

SPERANȚA DE VIAȚĂ SĂNĂTOASĂ – INDICATORUL INTEGRAL DE EVALUARE A SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI

HEALTHY LIFE EXPECTANCY AS AN INTEGRATED INDICATOR OF POPULATION HEALTH ASSESSMENT

Olga GAGAUZ, *doctor habilitat în sociologie,*

Cristina AVRAM, *cercetător științific,*
Institutul Național de Cercetări Economice al AȘM

Summary

Earlier studies on long-term mortality trends by cause in Moldova showed the stagnation in life expectancy at birth over the last half century at the expense of a considerable decline in infant and child mortality on the one hand and a continuing mortality crisis among the adult population on the other. However, the health status of the population and number of years lived in good health, which represent an important decisive factor for policy makers, have not yet been studied for this country. In this article, the healthy life expectancy in terms of either good or poor health was estimated based on the Household Budget Survey data about the self-perceived health for 2013 and the abridged life tables, by applying the Sullivan method. Some results of the study show that at age 65-69 years, Moldovan males are expected to live on average 12 years, while only 8 years will be spent in „very good and good” and “fair” health status. Moldovan females of the same age group have an average life expectancy of 16 years, of which 9 years will be spent in “very good and good” and “fair” health status. The healthy life expectancy is higher for women than men, for the population from urban area than rural area, and the poor health state increases with age.

Key-words: *healthy life expectancy, self-perceived health, Sullivan method.*

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, deși există mari inegalități în acest aspect, atât între țările europene, cât și în interiorul acestora. 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, deși diferența dintre țările cu cele mai mari și cele mici valori ale acestui indicator oscilează în jur de opt ani. În două treimi din țările UE speranța de viață la naștere depășește 80 de ani. În topul acestui grup sunt Spania, Italia și Franța. Valorile sub 80 de ani ale speranței de viață se înregistrează în țările din Europa Centrală și de Est, precum și în cele trei Țări Baltice [7].

Republica Moldova ocupă unul din ultimele locuri în clasamentul european la indicatorul speranța de viață la naștere, ce constituia 71,8 ani în 2013 pentru ambele sexe, iar după anul 1990 a crescut cu aproximativ 4 ani. Pe parcursul ultimelor trei decenii, valorile acestui indicator în țările occidentale este în continuă creștere, de exemplu, în Franța a crescut de la 8 ani la bărbați și 9 ani la femei în 1980, până la 14 și 12 ani, respectiv, în 2012 [12].

Speranța de viață la naștere pentru anii calendaristici măsoară cât timp, în medie, oamenii vor trăi, dacă ratele specifice de mortalitate pe vârste vor rămâne la nivelul anului respectiv. Cu toate că rata de deces la vârste diferite nu poate fi cunoscută din timp și în

cazul în care acestea sunt în scădere, durata de viață reală va fi, în medie, mai mare decât speranța de viață calculată în baza ratelor specifice de mortalitate curente.

În trecut, creșterea speranței de viață la naștere a fost considerată un indicator relativ precis de semnalare a îmbunătățirii sănătății populației. Mai târziu, când speranța de viață la naștere a depășit 70 de ani, au apărut discuții cu privire la faptul dacă prelungirea vieții umane nu este doar adăugarea de ani petrecuți în stare de sănătate rea, asociate cu boală/maladii cronice. Menținerea unei corelații statistice între mortalitate și morbiditate a început să slăbească în țările avansate, ceea ce a contribuit la dezvoltarea cadrului teoretic cu privire la dinamica conexiunilor dintre creșterea speranței de viață și starea de sănătate a indivizilor. În acest sens au fost formulate trei teorii (scenarii) ale relației istorice dintre mortalitate și morbiditate: 1) teoria comprimării morbidității/dizabilității (J. Fries), care susține că reducerea intensității mortalității este însoțită de o îmbunătățire a stării de sănătate [3, 4, 5]; 2) teoria extinderii morbidității/dizabilității dezvoltată de E. Gruenberg [6], M. Kramer [9], S. Olshansky și alții [11], care argumentează că anii suplimentari apăruiți din creșterea speranței de viață la vârstele înaintate sunt petrecute în principal în stare precară de sănătate; 3) teoria echilibrului dinamic (K. Manton) susține ideea că ponderea anilor suplimentari de viață petrecuți în morbiditate din totalul anilor suplimentari de viață nici nu crește și nici nu scade, iar prevalența crescută a morbidității se referă preponderent la stări de sănătate mai puțin severe [10].

B. Sanders [15] a înaintat conceptul speranței de viață sănătoasă, care a fost introdus în circuitul științific de către D. Sullivan [16] prin publicarea primului exemplu de calculare a acestuia. Acest indicator măsoară numărul de ani trăiți în stare bună de sănătate, fiind calculat în baza tabelelor de mortalitate, prin îmbinarea metodelor demografice clasice și a datelor din sondajele sociologice ce includ întrebări cu privire la autoaprecierea stării de sănătate. Astfel, metodologia propusă permite generarea estimărilor speranței de viață în diferite stări de sănătate, indicatorul a fost numit “speranța de viață sănătoasă” (Health-adjusted life expectancy/Healthy Life Expectancy - HALE) sau speranța de viață fără limitări și dizabilități (Disability Free Life Expectancy - DFLE).

În prezent, acest indicator este utilizat pe larg și promovat de OMS și subdiviziunile europene ale acesteia în calitate de instrument pentru monitorizarea situației în domeniul sănătății populației în diferite țări, dinamica acesteia și elaborarea recomandărilor practice ce țin de ameliorarea sănătății populației și perfecționarea sistemelor de ocrotire a sănătății.

Conform estimărilor OMS pentru anul 2012, speranța de viață sănătoasă în Republica Moldova constituia 63 de ani, având valoare similară cu Ucraina, însă cu trei ani mai mică decât în România și cu 10 ani decât în Italia și Franța (*Fig. 1*).

În prezent, conceptul speranța de viață sănătoasă este utilizat în cercetările științifice, oferind un spectru larg de informații cu privire la dinamica acestui indicator în diferite țări, diferențele înregistrate pe medii de reședință, în funcție de grupurile sociodemografice etc. În Republica Moldova, până în prezent nu au fost realizate cercetări în acest domeniu, de asemenea, țara nu a constituit obiectul de investigație pentru cercetători străini.

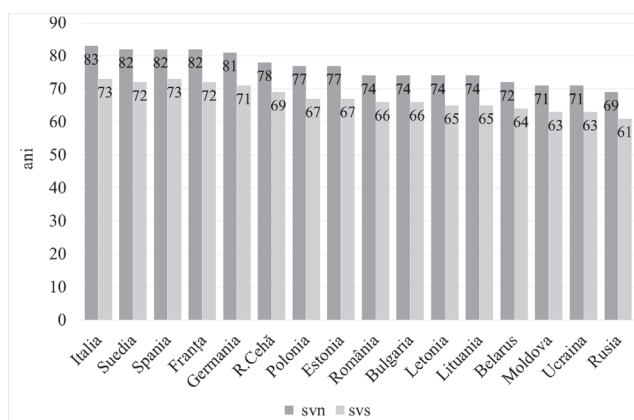


Fig. 1. Speranța de viață la naștere (svn) și speranța de viață sănătoasă (svs) în unele țări europene, anul 2012

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

În articolul de față sunt prezentate rezultatele cercetării ce țin de aprobarea metodologiei de calculare a indicatorului speranța de viață la naștere pentru Republica Moldova prin metoda lui D. Sullivan. În acest scop au fost elaborate tabelele de mortalitate pentru femei și bărbați aparte, inclusiv pentru populația totală și pe medii de reședință (urban/rural), pentru grupuri de vârstă cincinale în baza datelor cu privire la mortalitatea populației pentru anul 2013. De asemenea, au fost utilizate rezultatele studiului sociologic Cer-

cetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice realizat de BNS, care conține informații cu privire la autoaprecierea sănătății (anul 2013). Întrebarea din chestionar ”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. Trebuie de menționat, această întrebare simplă este utilizată în anchetele sociologie din întreaga lume după anii 1950, când a cunoscut dezvoltare cercetările ce țin de prognozarea mortalității și apariția tulburărilor funcționale severe. 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 și în întreaga lume [2].

Răspunsurile respondenților la această întrebare au fost divizate în două părți: speranța de viață sănătoasă fiind calculată în baza autoaprecierilor stării de sănătate foarte bună, bună și satisfăcătoare, respectiv speranța de viață în stare de sănătate rea a cuprins autoaprecierile sănătății ca rea și foarte rea. A fost utilizată și gruparea în trei părți: 1) aprecierea sănătății ca foarte bună și bună, 2) satisfăcătoare, 3) rea și foarte rea, respectiv, speranța de viață în funcție de starea sănătății a fost măsurată în numărul de ani trăiți într-o stare de sănătate foarte bună și bună, satisfăcătoare, rea și foarte rea. Calculele au fost realizate pentru grupe cincinale de vârstă începând cu 15-19 ani și încheind cu grupa 75 de ani și peste.

Evident că cel mai important factor determinant al stării de sănătate este de vârstă, ce la rândul său condiționează faptul cât de bine oamenii își evaluează propria sănătate. Pe măsura îmbătrânirii, declarațiile respondenților cu privire la sănătate capătă o conotație negativă, proporția celor care își apreciază starea lor de sănătate ca rea și foarte rea începe să fie mai semnificativă. Cu toate acestea, până la vârsta cuprinsă între 60-64 de ani circa

80% din bărbați își apreciază subiectiv sănătatea lor în termeni pozitivi (ca foarte bună/bună sau satisfăcătoare), după vârsta de 65 de ani proporția celor care au declarat starea de sănătatea ca rea și foarte rea se majorează substanțial, constituind circa o treime în grupul de vârstă 65-69 de ani și 43,7% în cel de 75 de ani și peste (Fig. 2).

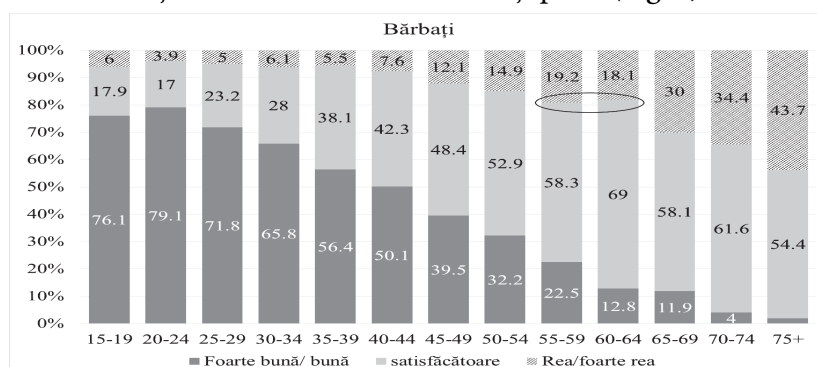


Fig. 2. Autoaprecierea sănătății pe grupe de vârstă, bărbați, 2013

Sursa: BNS, Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice.

În comparație cu bărbații, la femei aprecierile pozitive ale propriei sănătăți au un grad mai scăzut, proporția similară (circa 80%) a femeilor cu aprecieri pozitive a sănătății (ca foarte bună/bună sau satisfăcătoare) se înregistrează în vârstă cuprinsă între 55-59 de ani (cu cinci ani mai devreme decât bărbați). Astfel, după vârstă de 60 de ani proporția celor care își apreciază sănătatea ca rea și foarte rea este în creștere semnificativă, constituind o treime în grupul de vârstă 65-69 de ani și 53,4% în vârstă de 75 de ani și peste (Fig. 3).

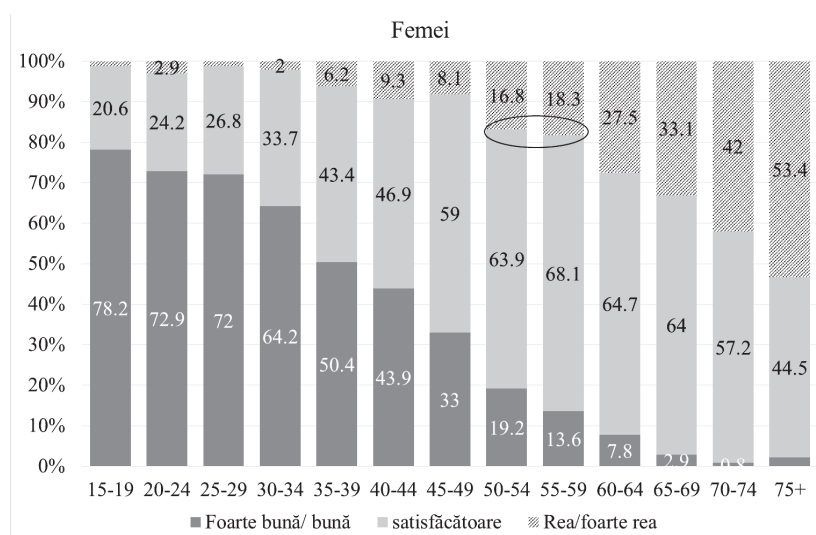


Fig. 3. Autoaprecierea sănătății pe grupe de vârstă, femei, 2013

Sursa: BNS, Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice.

Autoaprecierea sănătății de către populația țărilor europene este semnificativ mai înaltă. De exemplu, în Republica Cehă doar 27% dintre bărbați și 25% dintre femei cu vârste cuprinse între 75-79 de ani descriu starea lor de sănătate ca rea și foarte rea [14].

Rezultatele obținute prin aplicarea metodei lui D. Sullivan demonstrează că speranța de viață în grupul de vârstă 15-19 ani constituie 57,7 ani pentru totalul populației, din care 48,8 vor fi trăiți în stare de sănătate foarte bună, bună și satisfăcătoare (84,7% din timp). Deși proporția anilor trăiți într-o stare de sănătate bună pe medii de reședință urban/rural nu diferă semnificativ (respectiv, 84,8% și 84,5%), valorile speranței de viață și speranței de viață sănătoasă în mediul rural sunt mai mici, constituind 55,5 și 46,9 ani *versus* 59,8 și 50,7 în mediul urban. Vârsta este un factor determinant al stării de sănătate, iar de vârstă depinde modul în care este evaluată sănătatea. Odată cu înaintarea în vârstă problemele de sănătate se întesesc, determinând scăderea semnificativă a timpului trăit în stare de sănătate bună, în special în grupele de vârstă după 60 de ani, doar circa jumătate din anii rămași de viață vor fi trăiți într-o stare de sănătate bună (Tabelul 1).

Tabelul 1. Speranța de viață și speranța de viață sănătoasă, pe medii de reședință, anul 2013

Vârsta	Total populație			Mediu urban			Mediul rural		
	SV*	SVS*	SVS/SV, în %	SV	SVS	SVS/SV, în %	SV	SVS	SVS/SV, în %
15-19	58.1	49.2	84.6	60.7	51.4	84.7	56.6	47.7	84.3
20-24	53.2	44.5	83.5	55.8	46.7	83.7	51.7	42.9	83.0
25-29	48.4	39.8	82.2	50.9	41.9	82.3	46.9	38.3	81.7
30-34	43.6	35.1	80.5	46.1	37.2	80.6	42.1	33.7	80.0
35-39	38.9	30.5	78.4	41.3	32.5	78.6	37.5	29.2	78.0
40-44	34.3	26.1	76.1	36.8	28.1	76.3	32.9	24.9	75.7
45-49	29.9	22.0	73.5	32.2	23.8	73.8	28.6	20.9	73.0
50-54	25.8	18.1	70.3	28.0	19.8	70.8	24.5	17.1	69.6
55-59	21.9	14.7	67.1	23.9	16.2	68.0	20.7	13.7	66.0
60-64	18.2	11.5	63.0	20.1	12.9	64.3	17.3	10.6	61.7
65-69	15.1	8.8	58.3	16.9	9.9	59.0	14.3	8.2	57.4
70-74	12.0	6.5	53.9	13.6	7.2	53.0	11.2	6.1	54.1
75+	9.6	4.8	49.6	11.1	5.2	46.9	8.9	4.6	51.9

*SV– speranța de viață; SVS – speranța de viață sănătoasă;

Sursa: calculele autorilor în baza datelor BNS, Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice (2013).

În funcție de sexe, se înregistrează discrepanțe semnificative, speranța de viață la bărbați (53 ani la vârsta 15-19 ani) este estimată a fi mai scăzută decât la femei (61,1 ani la vârsta 15-19 ani), deși femeile au o viziune mai critică asupra sănătății proprii. Chiar și în cele mai tinere grupuri de vârstă (15-19 și 20-24 de ani) proporția timpului estimat trăit într-o stare de sănătate bună și foarte bună la femei este remarcabil mai scăzută decât la bărbați: 37-33% *versus* 46-43%. Totodată, conform autoaprecierilor stării de sănătate, timpul trăit într-o stare satisfăcătoare de sănătate se estimează pentru aceleași grupuri de vârstă a fi mai mare pentru femei - 46-48% și mai mic pentru bărbați - 40-42%. Femeile vor trăi peste 65 de ani, mai mult decât bărbații, dar într-o stare de sănătate rea și foarte rea - circa 50% din timp. Având speranța de viață mai scăzută după vârsta de 65 de ani, circa 60% din timp bărbații vor trăi într-o stare de sănătate satisfăcătoare (Fig.4)

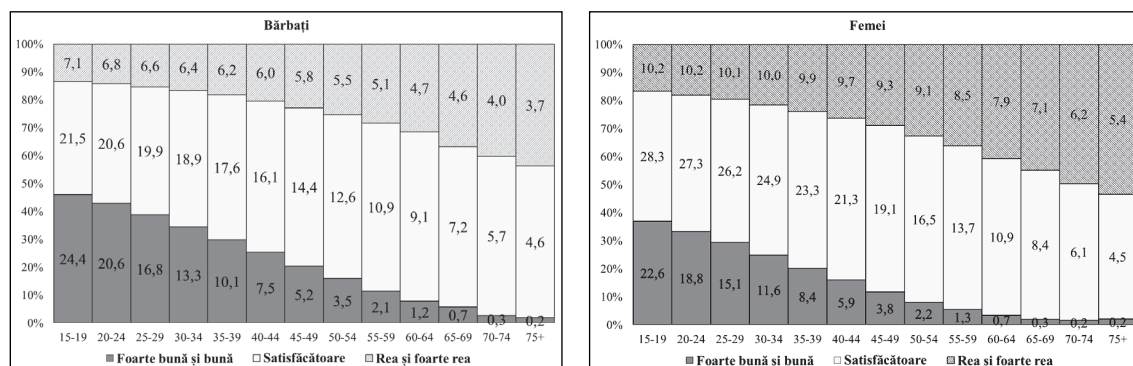


Fig. 4. Anii și proporția timpului trăiți într-o stare de sănătate diferită, pe sexe, populația totală, 2013

Sursa: calculele autorilor în baza datelor BNS, Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice (2013).

Bărbații mai frecvent își apreciază propria lor sănătate ca fiind bună și foarte bună, pe când femeile mai degrabă își apreciază sănătatea ca fiind satisfăcătoare, rea sau foarte rea. Astfel, ceea ce ține de aprecierea sănătății ca fiind în stare satisfăcătoare, discrepanța dintre femei și bărbați este mare, dar cu cât persoanele avansează în vârstă, cu atât valorile acestui indicator se apropie.

Pe medii de reședință urban/rural de asemenea se înregistrează un decalaj semnificativ în ceea ce privește speranța de viață și speranța de viață sănătoasă (Fig.5). Cu speranța de viață la vârstă de 15-19 ani estimată la 56,5 ani pentru bărbații din mediul urban și 52,7 ani pentru cei din mediul rural numărul de ani trăiți într-o stare de sănătate bună și foarte bună are valori similare (*urban_svs*, *rural_svs*), cu toate că proporția acestora în speranța de viață este diferită. Începând cu grupul de vârstă de 60-64 de ani, numărul și proporția anilor trăiți în stare bună și foarte bună sunt minime. Numărul anilor trăiți în stare de sănătate rea și foarte rea (*urban_svn*, *rural_svn*) se modifică foarte puțin în funcție de vârstă bărbaților cu diferențe nesemnificative pe medii sociale, pe când proporția acestora crește cu înaintare în vârstă, obținând proporții similare între 70 și 74 de ani (circa 36%).

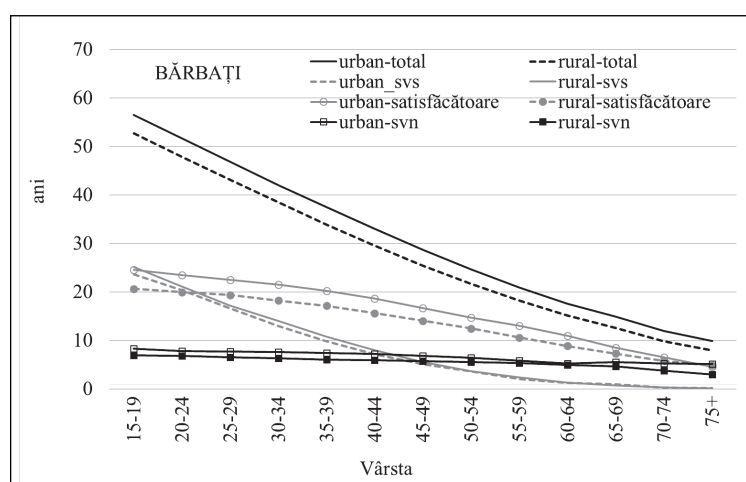


Fig. 5. Anii trăiți într-o stare de sănătate diferită, bărbați, urban/rural, 2013

Sursa: calculele autorilor în baza datelor BNS, Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice (2013)

Faptul că bărbații din mediu urban își apreciază sănătatea mai critic a determinat proporția mai crescută a anilor trăiți într-o stare de sănătate satisfăcătoare, care începând cu vârsta de 30-34 de ani obține valori mai mari de 50%, pe când la bărbații din mediul rural această proporție se estimează în vârstă de 35-39 de ani, deci cu un lag de cinci ani. La bărbații din mediul urban numărul de ani trăiți în stare de sănătate satisfăcătoare în structura speranței de viață domină în toate grupurile de vârstă, pe când la cei din mediul rural în grupurile de vârstă tânără 15-19 și 20-24 de ani predomină proporția anilor trăiți în stare de sănătate bună și foarte bună și doar începând cu vârsta de 25-29 se majorează proporția timpului trăit în starea de sănătate satisfăcătoare. Remarcabil este faptul că numărul și proporția anilor estimați că vor fi trăiți în stare de sănătate rea și foarte rea pentru bărbații din mediul rural în vârstă de 70-74 și 75 și peste au valori semnificativ mai mici decât pentru bărbații din mediul rural, diferența constituind, respectiv, 6 și 15%.

Analiza situației pe medii de reședință în cadrul populației feminine demonstrează tendințe similare pentru bărbați (Fig.6). Astfel, numărul anilor trăiți în stare de sănătate bună și foarte bună are valori similare, iar proporția acestora în structura speranței de viață pentru diferite grupuri de vârstă înregistrează diferențe minime (până la 2%). Ca și în cazul bărbaților, femeile din mediul urban mai des își apreciază sănătatea ca fiind satisfăcătoare, respectiv numărul și proporția anilor trăiți în stare de sănătate satisfăcătoare este mai mare, decalajul constituind până la 5%. Atât la femeile din mediul urban, cât și la cele din mediul rural pentru vârsta între 15 și 70 de ani predomină ponderea anilor estimați care vor fi trăiți într-o stare de sănătate satisfăcătoare, constituind către sfârșitul perioadei menționate, respectiv, 54,1% și 52,4%. Anii trăiți în stare de sănătate rea și foarte rea au avut valori aproape constante și s-au schimbat puțin în vârstele înaintate. Evident că, odată cu înaintarea în vârstă și cu scăderea speranței de viață, ponderea numărului de ani trăiți în stare de sănătate rea și foarte rea crește, constituind peste 50% din timpul trăit.

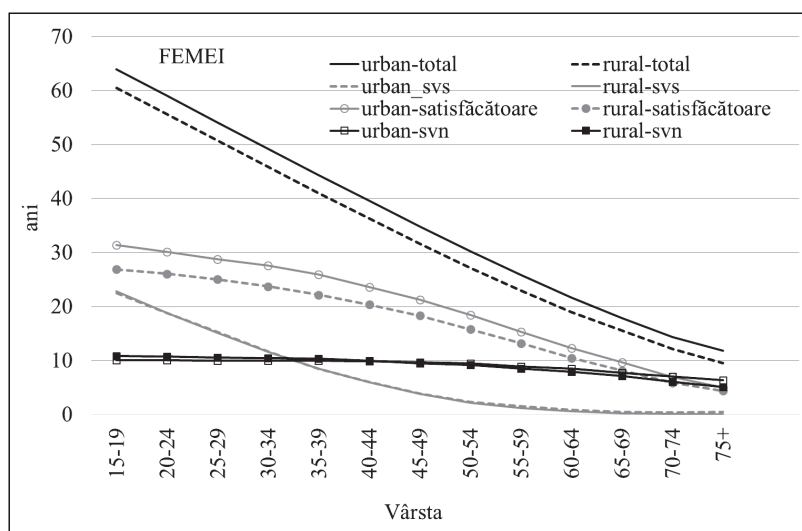


Fig. 6. Anii trăiți într-o stare de sănătate diferită, femei, urban/rural, 2013

Sursa: calculele autorilor în baza datelor BNS, Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice (2013).

Speranța de viață sănătoasă nu identifică cauzele unei sănătăți rele sau a unor vieți mai scurte, ci creează o imagine generală a statutului sănătății populației. Analiza situației actuale de sănătate a populației a relevat fenomene similare observate și în alte țări, în special în ceea ce privește diferențele în speranța de viață sănătoasă între bărbați și femei. Bărbații au durată de viață mai scurtă, dar anii suplimentari ai vieții femeilor sunt petrecuți în principal în stare de sănătate rea și foarte rea, iar indicatorul starea de sănătate bună corelează negativ cu vârsta la ambele sexe.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

1. Andreev E. McKee M. Shkolnikov V. Health expectancy in the Russian Federation: a new perspective on the health divide in Europe. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, pp.778-788.
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. Fries J. F. Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. *N Engl J Med*, 1980, pp. 130-135.
4. Fries J. F. The Compression of Morbidity: Near or Far? *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1989, pp. 208-232.
5. Fries J. F. Reducing Disability in Older Age. *JAMA*, 2002, pp. 3164-3166.
6. Gruenberg, E. M. The Failures of Success. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health Society*, 1977, pp. 3-24.
7. Health at a Glance: Europe 2014. OECD. http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf
8. Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method: EHEMU Technical report 2006_3. http://www.eurohex.eu/pdf/Sullivan_guide_final_jun2007.pdf
9. Kramer M. The Rising Pandemic of Mental Disorders and Associated Chronic Diseases and Disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 62 (Supplement 285), 1980, p. 282-297.
10. Manton K. G. Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population. *Milbank Memorial Fund Quarterly / Health Society*, 1982, pp. 183-244.
11. Olshansky S. J. Rudberg, M. A. Carnes, B. A. Cassel C. K., Brody J. Trading Off Longer for Worsening Health: The Expansion of Morbidity Hypothesis. *Journal of Aging and Health*, 1991, pp. 194-216.
12. Penina O. Vallin J. Forty-Five Years of Cause-Specific Mortality Trends in Moldova. *European Population Conference 2014*. Budapest, Hungary, 2014.
13. Robine J-M. Jagger C. Van Oyen H. Cambois E. Increasing healthy life expectancy and reducing longevity gaps between European countries. http://www.eurohex.eu/pdf/HLY_report_chapt%203.pdf
14. Rychtarikova J. Healthy life expectancy in the current Czech population. [http://www.czso.cz/eng/redakce.nsf/i/jitka_rychtarikova:_healthy_life_expectancy_in_the_current_czech_population_/\\$File/cz_demography06.pdf](http://www.czso.cz/eng/redakce.nsf/i/jitka_rychtarikova:_healthy_life_expectancy_in_the_current_czech_population_/$File/cz_demography06.pdf)
15. Sanders B. S. Measuring community health levels. *Am J Public Health*, 1964.
16. Sullivan D. F. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports*, 1971.