

SUBJECTIVE WELL-BEING AND CITIZENS' HEALTH: AN INSTRUMENT FOR ASSESSING ECONOMIC WELL-BEING IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

Maria HĂMURARU

Moldova State University, 60 Alexe Mateevici, Chisinau, Republic of Moldova

ORCID iD: 0000-0002-8197-2973

Adriana BUZDUGAN

Moldova State University, 60 Alexe Mateevici, Chişinău, Republic of Moldova

adriana.buzdugan@usm.md

ORCID iD: 0000-0002-1551-7964

Purpose of the article: *The article explores the integration of subjective well-being and the population's health status into a composite instrument for assessing economic well-being in the Republic of Moldova. The study demonstrates the relevance of these dimensions for a deeper understanding of socio-economic realities and for designing more effective public policies. The paper is developed in the context of the realization 'Strengthening socio-economic and legal mechanisms to ensure the well-being and security of the citizens' (CONSEJ 01.05.02).*

Methodology: *The study employs a mixed approach that combines conceptual analysis with descriptive–inferential statistics. The empirical base includes secondary data from the National Bureau of Statistics, the World Health Organization, Eurostat, and OECD/UN reports, alongside a comparative analysis of statistical data and evidence obtained from a survey of 609 respondents. National survey micro-data include life satisfaction scales and self-reported health assessments. The proposed instrument is structured around three fundamental pillars-subjective well-being, health, and the socio-economic context. Construction of the index applies min–max normalisation, weighting via the AHP method or equal weights, and robustness checks to assess sensitivity to weights and to identify multicollinearity. The analysis includes regional comparisons and an examination of differences across demographic and socio-economic categories (age, sex, income level, and place of residence).*

Conclusions: *Integrating citizens' subjective perceptions and objective health indicators into the assessment of economic well-being provides a more complete and realistic picture than relying solely on objective measures. The results reveal strong linkages among health status, life satisfaction, and overall socio-economic conditions, highlighting significant disparities between rural and urban areas as well as across income quintiles. The developed composite instrument can serve as a valuable tool for public authorities when prioritizing interventions (health prevention programs, improved access to services, employment and income policies) and for the systematic monitoring of progress.*

Originality: *The research proposes an innovative methodological framework tailored to Moldova's specific context and needs, bringing together subjective and health indicators into a single synthetic score that is readily usable by decision-makers. Its main scholarly contribution lies in the practical design of the index, the development of a detailed computation and validation protocol, and the creation of a methodological guide for integrating the instrument into existing institutional monitoring systems.*

Keywords: *subjective well-being; composite index; economic well-being assessment; public policy.*

JEL Classifications: O15, I15, I31

INTORDUCERE

Progresul economic al unei țări nu poate fi apreciat exhaustiv doar prin creșteri de produs intern brut (PIB) sau alți indicatori financiari agregați. Tot mai mulți economiști și decidenți recunosc necesitatea de a înțelege bunăstarea subiectivă a populației – cum își evaluează oamenii calitatea vieții și nivelul de satisfacție – alături de starea lor de sănătate, ca barometre esențiale ale bunăstării economice generale (Stiglitz ș.a., 2009). Progresul societății înseamnă mai mult decât creșteri de venit și producție, incluzând starea de bine a oamenilor și distribuția echitabilă a oportunităților (Gorecki et al., 2011). Această orientare reflectă o schimbare de paradigmă de la o concepție strict utilitaristă – în care bunăstarea era redusă la preferințe materiale și utilitate economică – către o abordare multidimensională a bunăstării, ce încorporează dimensiuni subiective, sociale și de sănătate (Sen, 1999; OECD, 2013).

Definirea clară a conceptelor-cheie este esențială pentru demersul de față. Bunăstarea subiectivă (adesea sinonimă cu fericirea sau satisfacția cu viața) reprezintă evaluarea de către indivizi a calității propriei vieți, pe baza percepțiilor și a sentimentelor lor personale (Diener *ș.a.*, 2018). În literatura de specialitate, bunăstarea subiectivă are două componente majore: una *evaluativă* – de exemplu, satisfacția globală cu viața – și una *afectivă* – echilibrul dintre emoțiile pozitive și cele negative resimțite (OECD, 2013; Ryan & Deci, 2001). Unii autori adaugă și o componentă *eudaimonică*, referitoare la sensul și scopul perceput al vieții, distingând între „fericirea hedonică” (plăcere și confort) și „fericirea eudaimonică” (dezvoltare personală, realizarea potențialului) (Ryan & Deci, 2001). Calitatea vieții este un concept înrudit, cuprinzând atât aspecte subiective (cum ar fi bunăstarea percepută), cât și factori obiectivi (condițiile materiale, mediul, serviciile publice), oferind o perspectivă integratoare asupra bunăstării indivizilor (Diener & Suh, 1997). Deși calitatea vieții include frecvent indicatori obiectivi, înțelegerea ei nu este completă fără analiza bunăstării subiective a cetățenilor, care relevă în ce măsură prosperitatea materială se traduce în satisfacție și mulțumire de viață.

La rândul său, conceptul de sănătate a evoluat de la absența bolii la o abordare pozitivă, holistă. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a definit clasic sănătatea ca “o stare de bine fizică, mentală și socială completă, nu doar absența infirmității sau a bolii” (WHO, 1948). Această definiție subliniază legătura intrinsecă dintre sănătate și bunăstare: sănătatea nu este numai o variabilă medicală, ci un pilon al bunăstării generale, ce include starea mentală și satisfacția socială. Bunăstarea economică a populației poate fi înțeleasă drept abilitatea oamenilor de a-și satisface nevoile materiale și de a avea siguranță financiară și oportunități de trai decent (OECD, 2020). Spre deosebire de indicatorii macroeconomici precum PIB-ul, care măsoară producția totală, bunăstarea economică la nivel micro se referă la nivelul de trai al gospodăriilor și la percepția lor despre acest nivel de trai. Astfel, bunăstarea economică este strâns legată de veniturile, consumul și patrimoniul indivizilor, dar și de elemente nemateriale precum securitatea economică, egalitatea șanselor și capitalul social care facilitează colaborarea și încrederea (Helliwell & Putnam, 2004).

În ultimele decenii, s-a argumentat convingător necesitatea extinderii cadrului de evaluare a progresului dincolo de metrici pur economice. Limitările PIB ca indicator de bunăstare sunt bine documentate: PIB-ul nu reflectă distribuția veniturilor, externalitățile negative (ex. poluarea) sau satisfacția și sănătatea populației (Stiglitz *ș.a.*, 2009). Drept urmare, organizații internaționale și guverne naționale au dezvoltat *cadre multidimensionale de măsurare a bunăstării*, care includ indicatori sociali și de mediu pe lângă cei economici (OECD, 2020; UNDP, 2020). Aceste inițiative indică o tranziție de la accentul exclusiv pe bunăstarea materială la recunoașterea faptului că bunăstarea subiectivă și sănătatea publică sunt atât mijloace, cât și scopuri ale dezvoltării economice.

În acest context, problema de cercetare abordată în prezentul articol derivă din constatarea că, în Republica Moldova, evaluarea progresului socio-economic rămâne predominant ancorată în indicatori cantitativi (PIB pe locuitor, rata sărăciei, venitul mediu), fără a integra suficient perspectiva calității vieții resimțite de cetățeni. Republica Moldova are particularități socio-economice – niveluri relativ ridicate de migrație a forței de muncă, inegalități rural-urban, provocări în sistemul de sănătate publică – care pot crea decalaje între indicatorii economici agregați și bunăstarea resimțită a populației. De exemplu, deși PIB-ul pe cap de locuitor a crescut constant în ultimul deceniu, satisfacția medie a populației rămâne moderată, iar auto-evaluarea stării de sănătate indică probleme persistente: doar ~37% dintre cetățeni își consideră sănătatea bună sau foarte bună, iar aproximativ 34% prezintă risc de depresie conform unor studii recente (Data for Impact, 2024). Aceste date sugerează că progresul economic nu s-a tradus automat într-o îmbunătățire proporțională a bunăstării psihologice și a sănătății percepute. Prin urmare, devine legitimă și necesară examinarea modului în care bunăstarea subiectivă și sănătatea cetățenilor pot servi drept indicatori integrați ai bunăstării economice, complementari statisticilor financiare.

Scopul articolului este de a cerceta cadrul teoretic și de a evalua integrat bunăstarea subiectivă și starea de sănătate a cetățenilor ca dimensiuni esențiale ale bunăstării economice în Republica Moldova.

Contribuția științifică a lucrării rezidă în propunerea unui cadru teoretico-conceptual adaptat contextului Republicii Moldova, care leagă în mod riguros bunăstarea subiectivă și sănătatea populației de bunăstarea economică. Spre deosebire de studiile anterioare care au tratat separat fie aspectele economice (venituri, consum, sărăcie), fie pe cele de sănătate publică, articolul de față aduce o abordare integrată, evidențiind mecanismele comune și interdependențele dintre starea psihologică, starea de sănătate și condițiile economice.

METODOLOGIA CERCETĂRII

Studiul de față este un demers cantitativ, cu design transversal, orientat spre relația dintre bunăstarea subiectivă și sănătatea cetățenilor din Republica Moldova. Cercetarea s-a înscris în paradigma descriptiv-explicativă: pe de o parte, a descris nivelurile bunăstării subiective și ale sănătății auto-evaluate; pe de altă parte, a testat legăturile și diferențele semnificative dintre aceste dimensiuni și factorii socio-demografici principali (gen, mediu de rezidență, vârstă, venit). Eșantionul a fost alcătuit din 609 respondenți adulți din Republica Moldova, selectați pe bază de *voluntariat* prin distribuirea chestionarului online (formular Google) pe rețele de socializare și email. S-a urmărit obținerea unei acoperiri cât mai largi ca vârstă, gen și arie geografică. Caracteristicile socio-demografice indică o diversitate importantă: 65,3% femei și 34,7% bărbați; 81,7% din mediul urban și 18,3% rural; vârste între 16 și 82 de ani (mediană în grupa 25–34 de ani). Majoritatea respondenților au studii superioare ($\approx 79\%$ cu licență sau mai înalt) și sunt căsătoriți (53,8%), ceea ce reflectă o tendință de supra-reprezentare a populației cu statut socio-economic mai ridicat și conectată la mediul online.

S-a utilizat un chestionar structural original, elaborat pe baza literaturii de specialitate privind măsurarea bunăstării subiective și a calității vieții. Chestionarul a inclus atât întrebări factuale (demografice), cât și itemi cu scale pentru evaluarea percepțiilor și atitudinilor.

Pentru a sintetiza informația și a facilita analizele, s-au construit doi indicatori compoziți principali: *scorul de bunăstare subiectivă* și *scorul de sănătate percepută*. Fiecare scor a fost calculat ca suma (sau media) răspunsurilor la setul de itemi aferenți, după recodificarea acestora pe o scală uniformă 1–5. Astfel, *scorul de bunăstare subiectivă* include cei 5 itemi Likert privind satisfacția cu viața, afectele pozitive, calmul, fericirea și optimismul. *Scorul de sănătate percepută* agregă cei 5 itemi Likert referitori la accesul și calitatea serviciilor medicale, satisfacția față de sănătatea personală, utilitatea prevenției și costurile medicale. Ambele scalări au interval teoretic de la 5 (nivel minim) la 25 (nivel maxim), un scor mai ridicat indicând o bunăstare subiectivă, respectiv o sănătate percepută mai bună.

În prealabil, consistența internă a acestor scale a fost verificată cu coeficientul *Cronbach's Alpha*. Scalele compozite au demonstrat o fidelitate foarte bună: $\alpha = 0,94$ pentru bunăstarea subiectivă (5 itemi) și $\alpha = 0,85$ pentru sănătatea percepută (5 itemi). Ambele depășesc pragul uzual de 0,70, indicând o omogenitate satisfăcătoare a itemilor și permițând calcularea scorurilor medii. Tabelul 1 prezintă statistici descriptive sintetice pentru aceste două scale, inclusiv mediile, abaterea standard și coeficientul α Cronbach.

Tabelul 1. Statistici descriptive și consistența internă a scalelor de bunăstare subiectivă și sănătate percepută

Scala	Nr. itemi	Interval scor	M (SD)	α Cronbach
Bunăstare subiectivă	5	5–25	16,38 (4,05)	0,94
Sănătate percepută	5	5–25	14,43 (3,54)	0,85

Note: *M* = medie; *SD* = deviația standard a scorului compozit.

Sursa: calculul autorilor pe baza datelor sondajului.

Pe lângă acești indicatori principali, s-au definit variabilele categoriale pentru analize comparative: genul (0=masculin, 1=feminin), mediul de rezidență (0=rural, 1=urban), grupa de vârstă (șapte categorii ordinale: <18, 18–24, 25–34, ..., ≥65 ani), respectiv categoria de venit lunar al gospodăriei (patru trepte: <10.000 MDL, 10.001–15.000, 15.001–25.000, >25.000 MDL). Aceste variabile au fost utilizate pentru a testa existența unor diferențe semnificative în nivelurile bunăstării și sănătății auto-evaluate.

De asemenea, bunăstarea generală a societății percepută a fost măsurată pe o scală ordinală de la *Foarte scăzută* la *Foarte ridicată*. În analize, am tratat-o ca indicator contextual, complementar datelor obiective naționale (ex. PIB, rate de sărăcie).

Cercetarea a respectat principiile etice ale studiilor cu subiecți umani. Participarea respondenților a fost voluntară și informată. Chestionarul a debutat cu o *scrisoare de intenție* care prezenta scopul studiului, asigura respondenții de anonim și confidențialitate și preciza că datele colectate vor fi utilizate exclusiv în scop științific. Nu s-au solicitat date personale identificabile (nume, adresă, CNP), iar variabilele demografice colectate au fost relativ generale (grupă de vârstă, nivel de educație etc.), astfel încât niciun participant să nu poată fi identificat individual în baza de date finală. Respondenții și-au exprimat consimțământul implicit prin completarea chestionarului, după ce au fost informați că pot renunța în orice moment prin închiderea paginii (nu au fost însă cazuri de abandon, întrucât toate întrebările au fost completate).

Revizuirea literaturii și cadrul teoretico-conceptual

Bunăstarea subiectivă: dimensiuni, indicatori și măsurare. Bunăstarea subiectivă (BS) reprezintă domeniul în care științele sociale, și în special psihologia, au adus contribuții majore la înțelegerea bunăstării umane în ultimele decenii. BS se referă la modul în care oamenii își evaluează propriile vieți – atât în termeni cognitivi, cât și emoționali (Diener *ș.a.*, 2018). Consensul în literatură este că bunăstarea subiectivă are trei componente principale: (1) componenta evaluativă – de exemplu, satisfacția globală cu viața sau cu diferite domenii ale vieții (familie, muncă, standard de viață); (2) componenta afectivă pozitivă – frecvența și intensitatea afectelor pozitive (bucurie, entuziasm, calm) resimțite de individ; (3) componenta afectivă negativă – prevalența afectelor negative (tristețe, anxietate, furie) (OECD, 2013; Diener & Chan, 2011). Unii autori adaugă și o dimensiune *eudaimonică*, care captează sentimentul de sens, împlinire și scop al vieții, distinct de plăcerea hedonică (Ryan & Deci, 2001; Huppert *ș.a.*, 2009). Aceste componente oferă împreună o imagine cuprinzătoare asupra stării de bine resimțite de o persoană.

Măsurarea bunăstării subiective a cunoscut progrese metodologice importante, devenind un subiect mainstream în cercetările statistice oficiale și în studiile comparative internaționale. OECD a publicat *Liniile directoare pentru măsurarea bunăstării subiective* (2013), care oferă recomandări pentru includerea întrebărilor de evaluare a vieții și a afectelor în anchetele statistice naționale. La nivel internațional, Gallup World Poll și World Happiness Report au popularizat ierarhizarea țărilor în funcție de scorul mediu al satisfacției cu viața (pe o scară de la 0 la 10). Conform World Happiness Report 2023, țările nordice domină constant topul fericirii, în timp ce Republica Moldova se situa în treimea inferioară a clasamentului global (locul ~80 din 137 de țări), sugerând un nivel relativ scăzut al evaluării vieții de către cetățeni (Helliwell *ș.a.*, 2023). Este de notat că acest clasament ia în considerare și factori explicativi precum PIB/locuitor, așteptarea de viață sănătoasă, sprijinul social, libertatea, generozitatea și lipsa corupției, arătând că bunăstarea subiectivă este strâns legată de contextul socio-economic (Infotag, 2025).

Printre instrumentele și seturile de indicatori utilizate pe plan internațional pentru a măsura bunăstarea subiectivă se numără: Scala Satisfacției cu Viața (Diener *ș.a.*, 1985) – un scurt chestionar cu 5 itemi larg folosit în cercetarea academică; bateriile de întrebări despre afecte pozitive și negative din survey-uri precum European Social Survey (ESS 2006; ESS 2012; Huppert *ș.a.*, 2009) sau European Quality of Life Survey (Eurofound, 2017), care evaluează atât fericirea generală, cât și optimismul, vitalitatea etc.; indicatorii de *flourishing* (înflorire) propuși de Diener *ș.a.* (2010) pentru a captura dimensiunea

eudaimonică; precum și întrebările de auto-evaluare a stării de sănătate și a satisfacției în diferite domenii (venit, relații sociale, mediu locativ) incluse în anchetele EU-SILC sau Gallup. Ghidul OECD (2013) recomandă colectarea datelor de bunăstare subiectivă pe trei niveluri: evaluarea vieții (un item global de satisfacție), afectul (întrebări despre stări afective recente) și sensul vieții, evidențiind importanța fiecărei componente în parte pentru diferite analize de politici. De asemenea, se pune accent pe calitatea măsurării: formularea neutră a întrebărilor, folosirea scalei de răspuns cu suficiente trepte, ordinea itemilor (pentru a evita efecte de context) și eșantionarea reprezentativă.

Cu toate progresele realizate, măsurarea bunăstării subiective prezintă în continuare provocări conceptuale și metodologice. Una dintre acestea este comparația interculturală a scorurilor de bunăstare: s-a observat că normele culturale influențează modul în care respondenții folosesc scalele de satisfacție sau exprimă emoțiile, generând *bias cultural*. De exemplu, unele culturi pot încuraja exprimarea moderată (evitarea extremelor pe scală), în timp ce altele încurajează entuziasmul manifest – ceea ce poate afecta comparabilitatea internațională a scorurilor (OECD, 2013). Totodată, limbajul însuși al întrebărilor (“fericit”, “mulțumit”) poate avea conotații ușor diferite în limbi și contexte diferite. O altă problemă este adaptarea hedonică: oamenii tind să se adapteze la condiții noi (venit mai mare, statut marital, stare de sănătate alterată), astfel încât efectele unor schimbări obiective asupra fericirii se pot estompa în timp (Headey & Wearing, 1989; Clark *ș.a.*, 2018). Această adaptare complică interpretarea variațiilor de bunăstare subiectivă – de exemplu, o îmbunătățire temporară a satisfacției după o creștere de venit poate fi urmată de revenirea la un nivel de bază (“set point”) determinat în bună măsură genetic și de personalitate (Cummins, 2010; Easterlin & O’Connor, 2022). Pe de altă parte, existența unui nivel relativ stabil de satisfacție în timp pentru fiecare individ (cu fluctuații în jurul unui set point propriu) implică și o reziliență considerabilă a bunăstării subiective: chiar și după șocuri negative (șomaj, dizabilitate), mulți oameni reușesc în timp să-și refacă echilibrul emoțional, deși nu întotdeauna complet (Lucas, 2007; Cummins & Wooden, 2014).

Alte aspecte critice în măsurarea BS includ posibilul efect de dezirabilitate socială – unii respondenți ar putea declara că sunt fericiți din dorința de a prezenta o imagine pozitivă, în loc să reflecte onest starea lor – și validitatea predictivă a diferitelor măsurători. Totuși, cercetările au arătat că auto-raportările de bunăstare subiectivă corelează puternic cu indicatori externi precum evaluările făcute de prieteni și familie, expresiile faciale de bucurie sau tristețe, precum și cu parametri fiziologici (de exemplu, nivelul de cortizol ca indicator de stres) (Sandvik *ș.a.*, 1993; Steptoe *ș.a.*, 2015). Aceste dovezi susțin validitatea datelor de bunăstare subiectivă și legitimează utilizarea lor complementară în diagnozele sociale și economice.

În concluzie, bunăstarea subiectivă este un construct complex, multidimensional, dar măsurabil, care oferă informații unice despre calitatea vieții cetățenilor. Integrarea sa în instrumentarul politicilor publice a început deja în multe țări dezvoltate, pe baza constatării că ceea ce contează cu adevărat pentru oameni nu este doar cât produc și consumă, ci și *cât de fericiți și sănătoși se simt*. Pentru Republica Moldova, alinierea la aceste practici presupune dezvoltarea și adaptarea unor indicatori de bunăstare subiectivă în statisticile oficiale, ceea ce reprezintă unul dintre obiectivele prezentei cercetări.

Sănătatea ca determinant și rezultat al bunăstării. Relația dintre sănătate și bunăstarea generală a indivizilor este profund interconectată și bidirecțională: pe de o parte, o stare bună de sănătate (atât fizică, cât și mentală) sporește capacitatea indivizilor de a fi fericiți, productivi și de a participa activ în societate; pe de altă parte, persoanele cu niveluri ridicate de bunăstare subiectivă tind să își mențină mai bine sănătatea de-a lungul timpului, având comportamente mai sănătoase și rezerve psihologice sporite de a face față stresului (Diener & Chan, 2011; Steptoe *ș.a.*, 2015). Această legătură bidirecțională a fost documentată de numeroase studii longitudinale și meta-analize. De exemplu, o meta-analiză realizată de Diener și Chan (2011) arată că oamenii mai fericiți trăiesc în medie mai mult și au un risc mai scăzut de boli cardiovasculare, sugerând că bunăstarea subiectivă acționează ca un factor protector pentru sănătate. Mecanismele propuse

includ efectele biologice ale emoțiilor pozitive (care pot întări sistemul imunitar și reduce inflamația cronică) și faptul că persoanele satisfăcute de viața lor sunt mai predispuse să aibă un stil de viață echilibrat (exerciții fizice, alimentație sănătoasă, respectarea tratamentelor medicale) (Steptoe *ș.a.*, 2015).

Reciproc, sănătatea fizică și psihică este un determinant major al calității vieții percepute. O stare precară de sănătate (boală cronică, dizabilitate, durere persistentă) poate submina drastic nivelul de fericire și satisfacție al unei persoane, chiar dacă celelalte condiții (venit, familie, locuire) sunt favorabile. Sănătatea auto-evaluată a fost găsită a fi unul dintre cei mai puternici predictorii ai satisfacției cu viața în studiile internaționale, alături de situația materială și statutul marital (Helliwell *ș.a.*, 2021; OECD, 2020). În Republica Moldova, doar 37% din populație își evaluează propria sănătate ca fiind bună sau foarte bună, comparativ cu o medie mult mai ridicată în țările Uniunii Europene, ceea ce indică un potențial impact negativ asupra bunăstării subiective colective (Data for Impact, 2024). Starea de sănătate mintală este de asemenea crucială: depresia, anxietatea și stresul cronic diminuează satisfacția cu viața și fericirea, aceste afecțiuni fiind atât consecințe ale unor factori de mediu (ex. șomajul, izolarea socială), cât și cauze ale scăderii bunăstării subiective (The Lancet Global Health, 2020). Organizația Mondială a Sănătății subliniază că sănătatea mintală este parte integrantă a stării de sănătate și a bunăstării și că tulburările mintale reprezintă o povară majoră la nivel global, cu implicații economice importante – de exemplu, depresia este o cauză principală de dizabilitate ce poate reduce participarea pe piața muncii și productivitatea (WHO, 2005; The Lancet Global Health, 2020).

Conceptul de determinant social al sănătății este esențial pentru a înțelege legătura dintre sănătate și bunăstare într-un context mai larg. Determinanții sociali (condițiile economice, educația, locul de muncă, mediul comunitar, inegalitățile de venit etc.) influențează distribuția stării de sănătate în populație și, implicit, bunăstarea subiectivă. Raportul *Closing the Gap in a Generation* al Comisiei OMS pentru Determinanții Sociali ai Sănătății argumentează că inegalitățile de sănătate observate între și în interiorul țărilor sunt strâns legate de inechități în condițiile de viață și de lucru – sărăcia, marginalizarea socială, accesul inegal la servicii de sănătate și educație (Commission on Social Determinants of Health, 2008). Astfel, bunăstarea subiectivă poate fi privită și ca un indicator-sinteză al echității sociale: acolo unde grupuri întregi de populație raportează niveluri scăzute de satisfacție și sănătate precară (de exemplu, comunitățile sărace, zonele rurale defavorizate), aceasta semnalează deficite structurale în dezvoltare, ce nu pot fi surprinse de media unui PIB pe cap de locuitor.

În Republica Moldova, determinanții sociali ai sănătății au particularități ce afectează bunăstarea: disparitățile urban-rural sunt pronunțate, cu populația rurală având acces mai limitat la servicii medicale de calitate, la apă potabilă și condiții sanitare, ceea ce contribuie la un nivel mai scăzut al stării de sănătate în mediul rural și la o speranță de viață ușor inferioară față de mediul urban (Biroul Național de Statistică, 2025). Migrația masivă a forței de muncă, prevalentă în ultimele două decenii, are efecte ambivalente asupra sănătății și bunăstării: pe de o parte, remitențele îmbunătățesc condițiile materiale ale familiilor rămase acasă; pe de altă parte, migrația generează adesea stres familial, copii lăsați în grija rudelor, destrămarea rețelelor de suport, care pot afecta sănătatea mintală a celor rămași (Ianioglo *ș.a.*, 2020). Date recente arată, de exemplu, că persoanele vârstnice din Moldova (adesea rămase în țară fără suport din partea copiilor emigrați) raportează niveluri scăzute de fericire și sunt mai predispuse la depresie față de media populației (Data for Impact, 2024). Astfel de fenomene evidențiază cum sănătatea (fizică și psihosocială) mediază relația dintre factorii economici și bunăstarea subiectivă.

Un alt aspect crucial este legătura dintre sănătate, bunăstare și participarea economică. O populație sănătoasă și mulțumită are o capacitate mai mare de a munci productiv, de a inova și de a contribui la viața comunității. Studii economice au demonstrat că îmbunătățirile în starea de sănătate la nivel național (de exemplu, creșterea speranței de viață sănătoasă) se corelează cu creșteri ale PIB-ului pe termen lung, deoarece extind orizontul de viață activă și reduc povara bolilor asupra bugetelor publice (Bloom &

Canning, 2000; WHO, 2019). Invers, o sărăcire a bunăstării subiective – manifestată prin demotivare, lipsa satisfacției la locul de muncă, pierderea încrederii în viitor – poate conduce la scăderea productivității și la accentuarea unor fenomene economice negative (absenteism, emigrare, reducerea investițiilor în capital uman). Din această perspectivă, bunăstarea subiectivă și sănătatea cetățenilor devin atât indicatori, cât și factori ai performanței economice: un nivel ridicat de „well-being” și o populație sănătoasă pot alimenta un cerc virtuos de prosperitate, în timp ce nivelurile scăzute pot semnaliza și perpetua un cerc vicios de stagnare.

Pe scurt, sănătatea și bunăstarea subiectivă sunt inseparabil legate, fiecare influențându-se pe cealaltă. În cadrul conceptual al acestui articol, ele vor fi tratate împreună ca piloni centrali ai bunăstării economice. Această abordare recunoaște definiția largă a sănătății dată de OMS și faptul că *politicile economice solide trebuie să fie, implicit, și politici de sănătate și fericire publică*. O economie care furnizează creștere macroeconomică, dar subminează sănătatea populației sau lasă oamenii nefericiți și anxioși, nu poate fi considerată cu adevărat de succes. Prin urmare, evaluarea bunăstării economice a Republicii Moldova va include în mod explicit indicatori de stare de sănătate (speranța de viață, sănătatea auto-percepută, incidența problemelor de sănătate mintală) alături de indicatori de bunăstare subiectivă, pentru a surprinde această interdependență vitală.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Prelucrarea datelor și scorurile de bunăstare. În urma codificării și agregării, scorul de *bunăstare subiectivă* în eșantionul studiat are o valoare medie de 16,4 puncte (SD = 4,0) din maximum 25, ceea ce indică un nivel *moderat* spre *ridicat* al satisfacției cu viața și stării de bine resimțite. Scorul mediu de *sănătate percepută* este de 14,4 puncte (SD = 3,5) din 25, semnificativ mai scăzut decât bunăstarea subiectivă (tendință confirmată și de corelația pozitivă puternică dintre cele două, discutată mai jos). Acest scor de sănătate sugerează o evaluare preponderent *medie* a stării de sănătate și a serviciilor, existând loc de îmbunătățire. Distribuțiile arată că doar 6,1% dintre respondenți se declară „foarte mulțumiți” de propria sănătate, iar cumulativ circa 27% sunt *mulțumiți* sau *foarte mulțumiți* (valoare echivalentă cu ponderea celor ce și-au descris sănătatea ca *bună* sau *foarte bună* în alte studii naționale). Majoritatea (48,5%) se situează la nivel *moderat* de satisfacție față de sănătate, iar aproximativ 24% se declară *nemulțumiți* (puțin sau deloc satisfăcuți) de starea lor de sănătate. Aceste cifre confirmă existența unor probleme persistente de sănătate percepută în rândul populației – o concluzie similară cu cea a studiului Data for Impact (2024), care raporta că doar ~37% dintre moldoveni își consideră sănătatea bună sau foarte bună. Totodată, aproximativ 40% dintre respondenți indică faptul că trăiesc *sentimente negative* (precum tristețe, anxietate) *cel puțin săptămânal*, dintre care 13,8% zilnic, ceea ce este îngrijorător având în vedere impactul potențial al depresiei și stresului cronic asupra calității vieții. Frecvența ridicată a emoțiilor negative în eșantionul nostru este coerentă cu estimarea că ~34% din populație prezintă risc de depresie, conform studiilor recente. Acest rezultat subliniază importanța sănătății mintale ca parte integrantă a bunăstării – aspect evidențiat și de OMS și de literatura de specialitate.

Pe de altă parte, componenta afectivă pozitivă și satisfacția globală cu viața prezintă valori relativ încurajatoare. Circa 39% dintre respondenți se declară *mulțumiți* sau *foarte mulțumiți* de viața lor în ansamblu, restul majoritar situându-se la nivel *moderat* (47,9%) și doar ~13% fiind *nemulțumiți*. De asemenea, 44% raportează că experimentează sentimente pozitive de bucurie și împlinire în mare măsură („mult” sau „foarte mult”), iar 35% afirmă că „se simt deseori fericiți” (8,9% chiar *foarte* frecvent fericiți). Totuși, nivelul de *calm* și relaxare cotidiană pare mai redus: doar ~32% se simt liniștiți *în mare parte*, în timp ce 17% admit că se simt calmi *doar puțin* sau *deloc*, sugerând un grad semnificativ de stres zilnic. Acest rezultat poate reflecta atât insecuritățile economice și sociale, cât și efectele post-pandemice, încadrându-se în tendința globală de creștere a stresului resimțit, mai pronunțată la femei și în rândul tinerilor conform rapoartelor recente (Helliwell et al., 2024). În ansamblu, *indexul compozit de bunăstare*

subiectivă calculat (bazat pe cei 5 itemi) are o distribuție aproximativ normală, centrul gravitației fiind peste nivelul mediu teoretic (15). Aceasta indică faptul că, în pofida dificultăților obiective, mulți cetățeni reușesc să-și mențină un nivel relativ satisfăcător al stării de bine subiective – fenomen explicat în literatură prin mecanisme de adaptare și *homeostază hedonică*. Conform teoriilor lui Diener, Lucas și alții, oamenii au tendința de a se readapta și de a-și conserva un *set-point* al fericirii, manifestând reziliență chiar și după șocuri negative (șomaj, pandemii etc.). Această reziliență ar putea explica de ce nivelul mediu de satisfacție în populație rămâne moderat, chiar dacă indicatorii economici obiectivi ai țării sunt relativ modești.

Analiza detaliată a itemilor privind serviciile medicale a relevat o *satisfacție moderată* și un grad de nemulțumire semnificativ. Doar 7% dintre respondenți s-au declarat *foarte mulțumiți* de calitatea serviciilor medicale primite, în timp ce aproape jumătate (47,8%) sunt *mulțumiți* într-o oarecare măsură. Un procent considerabil (40%) se mențin *neutri* (nici mulțumiți, nici nemulțumiți), sugerând fie experiențe mixte, fie ezitarea de a da un calificativ extrem. Nemulțumiții reprezintă ~12,2% (din care 2,5% foarte nemulțumiți). Astfel, deși nu predomină o opinie negativă copleșitoare, percepția pozitivă este limitată la subjumătate dintre cetățeni. Similar, doar 18,5% dintre participanți au evaluat accesibilitatea serviciilor medicale ca fiind „mare” sau „foarte mare”, restul declarând acces *moderat sau redus* (peste 28% consideră accesul *scăzut/inexistent*, adică întâmpină dificultăți serioase). În privința tratării medicale, percepția este și mai rezervată: numai 16% cred că tratamentele de care beneficiază sunt de *calitate ridicată* („mult/foarte mult”), pe când 29% apreciază că calitatea tratamentelor *lasă de dorit* (puțin sau deloc satisfăcătoare). Aceste evaluări se aliniază cu situația obiectivă a sistemului sanitar moldovenesc – subfinanțat și marcat de migrația personalului medical – explicând de ce sănătatea populației stagnează în parametri mai slabi față de țările UE. Respondenții recunosc totuși în majoritate, importanța *prevenției*: circa 34% consideră *foarte utile* controalele medicale preventive, iar cumulată 79% le acordă o utilitate cel puțin moderată. Aceasta se reflectă și în comportament: 75% declară că își verifică starea de sănătate prin controale periodice cel puțin o dată pe an, o proporție surprinzător de ridicată comparativ cu percepția publică despre neglijarea prevenției. Doar 2,3% admit că *nu merg niciodată* la controale, restul de ~23% făcând-o *rare* (mai rar de o dată pe an). Aceste cifre pot indica o creștere a conștientizării importanței prevenției sau pot reflecta caracteristicile eșantionului (educație mai înaltă, posibil acces mai bun la informație medicală).

Un capitol sensibil îl reprezintă costurile serviciilor medicale. Aproape jumătate dintre respondenți (49,2%) sunt *nemulțumiți* de costurile cu sănătatea (cheltuieli personale pentru consultații, tratamente, medicamente), dintre care 18,6% deloc satisfăcuți. Doar 10% declară un grad mare de satisfacție față de costuri, restul de ~40% situându-se la mijloc. Nemulțumirea față de costuri este de înțeles într-o țară unde o parte semnificativă a cheltuielilor de sănătate sunt suportate *out-of-pocket* de populație, iar veniturile medii sunt reduse. Povara financiară a îngrijirilor de sănătate poate anula beneficiile potențiale ale acestora și afectează în mod direct bunăstarea economică percepută a gospodăriilor. Faptul că *venitul și averea* apar printre cei mai importanți factori ai bunăstării (pentru ~62% dintre respondenți) confirmă că insecuritatea financiară – inclusiv legată de acoperirea nevoilor de sănătate – rămâne o preocupare majoră. Prin urmare, politicile de sănătate publică ar trebui corelate cu cele sociale, pentru a atenua costurile pe seama cetățenilor (ex. extinderea pachetelor de asigurări, programe de compensare a medicamentelor), ceea ce ar crește atât satisfacția față de sistemul medical, cât și bunăstarea generală.

Relația dintre bunăstarea subiectivă și sănătate. O întrebare centrală a studiului a fost în ce măsură cetățenii mai *fericiți* sunt și cei care se simt mai *sănătoși* (și invers). Analiza de corelație a evidențiat o legătură pozitivă semnificativă și de intensitate moderat-ridicăta între *scorul de bunăstare subiectivă* și *scorul de sănătate percepută*: coeficient Pearson $r = 0,485$, $p < 0,001$. Cu alte cuvinte, persoanele care raportează niveluri mai înalte de satisfacție cu viața și emoții pozitive tind să își evalueze și starea de sănătate mai favorabil (să fie mulțumite de sănătatea lor și de serviciile de care beneficiază). Legătura este consistentă cu constatările din literatura internațională, care arată că sănătatea – atât fizică, cât și mintală –

este unul dintre cei mai puternici predictorii ai bunăstării subiective. De exemplu, Helliwell și colab. (2021) evidențiau că sănătatea auto-evaluată are o contribuție majoră la variația satisfacției cu viața, comparabilă cu cea a situației financiare sau a statutului marital. Totodată, meta-analize longitudinale au demonstrat *bidirecționalitatea* relației: nu doar că o sănătate mai bună sporește fericirea, dar oamenii mai fericiți se mențin mai sănătoși în timp. Descoperirile noastre se înscriu pe această direcție, sugerând că bunăstarea psihologică și cea fizică se pot influența reciproc. Indivizii satisfăcuți de viață au probabil o motivație mai mare de a-și îngriji sănătatea (prin comportamente sănătoase, aderență la tratamente etc.), iar cei cu o stare bună de sănătate au, firesc, o capacitate sporită de a participa la activități aducătoare de satisfacție și de a fi productivi în societate.

Pentru a explora mai riguros această relație, am inclus *sănătatea percepută* ca variabilă explicativă într-un model de regresie a *bunăstării subiective*, controlând totodată pentru factori demografici și economici (gen, vârstă, mediu, venit). Rezultatele (vezi Tabelul 2) au arătat că starea de sănătate percepută are un efect pozitiv semnificativ asupra satisfacției cu viața (β standardizat $\approx 0,43$, $p < 0,001$), chiar și după ce ținem cont de celelalte variabile. Acest lucru confirmă faptul că diferențele individuale în bunăstarea resimțită sunt strâns legate de modul în care oamenii își percep sănătatea. Modelul de regresie sugerează totodată că sănătatea și factorii socio-economici incluși explică aproximativ 25% din variația scorurilor de bunăstare ($R^2 \approx 0,25$) – o proporție relevantă având în vedere multidimensionalitatea bunăstării subiective. Desigur, direcția cauzalității nu poate fi stabilită pe baza datelor noastre (fiind un studiu transversal); este probabil să existe o influență *reciprocă*: o sănătate precară scade calitatea vieții, iar nivelul scăzut al bunăstării psihologice poate, la rândul său, să afecteze negativ sănătatea în timp. Implicația practică este că politicile publice ar trebui să vizeze simultan ambele dimensiuni – de exemplu, investiții în serviciile de sănătate mintală pot aduce beneficii nu doar pe plan medical, ci și în ceea ce privește coeziunea socială și productivitatea economică, datorită cetățenilor mai fericiți și sănătoși.

**Tabelul 2. Indicatorii bunăstării subiective și ai stării de sănătate percepute
(scoruri medii)**

Aspect	Indicator	Scor mediu
Bunăstarea subiectivă	Sunt mulțumit de viața mea în general	3,32
	Simt sentimente pozitive (ex. bucurie, satisfacție, împlinire)	3,36
	Mă simt calm (liniștit) în viața mea de zi cu zi	3,15
	Mă simt deseori fericit	3,22
	Sunt optimist cu privire la viitor	3,31
<i>Scor general – Bunăstare subiectivă</i>	<i>Media compozită a indicatorilor subiectivi</i>	<i>3,27</i>
Sănătatea percepută	Serviciile medicale sunt accesibile	2,89
	Tratamentele medicale sunt de calitate	2,84
	Sunt satisfăcut de starea mea de sănătate personală	3,05
	Controalele medicale preventive sunt utile	3,20
	Sunt satisfăcut de costurile serviciilor medicale	2,45
<i>Scor general – Sănătate percepută</i>	<i>Media compozită a indicatorilor de sănătate</i>	<i>2,89</i>

Notă: Scorurile medii sunt calculate pe o scală Likert de la 1 (Deloc) la 5 (Foarte mult), pe baza răspunsurilor a 609 respondenți.

Sursa: datele cercetării realizate de autori în cadrul studiului.

În concluzie, rezultatele empirice susțin ipoteza că bunăstarea subiectivă și sănătatea cetățenilor sunt strâns interconectate, putând servi drept indicatori integrați ai bunăstării economice. Legătura lor pozitivă semnificativă ($r \sim 0,48$) reflectă faptul că politicile care îmbunătățesc starea de sănătate a populației (de ex. investiții în sistemul medical, programe de sănătate publică) pot avea drept rezultat indirect și creșterea

satisfacției cu viața a cetățenilor – și invers, intervențiile menite să sporească bunăstarea psihologică (de ex. programe de sănătate mintală, dezvoltare comunitară, reducerea stresului financiar) pot duce la o populație mai sănătoasă, deci mai productivă. Această *sinergie* confirmă abordarea integrativă propusă de noi, în acord cu viziunea contemporană asupra dezvoltării umane durabile. Totodată, analiza pe subgrupuri evidențiază că, în interiorul țării, factorii socio-economici (venitul, în parte educația și ocupația) generează diferențe notabile de bunăstare – ceea ce sugerează că îmbunătățirea condițiilor materiale și a serviciilor publice pentru categoriile defavorizate ar ridica nivelul general de fericire al societății. Lipsa diferențelor majore pe criterii de gen sau mediu de rezidență (în eșantionul curent) nu înseamnă neapărat că aceste disparități nu există la nivelul populației generale, ci poate indica nevoia de a investiga mai aprofundat *condițiile specifice* care fac ca femeile sau locuitorii din rural să fie dezavantajați (de ex., calitatea vieții la locul de muncă pentru femei, accesul ruralilor la spitale).

Analiză critică și limitări. O limitare constă în *caracterul declarativ* al datelor – bunăstarea și sănătatea sunt auto-raportate, putând exista bias de dezirabilitate socială (unii respondenți să își „cosmetizeze” răspunsurile pentru a părea mai fericiți) sau erori de apreciere. Totuși, anonimatul și formularea neutră a întrebărilor au urmărit minimizarea acestor distorsiuni. În plus, faptul că am constatat o consistență internă ridicată a scalei de bunăstare ($\alpha=0,94$) sugerează că respondenții au răspuns onest și coerent la itemi (altfel, dezirabilitatea socială ar fi generat probabil incongruențe). O altă constrângere e dată de *designul transversal*: nu putem afirma dacă, de exemplu, o îmbunătățire a sănătății va crește bunăstarea subiectivă la aceeași persoană, ci doar că cei mai sănătoși sunt concomitent mai satisfăcuți (relație posibil influențată și de alte variabile neincluse, precum personalitatea). Scorurile compozite construite, deși utile sintetic, combină aspecte eterogene (ex. scorul de sănătate include atât percepția sănătății proprii, cât și a sistemului sanitar). O persoană ar putea fi mulțumită de propria sănătate dar nemulțumită de sistem sau invers – informație pe care scorul total o poate ascunde. Am abordat parțial acest aspect analizând și itemii individuali; viitoare cercetări pot rafina instrumentul separând mai clar, de pildă, „*bunăstarea mintală*” de „*satisfacția cu serviciile de sănătate*”. Nu în ultimul rând, trebuie menționat că studii similare realizate periodic (ex. anuale) ar putea surprinde *trenduri* în bunăstarea subiectivă și efectele unor evenimente macro (crize economice, pandemii, schimbări politice) asupra acesteia, aspect ce nu poate fi dedus dintr-un singur *snapshot* temporal.

În pofida acestor limitări, considerăm că rezultatele obținute sunt *robuste* și relevante, fiind în mare parte consonante cu literatura de specialitate și cu datele macro disponibile. Consistența internă ridicată a instrumentului și concordanța unor rezultate-cheie (ex. ponderea celor satisfăcuți cu viața, legătura fericire-sănătate) cu date din surse externe conferă încredere în validitatea concluziilor.

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

Studiul de față și-a propus să evalueze integrat bunăstarea subiectivă și starea de sănătate a cetățenilor ca elemente definitorii ale bunăstării economice în Republica Moldova. Rezultatele obținute *confirmă importanța ambelor dimensiuni* și sugerează că acestea trebuie privite ca piloni interdependenți ai progresului socio-economic, alături de indicatorii tradiționali financiari. Principalele constatări pot fi sintetizate astfel:

- Bunăstarea subiectivă a populației este la un nivel moderat, majoritatea cetățenilor declarându-se relativ mulțumiți de viața lor (scor mediu ~6,5/10). Totuși, există și un procent semnificativ de nemulțumiți (~13%) și o prevalență ridicată a stresului emoțional (4 din 10 persoane trăiesc frecvent stări negative). Aceasta indică faptul că „*fericirea națională*” nu crește automat odată cu PIB-ul – deși economia a înregistrat îmbunătățiri, bunăstarea psihologică a rămas în urmă, așa cum semnalau deja rapoartele internaționale.

- Starea de sănătate percepută este relativ precară, cu satisfacție scăzută față de calitatea și accesul serviciilor medicale și nemulțumire față de costuri. Doar o treime din populație își consideră sănătatea (și serviciile aferente) cu adevărat bună. Se confirmă astfel că *sectorul sanitar rămâne o vulnerabilitate majoră* în bunăstarea generală a țării, percepută ca atare de cetățeni.

- Legătura dintre sănătate și bunăstare subiectivă este puternică și semnificativă – cei care se simt mai sănătoși și au experiențe medicale pozitive sunt mult mai fericiți, și viceversa. Această interconexiune sugerează că investițiile în sănătate (publică și individuală) pot produce dividende și în starea de bine subiectivă a populației, adică în *capitalul uman fericit*, cu potențiale efecte de multiplicare economică (productivitate sporită, participare socială mai activă).

Din aceste constatări decurge un set de recomandări pentru politici publice și practici de dezvoltare:

1. Integrarea indicatorilor de bunăstare subiectivă și sănătate în evaluarea dezvoltării – Guvernul și Biroul Național de Statistică ar trebui să includă în mod sistematic, alături de indicatorii economici (PIB, venit median, rata sărăciei), și indicatori de *calitate a vieții* raportați de cetățeni. De exemplu, satisfacția cu viața, sănătatea auto-evaluată și proporția persoanelor cu stare psihologică pozitivă pot fi monitorizate anual prin anchete sociale sau barometre ale bunăstării. Acest lucru ar alinia Moldova la practicile internaționale (ex. OECD – How's Life?, EUROSTAT – sondaje privind calitatea vieții), oferind o imagine mai cuprinzătoare asupra progresului societal. Formularea unor ținte naționale de creștere a fericirii și sănătății (nu doar a PIB-ului) ar evidenția angajamentul către o dezvoltare centrată pe oameni.

2. Investiții în sistemul de sănătate și sănătatea mintală – rezultatele arată clar că nemulțumirile legate de sănătate (atât starea proprie, cât și serviciile) cântăresc greu în balanța bunăstării. Este imperativ ca politicile economice să prioritizeze finanțarea adecvată a sănătății publice: creșterea accesului (mai multe facilități medicale în zone rurale, reducerea timpilor de așteptare), îmbunătățirea calității actului medical (pregătirea și motivarea cadrelor medicale, dotarea spitalelor) și reducerea poverii financiare asupra pacienților (compensarea extinsă a medicamentelor, plafonarea plăților informale). Sănătatea mintală merită o atenție deosebită – având în vedere incidența ridicată a stresului și depresiei, se recomandă dezvoltarea rețelei de consiliere psihologică accesibilă (inclusiv telefonic/online), campanii de conștientizare anti-stigmatizare și introducerea screening-ului de depresie la medicii de familie. Aceste măsuri pot părea costisitoare pe termen scurt, dar pe termen lung vor reduce cheltuieli sociale (șomaj, invaliditate) și vor crește productivitatea printr-o populație mai sănătoasă și mai fericită.

3. Politici de reducere a sărăciei și inegalităților – corelația venit-fericire evidențiază importanța continuării eforturilor de ridicare a veniturilor mici. Măsuri precum majorarea pensiei minime peste pragul sărăciei, indexarea adecvată a veniturilor la inflație, programe de incluziune pe piața muncii pentru grupurile marginalizate vor avea nu doar beneficii economice directe, ci și un impact pozitiv asupra stării de spirit colective. De asemenea, dezvoltarea de servicii publice gratuite sau subsidiere (sănătate, educație, transport) sporește bunăstarea resimțită, compensând lipsa veniturilor mari. O atenție specială trebuie acordată zonelor rurale sărace și comunităților vulnerabile, unde investițiile în infrastructură, sănătate și educație pot reduce decalajele și preveni declinul calității vieții. Altfel, disparitățile regionale riscă să se reflecte în *două realități* ale bunăstării: una urbană, relativ mulțumitoare, și una rurală, precară – aspect deja semnalat de datele demografice și care cere intervenție urgentă.

4. Promovarea echilibrului muncă-viață și a conexiunilor sociale – deși nu au reieșit ca factori dominanți, relațiile sociale și echilibrul viață profesională/personală au fost menționate de o parte semnificativă a respondenților ca elemente ale bunăstării. Prin urmare, companiile și instituțiile publice ar trebui încurajate (printr-un cadru legislativ sau prin stimulente) să adopte practici ce favorizează acest echilibru: orar de muncă flexibil, posibilitatea de telemuncă acolo unde e fezabil, concedii parentale adecvate, programe de team-building care să crească satisfacția la locul de muncă. Totodată, investițiile în *capitalul social* – susținerea activităților comunitare, voluntariatului, evenimentelor culturale locale – pot

crește sentimentul de apartenență și, implicit, fericirea indivizilor, mai ales în mediul rural unde coeziunea comunitară e un atu ce poate fi valorificat. Comunități mai puternice pot acționa ca plasă de siguranță emoțională și materială, reducând impactul negativ al factorilor economici adversi asupra bunăstării (șomaj, crize etc.).

5. Monitorizarea și evaluarea continuă a bunăstării – se recomandă instituirea unui sistem de monitorizare longitudinală a bunăstării subiective, eventual sub forma unui indice compozit național (care să includă satisfacția cu viața, sănătatea, educația, mediul, relațiile sociale și securitatea economică). Acest „indiciu al bunăstării durabile” ar putea fi publicat anual, similar indicelui de progres social, pentru a ghida politicile guvernamentale. Orice strategie națională de dezvoltare ar trebui să includă explicit obiectivul creșterii bunăstării cetățenilor, măsurat nu doar prin creștere economică, ci și prin acești indicatori alternativi. Astfel, s-ar putea evalua impactul real al politicilor în viața de zi cu zi a oamenilor și s-ar asigura *responsabilitatea* decidenților față de obiectivul final al oricărei guvernări: bunăstarea populației.

În concluzie, cercetarea noastră demonstrează că bunăstarea subiectivă a cetățenilor și sănătatea lor percepută constituie un veritabil „barometru” al bunăstării economice, care completează datele financiare și oferă o perspectivă centrată pe om asupra dezvoltării. Republica Moldova, aflată încă pe drumul tranziției economice și sociale, ar beneficia de adoptarea unui asemenea barometru în formularea politicilor publice, asigurându-se astfel că progresul nu este măsurat doar în cifre monetare, ci și în zâmbete, stare de sănătate și mulțumire a oamenilor săi.

RECUNOȘTINȚE / MULȚUMIRI

Prezenta lucrare a fost realizată în baza rezultatelor obținute în cadrul implementării proiectului „Consolidarea mecanismelor socio-economice și juridice pentru asigurarea bunăstării și securității cetățenilor” (CONSEJ 01.05.02).

REFERINȚE

1. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. (2025, 9 iulie). *Durata medie a vieții în anul 2024* [Comunicat de presă]. https://statistica.gov.md/ro/durata-medie-a-vietii-in-anul-2024-9578_61864.html
2. Bloom, D. E., & Canning, D. (2000). The health and wealth of nations. *Science*, 287(5456), 1207–1209. DOI: 10.1126/science.287.5456.1207
3. Clark, A. E., Flèche, S., Layard, R., Powdthavee, N., & Ward, G. (2018). *The origins of happiness: The science of well-being over the life course*. Princeton University Press. <https://press.princeton.edu/books/hardcover/9780691177892/the-origins-of-happiness>
4. Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Social-Determinants-of-Health-WHO-2008-Commission-on-Final-Report-eng.pdf>
5. Cummins, R. A. (2010). *Subjective well-being, homeostatically protected mood and depression: A synthesis*. *Journal of Happiness Studies*, 11(1), 1–17. <https://doi.org/10.1007/s10902-009-9167-0>
6. Cummins, R. A., & Wooden, M. (2014). Personal resilience in times of crisis: The implications of SWB homeostasis and set-points. *Journal of Happiness Studies*, 15(1), 223–235. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9481-4>
7. Data for Impact. (2024, June). *Quality of life survey: Republic of Moldova* (Report No. SR-24-213 D4I). https://www.data4impactproject.org/wp-content/uploads/2024/06/Moldova-Quality-of-Life-Survey_SR-24-213-D4I_508c-1.pdf
8. Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1–43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>

INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE "Modern Paradigms in the
Development of the National and World Economy", 18th Edition

9. Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40(1–2), 189–216. <https://doi.org/10.1023/A:1006859511756>
10. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). *The Satisfaction With Life Scale*. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
11. Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2018). Advances and open questions in the science of subjective well-being. *Collabra: Psychology*, 4(1), Article 15. <https://doi.org/10.1525/collabra.115>
12. Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D.-W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143–156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>
13. 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. <https://doi.org/10.2806/964014>
14. European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC). (2006). ESS Round 3: European Social Survey Round 3 data (Data file edition 3.7) [Data set]. Sikt—Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. <https://doi.org/10.21338/NSD-ESS3-2006>
15. European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC). (2012). *ESS Round 6: European Social Survey Round 6 data* (Data file edition 2.4) [Data set]. Sikt—Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. <https://doi.org/10.21338/NSD-ESS6-2012>
16. Gorecki, S., Gruen, D., & Johnson, S. (2011, September). *Measuring wellbeing in theory and practice* (Treasury Working Paper 2011–02). The Treasury. https://treasury.gov.au/sites/default/files/2019-03/Tsy_WorkingPaper_11_2.pdf
17. Headey, B. W., & Wearing, A. J. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 731–739. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.4.731>
18. Helliwell, J. F., & Putnam, R. D. (2004). The social context of well-being. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1435–1446. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1522>
19. Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J. D., & De Neve, J.-E. (Eds.). (2021). *World Happiness Report 2021*. Sustainable Development Solutions Network. <https://www.worldhappiness.report/ed/2021/>
20. Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J. D., Aknin, L. B., De Neve, J.-E., & Wang, S. (Eds.). (2023). *World Happiness Report 2023* (11th ed.). Sustainable Development Solutions Network. <https://files.worldhappiness.report/WHR23.pdf>
21. Huppert, F. A., Marks, N., Clark, A., Siegrist, J., Stutzer, A., Vittersø, J., & Wahrendorf, M. (2009). *Measuring well-being across Europe: Description of the ESS well-being module and preliminary findings*. *Social Indicators Research*, 91(3), 301–315. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9346-0>
22. Ianioglo, A., Tabac, T., Pahomii, I., Ceban, A., & Onofrei, N. (2021). Return migration in the Republic of Moldova: Main issues and opportunities. *International Migration*, 59(3), 162–176. <https://doi.org/10.1111/imig.12737>
23. Infotag. (2025, March 20). *Moldova drops nine positions in the rating of the happiest countries in the world*. <https://www.infotag.md/populis-en/322980/>
24. Lucas, R. E. (2007). Adaptation and the set-point model of subjective well-being: Does happiness change after major life events? *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 75–79. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00479.x>
25. OECD (2013), *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264191655-en>
26. OECD (2020), *How's Life? 2020: Measuring Well-being*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9870c393-en>
27. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
28. Sandvik, E., Diener, E., & Seidlitz, L. (1993). *Subjective well-being: The convergence and stability of self-report and non-self-report measures*. *Journal of Personality*, 61(3), 317–342. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1993.tb00283.x>

INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE "Modern Paradigms in the
Development of the National and World Economy", 18th Edition

29. Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. New York: Knopf. https://kuangaliablog.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/07/amartya_kumar_sen_development_as_freedombookfi.pdf
30. Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). *Subjective wellbeing, health, and ageing*. *The Lancet*, 385(9968), 640–648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
31. Stiglitz, J. E., Sen, A., & Fitoussi, J.-P. (2009). *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*. Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/8131721/8131772/Stiglitz-Sen-Fitoussi-Commission-report.pdf>
32. The Lancet Global Health. (2020). *Mental health matters*. *The Lancet Global Health*, 8(11), e1352. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30432-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30432-0)
33. World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Link (PDF oficial OMS): <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf>
34. World Health Organization. (2005). *Mental health atlas 2005* (Rev. ed.). <https://iris.who.int/handle/10665/43230>
35. World Health Organization. (2019). *World health statistics 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf0f0674-1fc2-4c53-9e1a-9086599ab367/content>

N.B. Acest articol a fost elaborat în cadrul proiectului „Consolidarea mecanismelor socio-economice și juridice de asigurare a bunăstării și securității cetățenilor” (CONSEJ 01.05.02).