunile de origine perinatală (39,9%), malformațiile congenitale, deformațiile și anomaliile cromozomiale (29,4%), bolile aparatului respirator (13,4%), accidentele, intoxicațiile și traumele (6,5%) – date pentru 2010.

Rata mortalității în Republica Moldova a crescut de la 6,4 decedați la 1 000 de locuitori în anul 1960 la 9,7 la 1000 de locuitori în anul 1990 și a rămas constantă – de aproximativ 11 decedați la 1 000 de locuitori în perioada 1990-2001, cu excepția anului 1995. În următorii ani rata mortalității a constituit circa 12%. Totuși, rata mortalității este mai mică în raport cu media în țările CSI (13% în 2008, față de 11,8% în Moldova), dar mai înaltă decât media în UE (9,7%) [5, p. 12]. În perioada transformărilor

*Tabelul 1*

### Cheltuieli pentru ocrotirea sănătății în anii 2000-2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Milioane lei	471,9	542,3	792,3	935,7	1340,3	1572,4	2111,8	2628,6	3391,4	3846,9	3996,6
% din PIB	2,9	2,8	3,5	3,4	4,2	4,2	4,7	4,9	5,4	6,4	5,6

Sursa: Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. <http://statbank.statistica.md/pxweb/Dialog/Saves-how.asp>

Speranța de viață la naștere în anii 1995 -2010, ani

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Total</b>	<b>65,8</b>	<b>67,6</b>	<b>68,2</b>	<b>68,1</b>	<b>68,1</b>	<b>68,4</b>	<b>67,8</b>	<b>68,4</b>	<b>68,8</b>	<b>69,4</b>	<b>69,3</b>	<b>69,1</b>
Femei	69,7	71,2	71,7	71,7	71,6	72,2	71,7	72,2	72,6	73,2	73,4	73,4
Bărbați	61,8	63,9	64,5	64,4	64,5	64,5	63,8	64,6	65,0	65,5	65,3	65,0
Rural	64,6	66,8	67,3	67,1	67,1	67,4	66,5	67,2	67,8	68,2	68,0	67,4
Urban	67,3	68,8	69,6	69,7	69,8	70,4	70,0	70,4	70,5	71,2	71,5	72,0

Sursa: Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. www.statistica.md.

sociale, coeficientul mortalității s-a mărit substanțial, ceea ce a plasat republica la nivelul anilor 1950. Cel mai înalt nivel se înregistra în 1955 și constituia 12,2 decese la 1 000 de locuitori.

Potrivit Biroului Național de Statistică, în anul 2010 au decedat 43 631 persoane, cu 1 492 persoane (3,5%) mai mult comparativ cu anul 2009, rata mortalității generale constituind 12,3 decedați la 1 000 de locuitori.

Creșterea ratei mortalității în Republica Moldova nu e cauzată de mortalitatea sporită a vârstnicilor, așa cum ar fi de așteptat ca urmare a ponderii mari a populației în etate, ci de alți factori, cum ar fi: creșterea mortalității copiilor și tinerilor; creșterea numărului de omucideri și sinucideri; scăderi în reglementările securității muncii; sporiri ale bolilor generate de alcool și o capacitate, în general, redusă a sistemului medical care duce la moartea handicapaților în urma bolilor și accidentelor care, în condițiile unui sistem medical mai adecvat, nu ar trebui, în mod normal, să fie fatale. Cele mai frecvente cauze ale morții sunt bolile neinfecțioase. Tot acestea provoacă de cele mai multe ori morbidități, dezabilitați și decese premature în Republica Moldova.

Structura mortalității pe clase ale cauzelor de deces practic nu s-a schimbat: analogic anilor anteriori, cele mai multe decese (56,2%) au drept consecință bolile aparatului circulator, urmate de tumori (13,1%), bolile aparatului digestiv (10,0%), acci-

dentele, intoxicațiile și traumele (8,5%), bolile aparatului respirator (5,6%) – date pentru 2010. Mortalitatea masculină, specificată pe cauze de deces, diferă de cea feminină. „Supramortalitatea masculină” a fost de 3,5 ori mai mare în cazul accidentelor, intoxicațiilor și traumelor, de 4,4 ori – a maladiilor infecțioase și parazitare, de 2,0 ori – a bolilor aparatului respirator și de 1,3 ori – a tumorilor. „Supramortalitatea feminină” s-a înregistrat numai în cazul bolilor aparatului circulator (de 1,2 ori) [3].

Morbiditatea populației constituie indicatorul complex al stării de sănătate cel mai greu de calculat, deoarece nu sunt diagnosticate toate stările de boală pentru întreaga populație. Pentru unele boli, în special, cele din categoria cronic-degenerative, populația nu apelează în toate cazurile la medic, astfel lipsind o informație statistică integrală.

Analiza datelor statistice arată că incidența generală a morbidității înregistrată în Republica Moldova în anul 2010 a fost în descreștere cu 144,3 de cazuri la 10 000 de locuitori, iar prevalența generală a morbidității în 2010 a înregistrat o creștere contabilizată în valoare de 46,5 de cazuri la 10 000 de locuitori [5, p. 16].

Principalii indicatori statistici privind sănătatea indică asupra unei îmbunătățiri modeste a sănătății populației în ultimii ani. Un aspect important în acest domeniu este aprecierea subiectivă a stării de sănătate. Potrivit unor autori, evaluarea propriei

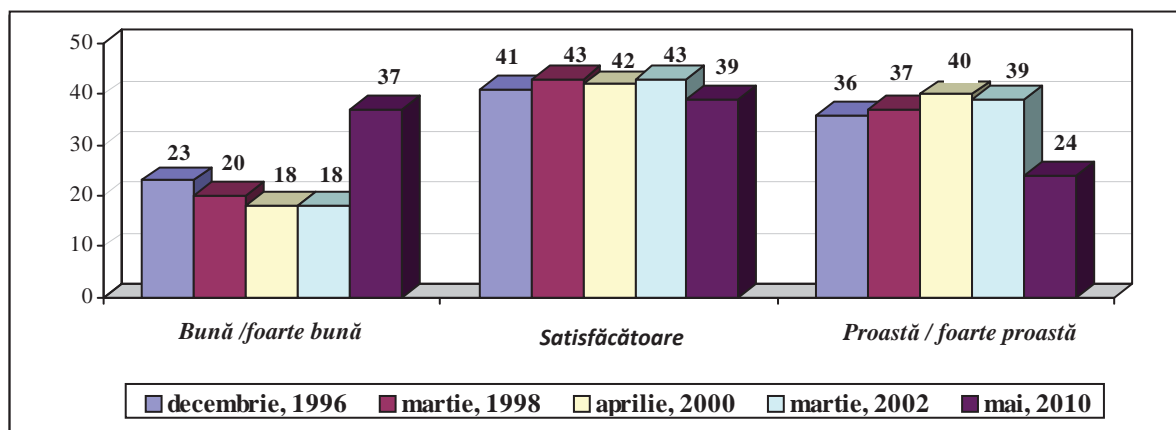


Figura 1. Starea sănătății populației republicii în anii 1996-2010, %

Sursa: SISI „Opinia”, Monitoringul sociologic „Barometrul societății”, Eșantioane – 1000-2000 de respondenți

stări de sănătate reprezintă un indicator de rezultat, care reflectă, în același timp, starea personală de sănătate, precum și așteptările privind starea de sănătate [8].

Rezultatele cercetărilor sociologice, realizate în Republica Moldova de către OPINIA în primii zece ani de tranziție în baza eșantioanelor naționale, arată că doar ceva mai mult de jumătate din populație își autoapreciază starea de sănătate cu calificativul bună / foarte bună (circa 20%) și satisfăcătoare (41-43%), iar circa 40% din cetățenii țării și-au estimat starea sănătății ca fiind proastă sau foarte proastă (Figura 1). În ultimii ani, datele indică o îmbunătățire a percepției asupra stării de sănătate.

40,8% din populația din mediul urban și 33,7% din mediul rural își evaluează starea de sănătate drept preponderent bună și foarte bună. Totodată, locuitorii din mediul rural își estimează în proporție de 27,4% starea de sănătate ca fiind proastă sau foarte proastă, comparativ cu 18,9% în cazul populației din mediul urban.

Studiile arată că există diferențe în ceea ce privește sănătatea femeilor și bărbaților. Deși femeile au, în general, o speranță de viață mai ridicată decât bărbații, ele sunt mai predispuse la boli de scurtă durată și boli cronice, în timp ce bărbații sunt mai predispuși la boli fatale (cardiovasculare). Inegalitățile de sex în ceea ce privește sănătatea provin atât de la diferențele fiziologice, cât și de la cele care țin de modul de viață [6, p. 4].

Satisfacția pentru starea de sănătate este strâns asociată cu evaluarea propriei stări de sănătate și cu autopercepția existenței unei boli cronice sau dizabilități. Persoanele care își evaluează negativ starea de sănătate sunt mai puțin satisfăcute de propria sănătate. Satisfacția față de sănătate este relaționată și cu factorii care determină starea de sănătate, precum și evaluarea acesteia: sexul, vârsta, nivelul educațional, statutul ocupațional și nivelul venitului [6, p. 24].

Rezultatele studiilor sociologice întreprinse de OPINIA atestă că diferențele de sex în evaluarea stării de sănătate sunt semnificative sub aspect statistic, ponderea femeilor nemulțumite de propria sănătate este mai mare, decât cea a bărbaților. Explicația constă în faptul că femeile petrec mai mult timp într-o stare de boală [1], după cum dovedesc și indicatorii obiectivi. „Sarcina și copiii pot avea o influență negativă asupra stării de sănătate și asupra numărului de zile petrecute în incapacitate de a avea o viață de muncă și socială activă” [8, p. 142]. Gradul de mulțumire al populației treptat sporește invers proporțional vârstei și oscilează de la 23% la persoanele în vârstă de peste 60 ani până la 80% la tinerii sub 30 de ani și viceversa, bătrânii fiind mai nemulțumiți de starea lor de sănătate (Tabelul 3).

Analizând starea de sănătate în corelație cu veniturile populației, constatăm că odată cu îmbunătățirea stării financiare crește și gradul de mulțumire a populației de propria sănătate.

*Tabelul 3*

**Gradul de mulțumire al populației de propria sănătate, în funcție de sex, vârstă și venit, %**

	LLH, 2002		World Poll, 2007		World Poll, 2011	
	Mulțumit	Nemulțumit	Mulțumit	Nemulțumit	Mulțumit	Nemulțumit
<b>Total</b>	<b>54,4</b>	<b>43,2</b>	<b>55,9</b>	<b>43,0</b>	<b>58,1</b>	<b>39,7</b>
<b>Sex</b>						
Femei	55,6	44,4	51,9	46,9	56,6	42,2
Bărbați	61,3	38,7	61,0	38,1	60,1	36,4
<b>Vârstă</b>						
18-29 ani	78,7	21,3	79,5	19,4	80,1	16,9
30-39 ani	72,9	27,1	67,0	30,7	64,6	32,0
40-49 ani	58,4	41,6	55,3	44,1	62,5	35,8
50-59 ani	51,9	48,1	44,2	54,3	35,8	63,1
60 și mai mult	26,8	73,2	23,5	76,5	28,8	70,5
<b>Venit</b>						
Venitul nu ne ajunge nici pentru strictul necesar	39,0	61,0	42,6	55,5	36,7	60,8
Venitul ne ajunge doar pentru strictul necesar	62,4	37,6	52,1	46,7	49,5	49,5
Venitul ne ajunge pentru un trai decent	77,1	22,9	63,7	35,6	62,7	34,8
Venitul ne permite să trăim confortabil	81,3	18,8	78,9	21,1	78,1	18,2

Sursa: SISI „Opinia”. Eșantioane – 1000-2000 de respondenți

\*Diferența până la 100% reprezintă – „îmi vine greu să răspund / refuz”.



În opinia membrilor focus-grupurilor, principalii factori care influențează starea sănătății în Moldova sunt: sărăcia, alimentația nesănătoasă, consumul de alcool, fumatul, inactivitatea fizică și stresul. A mai fost menționat și accesul la medicamente calitative (foarte multe medicamente sunt contrafăcute, ceea ce influențează negativ sănătatea populației, în loc să te tratezi, te îmbolnăvești. Chișinău, FG bărbați); starea mediului înconjurător (... mașini sunt în fiecare ogradă... Acum absolut totul se stropește cu chimicale. Mediul rural, FG femei); condițiile de muncă și de trai (... mulți lucrează peste normă. Cei de la sat lucrează mult la pământ. ... la oraș, unii sunt nevoiți să lucreze la 2-3 servicii pentru a-și asigura un trai decent. ... totuși la sat oamenii sunt mai chinuți .... Nu sunt condiții ca persoanele să-și păstreze sănătatea, de aceea oamenii din sat sunt mai bolnavi. Mediul rural, FG femei) etc.

Sănătatea nu este prioritară pentru marea majoritate a moldovenilor (Perioada de tranziție s-a prelungit, societatea e stresată, oamenii sunt preocupați de existență, iar sănătatea rămâne pe planul doi. Chișinău, FG bărbat; Eu dacă mă îmbolnăvesc nu merg la medic, de obicei, cred că o să treacă de la sine, doar dacă mă îmbolnăvesc grav, atunci pot să mă duc. Mediul rural, FG tineri) care apelează la medic, de regulă, în situații critice, iar în cazul unor afecțiuni minore preferă să se trateze acasă. Potrivit rezultatelor studiului „Sănătatea în epoca tranziției”, populația republicii, în cazul durerilor de cap, obișnuiește să se trateze de sine stătător, procurând medicamente din farmacie fără rețeta medicului (41%) sau utilizează remedii pregătite în condițiile casnice (22,7%). În cazul scăderii nedorite în greutate doar 49,4% din populație ar merge la medic, 10,6% s-ar trata singuri cu remedii pregătite în condițiile casnice, iar 24,6% nu ar face nimic. Populația investigată este mai dispusă să apeleze la medic sau să-l solicite la domiciliu în cazul apariției sângelui în spută (89,1%), vomei mai mult de 2 zile (79,4%), persistenței febrei mai mult de trei zile (79,2%) și a dificultăților de respirație (77,7%).

Comparativ cu rezultatele studiului „Condiții de trai, stil de viață și sănătatea populației”, desfășurat în 2002, astăzi gradul de conștientizare a necesității de a apela la un specialist, atunci când au probleme de sănătate, s-a majorat considerabil. Dacă în 2002 doar 20,9% dintre respondenți au afirmat că o tuse puternică i-ar determina să meargă la medic, atunci în 2010 cota acestora constituia 56,1%, în cazul unei dureri în cavitatea abdominală în 2002 ar fi apelat la medic 34,6%, iar în 2010 – 69,7%.

Această situație se datorează, nu în ultimul rând, și îmbunătățirii gradului de mulțumire a populației privind accesul la asistența medicală de calitate,

deși acesta rămâne a fi încă nesatisfăcător. Analizând rezultatele studiilor sociologice, realizate până la implementarea reformei în sănătate, constatăm că în anul 2002 cota populației nemulțumite de accesul la sistemul sanitar constituia 77%, față de 51% în 2010.

Indicatorii obiectivi, precum și cei subiectivi, situează Republica Moldova printre statele din regiune cu o sănătate nesatisfăcătoare. În primii ani de tranziție, mai mulți factori au contribuit la deteriorarea sectorului sanitar cum ar fi: finanțarea insuficientă, lipsa unui sistem de asigurări de sănătate eficient, tehnologia învechită, salariile mici, corupția, accesul limitat la servicii și la medicamente de calitate. Reformarea sectorului de ocrotire a sănătății, prin modernizarea sistemului medical, dezvoltarea serviciilor private de sănătate etc. contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Însă pentru a deveni un suport al dezvoltării durabile este necesar de a interveni prin politici sociale concordate cu creșterea nivelului de dezvoltare economică a țării.

#### Bibliografie

1. Alber J., Köhler U. Health and care in an enlarged Europe. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Commission, 2004. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2003/107/en/1/ef03107en.pdf>.
2. Anderson R. Health and health care. In Fahey T., Maître B., Whelan Ch., etc. Quality of life in Europe. First European Quality of Life Survey 2003, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004, p. 55-62. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2004/105/en/1/ef04105en.pdf>.
3. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Mortalitatea generală după principalele clase ale cauzelor de deces în anul 2010. <http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=3384>
4. Danii T. Republica Moldova în spațiul de tranziție și costul social al reformelor. Analiză și evaluare sociologică a calității vieții. Chișinău, Editura Pontos, 2004.
5. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Raport anual în sănătate 2010. Chișinău, 2011.
6. Pop C-E. Starea de sănătate a populației României în contextul european. O abordare din perspectiva calității vieții. În Calitatea vieții, XXI, nr. 3-4, 2010, p. 274-305.
7. Plugaru L. Capitalul uman în contextul transformărilor sociale. Chișinău, Editura UASM, 2008.
8. Precupețu I. Evaluări ale protecției sociale și îngrijirii sănătății. În Mărginean I., Precupețu I. (coord.). Calitatea vieții și dezvoltarea durabilă. Politici de întărire a coeziunii sociale. București, Editura Expert – CIDE, 2008, p. 137-146.
9. Voicu B. Penuria pseudo-modernă a postcomunismului românesc. Volumul II: Resursele. Iași, Editura Expert Projects, 2005.