



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

Galina Obreja, Olga Penina, Elena Raevschi

Medicină socială și management în sănătate (Manual)

Chișinău
2025



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA



Catedra de medicină socială și management
„Nicolae Testemițanu”

Galina Obreja, Olga Penina, Elena Raevschi

Medicină socială și management în sănătate (Manual)

Chișinău
Centrul Editorial Poligrafic *Medicina*
2025

Aprobat de Consiliul de Management al Calității al USMF *Nicolae Testemițanu*,
proces-verbal nr. 04 din 17.12.2024.

Autori:

- Galina OBREJA* - doctor în științe medicale, conferențiar universitar, Catedra de medicină socială și management „Nicolae Testemițanu”, Om Emerit.
- Olga PENINA* - doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar, Catedra de medicină socială și management „Nicolae Testemițanu”.
- Elena RAEVSCHI* - doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Catedra de medicină socială și management „Nicolae Testemițanu”.

Recenzenți:

- Gheorghe PLĂCINTĂ* - doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar, Catedra de boli infecțioase.
- Mircea BUGA* - doctor în științe medicale, conferențiar universitar, Catedra de medicină socială și management „Nicolae Testemițanu”.

În redacția autorilor.

Această publicație este prezentată în forma sa originală.

Manualul „Medicină socială și management în sănătate” a fost elaborat în baza experienței naționale și internaționale și a standardelor didactice actualizate. Manualul corespunde integral curriculumului la disciplina „Medicină socială și management în sănătate” pentru medicii de la programele de studii superioare integrate și de licență din cadrul USMF „Nicolae Testemițanu”.

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA
Obreja, Galina.

Medicină socială și management în sănătate: (Manual) / Galina Obreja, Olga Penina, Elena Raevschi; Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, Catedra de medicină socială și management „Nicolae Testemițanu”. – Chișinău: CEP *Medicina*, 2025. – 256 p.: fig. color, tab.

Bibliogr.: p. 250-256 (75 tit.). – În red. aut. – [100] ex.

ISBN 978-9975-82-411-8.

614.2:616-058(075.8)

O-16

CUPRINS

ABREVIERI	8
INTRODUCERE	9
1. SĂNĂTATEA POPULAȚIEI ȘI DETERMINANTELE EI	15
1.1. Medicină socială. Scurt istoric.....	15
1.2. Sănătate și boală	18
1.2.1. Sănătate	18
1.2.2. Boală	20
1.3. Determinantele sănătății	21
1.3.1. Determinantele biologice	21
1.3.2. Determinantele comportamentale.....	22
1.3.3. Determinantele sociale	23
1.3.4. Determinantele legate de sistemul de sănătate.....	26
1.3.5. Modelul determinantelor sănătății	26
1.4. Sănătate publică	28
1.4.1. Definiție, scop și funcții.....	28
1.4.2. Sănătate publică versus medicină	34
1.4.3. Supravegherea sănătății publice.....	37
1.5. Indicatorii de sănătate	39
1.5.1. Definiție	39
1.5.2. Clasificare	40
1.5.3. Dezagregarea datelor. Inechitățile în sănătate.....	42
1.5.4. Utilizarea indicatorilor de sănătate	46
1.5.5. Sursele de date	48
1.6. Concepte de bază de calculare a mărimilor relative.....	50
Exerciții de recapitulare	52
Întrebări de recapitulare.....	54
2. ANALIZA DEMOGRAFICĂ A SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI	55
2.1. Demografie. Definiție. Importanța pentru sănătatea publică	55
2.2. Starea demografică, evenimentul și procesul demografic	57
2.3. Ecuația demografică de bază	59
2.4. Ratele demografice de bază.....	60
2.5. Sursele de date demografice	62
2.5.1. Recensământul	62
2.5.2. Sistemul de înregistrare civilă și statistică vitală.....	65
2.5.3. Studiile în bază de eșantion	66
2.5.4. Alte surse de informație demografică	67
2.6. Numărul și structura populației	67
2.6.1. Structura populației pe medii de reședință	68

2.6.2. Structura populației pe sexe	68
2.6.3. Structura populației pe grupe de vârstă.....	69
2.6.4. Piramida populației, tipuri și caracteristici	70
2.7. Îmbătrânirea populației.....	73
2.7.1. Aspecte demografice.....	73
2.7.2. Aspecte medico-sociale	76
2.7.3. Caracteristici ale îmbătrânirii populației în Republica Moldova	77
2.8. Procese demografice	79
2.8.1. Natalitatea și fertilitatea	79
2.8.2. Mortalitatea	81
2.8.3. Migrația	92
2.9. Tranziția demografică	93
Exerciții de recapitulare.....	97
Întrebări de recapitulare	99
3. MĂSURAREA MORBIDITĂȚII, DIZABILITĂȚII ȘI CALITĂȚII VIEȚII POPULAȚIEI	100
3.1. Morbidity. Noțiuni. Tipuri	100
3.1.1. Morbidity diagnosticată	101
3.1.2. Morbidity măsurată	101
3.1.3. Morbidity auto-raportată	102
3.2. Indicatorii morbidității.....	102
3.2.1. Prevalența	103
3.2.2. Incidența.....	104
3.3. Clasificarea internațională a bolilor.....	112
3.3.1. Scopul și destinația.....	112
3.3.2. Clasificarea internațională a bolilor, revizia a X-a	113
3.3.3. Clasificarea internațională a bolilor, revizia a XI-a	114
3.4. Dizabilitatea.....	116
3.4.1. Concepte de bază	116
3.4.2. Abordări privind măsurarea dizabilității.....	119
3.4.3. Direcțiile de utilizare a datelor privind dizabilitatea	121
3.5. Indicatorii sintetici ai sănătății	121
3.5.1. Speranța de viață	123
3.5.2. Speranța de viață sănătoasă	125
3.6. Povara globală a bolii	125
3.6.1. Ani potențiali de viață pierduți.....	126
3.6.2. Ani trăiți cu dizabilitate	128
3.6.3. Ani de viață ajustați cu dizabilitate	128
3.6.4. Ani de viață ajustați în funcție de calitate	129

3.7. Direcțiile de utilizare a indicatorilor sintetici ai sănătății.....	130
3.8. Sănătatea și calitatea vieții	131
3.8.1. Măsurarea calității vieții determinată de starea de sănătate.	133
3.8.2. Direcțiile de utilizare a instrumentelor QOL și HRQOL	135
Exerciții de recapitulare	136
Întrebări de recapitulare	139
4. PREVENIREA ȘI CONTROLUL BOLILOR NETRANSMISIBILE. SCREENINGUL	
.....	140
4.1. Bolile netransmisibile. Definiție, tipuri și factori de risc	140
4.1.1. Definiție. Tipurile principale de boli netransmisibile	140
4.1.2. Impactul socio-economic	141
4.1.3. Prevenția și controlul bolilor netransmisibile	142
4.2. Prevenția. Nivelele de prevenție.....	143
4.2.1. Concepte de bază	143
4.2.2. Prevenția primară	145
4.2.3. Prevenția secundară	147
4.2.4. Prevenția terțiară.....	147
4.3. Screeningul	150
4.3.1. Concepte de bază	150
4.3.2. Principiile screeningului	150
4.3.3. Evaluarea testelor de screening.....	152
4.4. Tranziția epidemiologică	156
4.5. Monitorizarea și supravegherea bolilor netransmisibile	159
4.6. Strategiile globale de prevenire și control al bolilor netransmisibile.....	161
4.7. Programele naționale de prevenire și control al bolilor netransmisibile	163
Exerciții de recapitulare	164
Întrebări de recapitulare	165
5. MANAGEMENTUL, ORGANIZAREA ȘI FUNCȚIONAREA SISTEMELOR DE SĂNĂTATE	
.....	166
5.1. Sistemul de sănătate.....	166
5.1.1. Concepte de bază	166
5.1.2. Caracteristicile sistemelor de sănătate	168
5.1.3. Obiectivele și funcțiile sistemului de sănătate	169
5.2. Guvernanța	172
5.2.1. Definiție	172
5.2.2. Componentele guvernanței	173
5.2.3. Actorii guvernanței în domeniul sănătății	174
5.2.4. Principiile guvernanței	176

5.3. Generarea resurselor	177
5.3.1. Resursele umane și resursele fizice (infrastructura și echipamentele medicale)	177
5.3.2. Sistemul informațional în sănătate	179
5.3.3. Produse farmaceutice, vaccinuri și alte consumabile	180
5.4. Finanțarea sistemelor de sănătate	181
5.4.1. Contextul cheltuielilor pentru sănătate	181
5.4.2. Componentele finanțării sistemului de sănătate	184
5.4.3. Plata pentru prestarea serviciilor. Metodele principale de plată	193
5.4.4. Tipologia sistemelor de sănătate. Caracteristici, avantaje și dezavantaje.....	194
5.5. Serviciile de sănătate.....	200
5.5.1. Concepte de bază	200
5.5.2. Clasificarea serviciilor de sănătate	201
5.5.3. Componentele prestării de servicii	202
5.6. Calitatea serviciilor de sănătate	205
5.6.1. Definiție	205
5.6.2. Măsurarea calității serviciilor de sănătate	206
5.6.3. Dimensiunile calității serviciilor de sănătate.....	208
5.7. Performanța sistemului de sănătate	212
Exerciții de recapitulare.....	213
Întrebări de recapitulare	216
6. POLITICA DE SĂNĂTATE. MONITORIZARE ȘI EVALUARE	218
6.1. Politica publică de sănătate.....	218
6.1.1. Definirea politicii publice.....	218
6.1.2. Sănătate publică versus politică de sănătate	218
6.2. Planificarea în domeniul sănătății	220
6.2.1. Concepte de bază	220
6.2.2. Tipurile de planificare.....	220
6.2.3. Etapele procesului de planificare strategică	224
6.3. Monitorizare și evaluare în sectorul sănătății	236
6.3.1. Concepte de bază	236
6.3.2. Importanța monitorizării și evaluării.....	238
6.3.3. Cadrul logic al procesului de monitorizare și evaluare.....	239
Exerciții de recapitulare.....	246
Întrebări de recapitulare	248
BIBLIOGRAFIE	250

Mulțumiri

Suntem recunoscători recenzenților manuscrisului: Gheorghe Placinta, doctor habilitat, conferențiar universitar la Catedra de boli infecțioase, și Mircea Buga, doctor, conferențiar universitar la Catedra de medicină socială și management *Nicolae Testemițanu*, ambii de la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*.

Autorii

ABREVIERI

ACB	analiza cost-beneficiu
ACE	analiza cost-eficacitate
AMP	asistență medicală primară
AOAM	asigurare obligatorie de asistență medicală
APVP	ani potențiali de viață pierduți
BNT	boli netransmisibile
CBTM	cadrul bugetar pe termen mediu
CIF	Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății
CIM	Clasificarea Statistică Internațională a Maladiilor și Problemelor Conexe de Sănătate
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
DALY	ani de viață ajustați cu dizabilitate
DHS	Studiul Demografic și de Sănătate
DRG	grup legat de diagnostice
ECHI	principalii indicatori de sănătate din Europa
HALE	speranța de viață sănătoasă
HRQOL	calitatea vieții determinată de starea de sănătate
GBD	povara globală a bolii
LE	speranța de viață
MICS	Studiu de Indicatori Multipli în Cuiburi
ODD	Obiectiv de Dezvoltare Durabilă
OESP	operațiune esențială de sănătate publică
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONG	organism neguvernamental
OOP	cheltuieli din buzunar
PIB	produsul intern brut
QALY	ani de viață ajustați în funcție de calitate
QOL	calitatea vieții
SF-36	studiu de sănătate – forma scurtă
Se	sensibilitate
Sp	specificitate
SUA	Statele Unite ale Americii
TI	tehnologia informației
TVA	taxa pe valoarea adăugată
VPP	valoarea predictivă pozitivă
VPN	valoarea predictivă negativă
WHOQOL	chestionarul privind calitatea vieții al Organizației Mondiale a Sănătății
WHOQOL-BREF	chestionarul OMS privind calitatea vieții – forma scurtă
YLD	ani trăiți cu dizabilitate

INTRODUCERE

Medicina socială este o ramură a medicinei care se ocupă cu studiul stării de sănătate a populației într-un context social larg. Medicina socială studiază sănătatea și boala în cadrul unei populații sau a unor grupuri definite de populație pentru a identifica nevoile de sănătate ale acestora și pentru a planifica, implementa, monitoriza și evalua strategii și programe de sănătate în vederea unui răspuns eficient la aceste nevoi. Managementul în sănătate studiază formele și metodele contemporane de organizare, planificare, finanțare, prestare, analiză și evaluare a serviciilor de sănătate în cadrul sistemelor de sănătate. Disciplina include un șir larg de metode demografice, epidemiologice, statistice, sociale ș. a., utilizate în analiza stării de sănătate a populației și a factorilor determinanți ai acesteia, și în monitorizarea și evaluarea sistemului de sănătate și a politicilor de sănătate. Manualul la disciplina „Medicină socială și management în sănătate” este conform cu curriculumul disciplinei pentru programul de studii superioare integrate în Medicină și pentru programele de studii de licență în domeniul Sănătate în cadrul USMF „Nicolae Testemițanu”.

Conținutul acestui manual este structurat în șase capitole. Aspectele de medicină socială cuprind analiza stării de sănătate, inclusiv analiza demografică a stării de sănătate, analiza morbidității, dizabilității și calității vieții, determinantelor sănătății și inechităților în materie de sănătate și utilizarea indicatorilor sintetici în analiza sănătății populației și poverii bolii. Prin tematica dedicată analizei stării de sănătate se urmărește acumularea de cunoștințe de către studenți, care să faciliteze elaborarea lucrărilor de absolvire / tezelor de licență și implicarea în cercetare.

Aspectele de management sunt structurate în două capitole, dedicate organizării, managementului și funcționării sistemelor de

sănătate și politicii de sănătate, precum și monitorizării și evaluării politicilor publice de sănătate și a sistemului de sănătate.

Capitolul I cuprinde un scurt istoric al dezvoltării medicinei sociale ca ramură interdisciplinară a medicinei și evoluției înțelesurilor medicinei sociale în diverse etape și condiții sociale. Studenții sunt informați despre conceptele principale ale medicinei sociale și importanța conștientizării legăturii dintre condițiile sociale și sănătate, astfel precum este reflectat în definiția sănătății formulată de OMS. Pe lângă sănătatea fizică și cea mentală, definiția dată include și bunăstarea socială. Studiarea acestui capitol va ajuta studenții să aprecieze influența determinantelor sănătății și să înțeleagă importanța abordării acestora și rolul lucrătorilor medicali în prevenirea bolilor și promovarea sănătății, activitățile de pledoarie pentru sănătate și colaborarea intersectorială.

Pe măsură ce importanța aspectelor sociale ale sănătății a devenit tot mai cunoscută și s-a dezvoltat domeniului sănătății publice, aspectele sociale au devenit parte componentă a acestuia. În acest context, este definită sănătatea publică și funcțiile (operațiunile esențiale) ei, precum și legătura dintre acestea și funcțiile sistemului de sănătate. Sunt descrise diferențele și asemănările dintre algoritmul evaluării stării de sănătate a populației și diagnosticul stării de sănătate a unei persoane. Este specificată contribuția sănătății publice la asigurarea acoperirii universale cu servicii de sănătate. Prezentarea informației menționate urmărește să contribuie la acumularea de către viitorii medici și alți lucrători medicali a competențelor relevante, pe care aceștia trebuie să le stăpânească pentru a presta servicii medicale de cea mai bună calitate. Sunt prezentate informații privind supravegherea sănătății publice și importanța acesteia în măsurarea stării de sănătate a populației. Măsurarea stării de sănătate și fundamentarea intervențiilor de prevenire și control al bolilor la nivelul populației implică utilizarea unor indicatori. În acest sens, sunt definiți indicatorii de sănătate și sunt descrise domeniile de utilizare a acestora. Studenții vor face cunoștință cu importanța dezagregării indicatorilor de

sănătate, identificarea grupurilor de populație cu nevoi de sănătate prioritare și determinarea existenței inegalităților în sănătate, inclusiv ca rezultat al intervențiilor implementate. Conținutul acestui capitol este completat cu sursele principale de date și sistemele de indicatori de sănătate la nivel național, regional și internațional.

În capitolul II este abordată importanța demografiei pentru măsurarea stării de sănătate a populației și determinarea nevoilor privind serviciile de sănătate. Sunt prezentate conceptele demografice de bază și sunt descrise sursele principale de date demografice. Descrierea structurii populației și a proceselor demografice principale, cum ar fi natalitatea, mortalitatea și migrația, sunt esențiale pentru analiza nevoilor de servicii de sănătate a diverselor grupuri de populație și alocarea de resurse. Cunoașterea acestor caracteristici prezintă interes pentru viitorii medici și alți lucrători medicali. Sunt prezentate aspectele demografice și medico-sociale ale îmbătrânirii populației și implicațiile lor pentru sănătate și bunăstare și prestarea serviciilor de sănătate, utilizând abordarea pe tot parcursul vieții. Natalitatea și mortalitatea sunt două procese demografice principale, care determină starea de sănătate a unei populații și în derularea cărora medicii și alți lucrători medicali au implicații directe. Definirea, clasificarea și descrierea indicatorilor de mortalitate vine să completeze spectrul de cunoștințe al studenților în vederea analizei stării de sănătate a populației, care pot fi utilizate atât în activitatea practică, cât și în cea științifică.

Capitolul III descrie morbiditatea, dizabilitatea și calitatea vieții și abordările de măsurare ale acestora. Sunt prezentate tipurile de morbiditate și metodele de analiză a acesteia. Studenții sunt familiarizați cu clasificarea internațională a bolilor, reviziile a 10-a și a 11-a și importanța lor pentru activitatea medicală și cea de sănătate publică. În continuare, este descrisă dizabilitatea și conceptele sale principale în lumina Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (2001), abordările principale privind măsurarea dizabilității și avantajele și

dezavantajele fiecărei abordări. Studenții sunt informați despre direcțiile de utilizare a indicatorilor privind dizabilitatea, făcându-se accent pe importanța acestora în evaluarea atingerii Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă și asigurarea unei dezvoltări incluzive. Majoritatea bolilor netransmisibile nu prezintă pericol direct pentru viața pacienților, dar comportă implicații grave pentru sănătatea și calitatea vieții acestora. În acest context, studenții sunt familiarizați cu indicatorii sintetici ai sănătății, care combină informațiile despre deces și efectele nefatale, reprezentând sănătatea populației printr-un singur număr. Studenții sunt familiarizați, de asemenea, cu conceptele „povara bolii” și „calitatea vieții determinată de starea de sănătate” și modalitățile de măsurare a lor. Sunt prezentate direcțiile de utilizare a instrumentelor de măsurare a calității vieții determinată de starea de sănătate în practica clinică și în sănătatea publică.

Principalele tipuri de boli netransmisibile și factorii lor de risc sunt prezentate în **capitolul IV**. Sunt descrise cele trei nivele de prevenție, precum și abordările OMS privind prevenția primară. Screeningul este o intervenție preventivă utilizată pe larg în practica medicală pentru identificarea precoce a unei boli sau factor de risc. În acest sens studenții sunt familiarizați cu principiile de bază pentru stabilirea unui program de screening și criteriile de evaluare a testelor de screening. Sunt prezentați indicatorii de monitorizare și supraveghere a bolilor netransmisibile și strategiile de prevenire și control al acestora, inclusiv în Republica Moldova. Tot aici sunt prezentate etapele tranziției epidemiologice.

În **capitolul V** sunt descrise aspectele de management, organizare și funcționare a sistemelor de sănătate. Studenții sunt familiarizați cu noțiunea de sistem de sănătate și diferența între acesta și sistemul îngrijirilor medicale. Sunt descrise caracteristicile comune, funcțiile și obiectivele sistemelor de sănătate. Descrierea fiecărei funcții a sistemului de sănătate vine să îmbogățească cunoștințele studenților cu informații generale referitor la sistemul în care urmează să intre în calitate de

prestatori de servicii de sănătate. Guvernanța este descrisă în termeni de componente ale funcției, actori și principii. Generarea resurselor este descrisă în termeni de cele trei componente constitutive: resurse umane și resurse fizice, sistemul informațional în domeniul sănătății și produse farmaceutice, vaccinuri și alte consumabile. Subcapitolul „Finanțarea” vine să informeze studenții despre contextul cheltuielilor de sănătate și componentele finanțării, cu descrierea fiecăreia dintre acestea. Sunt descrise, de asemenea, principalele tipuri de sisteme de sănătate, avantajele și dezavantajele lor. O funcție principală a sistemului de sănătate este prestarea serviciilor, iar în acest în manual sunt definite, clasificate și caracterizate serviciile de sănătate. Unul din subcapitole este dedicat calității serviciilor de sănătate și aspectelor de măsurare a acestora.

Capitolul VI este dedicat politicii publice de sănătate și monitorizării și evaluării în domeniul sănătății. Acesta definește noțiunile principale în legătură cu politica publică de sănătate și conturează conceptul de formulare a politicii de sănătate. În plus, capitolul introduce subiecte legate de politica de sănătate, inclusiv părțile interesate, principalele tipuri de politici de sănătate și importanța studierii politicilor de sănătate. Capitolul dat oferă studenților cunoștințe de bază privind ciclul politicii publice de sănătate în general și în Republica Moldova, în special. Studiarea acestui capitol va ajuta studenții să înțeleagă metodele de analiză utilizate în cadrul planificării, precum analiza SWOT, importanța formulării corecte a obiectivelor specifice în baza criteriilor SMART și tehnicile analitice utilizate în cadrul evaluării opțiunilor și luării deciziilor. Unul din subcapitole este dedicat monitorizării și evaluării politicilor publice de sănătate și a sistemului de sănătate. Cele două procese sunt prezentate într-un cadru logic cu descrierea domeniilor de indicatori, a surselor și instrumentelor de colectare a datelor, analiză și sinteză, comunicare și utilizare a datelor. De asemenea, sunt prezentate aspectele importante ale calității datelor.

Conținutul textual este completat cu informații expuse în tabele și figuri, care vor facilita înțelegerea subiectelor abordate de către studenți. Exemplele prezentate în capitole, exercițiile și întrebările de recapitulare de la sfârșitul fiecărui capitol, au scopul de a forma, pe de o parte, abilități de calculare și interpretare a indicatorilor de sănătate, indicatorilor de calitate a serviciilor de sănătate și a indicatorilor de performanță a sistemului de sănătate, iar pe de alta, de a forma capacități de utilizare a informației pentru luarea deciziilor bazate pe dovezi în viitoarea carieră medicală.

1. SĂNĂTATEA POPULAȚIEI ȘI DETERMINANTELE EI

1.1. Medicină socială. Scurt istoric

Medicina este știința și practica, care se ocupă de diagnosticul, tratamentul și prevenirea bolilor. **Medicina socială** este o ramură interdisciplinară a medicinei, care se ocupă cu studiul sănătății populației și a sistemului de sănătate într-un context social larg. Medicina socială contribuie la înțelegerea factorilor care determină starea de sănătate și a modalităților de aplicare a cunoștințelor despre aceștia pentru îmbunătățirea sănătății populației.

Termenul „medicină socială” a avut diverse înțelesuri de-a lungul timpului și a fost adaptat la diferite societăți și diverse condiții sociale. Cu toate acestea, trei principii de bază cu privire la aspectele academice și practice ale medicinei sociale, formulate de Rudolf Virchow (1821-1902) și colegii săi (14) în secolul al XIX-lea și rezumate ulterior de George Rosen (1910-1977) (35), stau la baza noțiunii:

- sănătatea populației este o chestiune de interes social direct;
- condițiile sociale și cele economice au un efect important asupra sănătății, bolii și practicii medicale, iar relațiile dintre acestea trebuie supuse unei investigații științifice;
- societatea trebuie să promoveze sănătatea și să combată bolile, iar măsurile implicate trebuie să fie atât sociale, cât și medicale.

Sarcina predării medicinei sociale este de a construi un set de concepte și abilități pentru studenți care să le permită să pună întrebările potrivite și să abordeze problemele de sănătate ale populației pe care o deservesc. Medicii nu pot, însă, practica medicina socială de sinestătător, ei trebuie să facă parte dintr-o echipă vastă de profesioniști din domeniul sănătății și grupuri comunitare. Profesorul William Hobson în articolul său „What is social medicine?”, publicat în „British Medical Journal” în 1949, menționa următoarele: „În predarea

medicinii s-a urmărit acumularea de fapte, cu neglijarea studiului omului în mediul său. Umanismul medicinei este adesea pierdut într-un zgomot de detaliu tehnic. Medicina socială este o ramură a medicinei care oferă un punct de legătură cu științele umaniste mai largi. Filosofia sa ar trebui să pătrundă în toate ramurile medicinei, deoarece implicațiile ei nu pot fi separate de nicio ramură a învățământului medical”, chestiuni care sunt actuale și astăzi (7).

La sfârșitul secolului al XVIII-lea, medicul german Johann Peter Frank (1745-1821), a numit „sărăcia – mama bolilor” și a descris sistemul de „politică medicală”, predecesorul sănătății publice (36). Studiarea sistematică a legăturii dintre boală, medicină și societate a început la mijlocul secolului al XIX-lea.

Condițiile precare de muncă și de trai, șomajul, lipsa locuinței și sărăcia au creat un mediu care a avut un impact semnificativ asupra sănătății oamenilor. Studiarea relației dintre acestea și practica medicală au devenit cunoscute sub numele de „medicină socială”. În acel moment, termenul însemna extinderea perspectivei medicinei la problemele sociale.

Termenul „medicină socială” a fost introdus pentru prima dată de medicul francez Jules Guérin (1801-1886) la mijlocul secolului al XIX-lea, care a descris legătura dintre condițiile sociale și sănătate (47). Guérin a susținut că obiectivul de creare a unei societăți noi, mai sănătoase, după revoluție (1848), ar putea fi realizat într-un mod eficient dacă cunoștințele și informațiile referitoare la relațiile dintre *problemele medicale, factorii sociali și afacerile publice* ar fi integrate sistematic în cadrul medicinei sociale.

Fondatorul medicinei sociale este considerat medicul german Rudolf Virchow, unul dintre marii patologii ai secolului al XIX-lea. El era conștient de originile sociale ale bolii. În 1848, el a investigat o epidemie de tifos în provincia Silezia Superioară a Prusiei și a identificat factorii sociali, cum ar fi sărăcia și lipsa educației și a democrației, ca elemente

cheie în dezvoltarea epidemiei. Raportul său (1848) despre această epidemie este considerat o lucrare clasică în istoria medicinei sociale.

După Virchow, „medicina este o știință socială, iar politica nu este altceva decât medicină la scară largă” și „dacă medicina trebuie să-și îndeplinească cu adevărat marea sa sarcină, atunci ea trebuie să intervină în viața politică și cea socială” (14). Virchow a propus crearea unui „serviciu de sănătate publică”, un sistem integrat de unități de îngrijiri de sănătate, în proprietate publică și operat de stat, cu personal constând din lucrători din domeniul sănătății angajați de stat.

De atunci, definiția medicinei sociale a evoluat pentru a fi sinonimă cu sănătatea publică, igiena socială, medicina comunitară, patologia socială. Practica medicinei sociale a evoluat, de asemenea, la nivel global și național de-a lungul deceniilor.

Anii interbelici au fost martorii unei game largi de evoluții internaționale în medicina socială ca disciplină academică. În perioada dintre cele două războaie mondiale, susținătorii medicinei sociale ca disciplină academică din cadrul organizațiilor internaționale de sănătate, au depus eforturi pentru a zădărnici punerea accentului exclusiv asupra medicinei clinice și au făcut posibilă înaintarea către agende sociale mai largi.

Din momentul înființării sale, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a acordat prioritate dezvoltării medicinei sociale. Mișcarea internațională de medicină socială dinaintea celui de-al Doilea Război Mondial și-a propus să creeze un nou rol social pentru medicină pentru a lupta cu tranziția epidemiologică, de la bolile infecțioase la bolile cronice, creată de evoluțiile economice și sociale din secolul al XX-lea.

Medicina socială a fost instituționalizată ca disciplină academică de la începutul secolului al XX-lea. Instituționalizarea a fost accelerată după cel de-al Doilea Război Mondial.

Oamenii sunt organisme biologice și, în același timp sociale și, prin urmare, sănătatea umană este afectată atât de factori sociali, cât și de

factori biologici, care duc la apariția bolilor. Programul interdisciplinar dintre medicină și științele sociale oferă medicinei cunoștințele și deprinderile necesare pentru a analiza cauzele sociale ale sănătății și bolii în același mod în care alianța dintre medicină și științele de laborator au oferit noi perspective despre bazele biologice, chimice și fizice ale bolii.

Leon Eisenberg (1922-2009) a argumentat mai specific că distribuția sănătății și a bolilor în populațiile umane reflectă locul în care oamenii trăiesc, ceea ce ei mănâncă, munca pe care o fac, aerul și apa pe care o consumă, activitatea lor, interconectarea lor cu ceilalți și statutul pe care îl ocupă în ordinea socială (4).

Declarația de la Alma Ata a OMS din 1978 cu privire la îngrijirile primare de sănătate a îmbrățișat, de asemenea, principiile de bază ale medicinei sociale (54).

Medicina socială ca știință și practică a evoluat diferit în diferite țări. Pe măsura conștientizării importanței aspectelor nemedicale ale sănătății și dezvoltării domeniului „sănătate publică”, aspectele sociale au devenit parte componentă a acestuia.

1.2. Sănătate și boală

1.2.1. Sănătate

De obicei, sănătatea este percepută în termeni de sănătate fizică sau biologică. Dar sănătatea este și o chestiune socială, deoarece multe dintre cauzele bolii sunt afectate de factori sociali. Aspectele sociale ale bolii sunt parte a definiției sănătății, astfel cum a fost formulată de OMS (1946): „**Sănătatea** este o stare de bine complet din punct de vedere fizic, mental și **social** și nu doar absența bolii sau a infirmității”. Această definiție a fost completată ulterior cu „și abilitatea persoanei de a duce o viață productivă din punct de vedere social și economic” (69).

Organizația Mondială a Sănătății definește sănătatea, folosind o **abordare pozitivă** a sănătății „stare de bine complet”. Dar, starea de

sănătate, astfel cum este definită de către OMS, nu poate fi măsurată prin metode măsurabile precise. Prin urmare, măsurarea stării de sănătate se bazează pe **o abordare negativă**. Aceasta înseamnă că starea de sănătate se măsoară în termeni de boală (sănătate precară), consecințe ale bolii (dizabilitate, deces) și determinante ale sănătății (sociale, comportamentale etc.). Starea de bine din punct de vedere social sau bunăstarea socială se măsoară în termeni de statut socioeconomic, calitatea vieții determinată de starea de sănătate, contactele sociale și resursele sociale.

Declarația de la Alma-Ata (1978) a afirmat că sănătatea este un drept fundamental al omului și că guvernele sunt responsabile să asigure acest drept pentru cetățenii lor și să dezvolte strategii adecvate pentru a-și îndeplini această promisiune (54). În 1986, Carta de la Ottawa privind Promovarea Sănătății a OMS a definit sănătatea ca fiind „capacitatea individuală sau a grupurilor de persoane de a-și realiza aspirațiile și a-și satisface nevoile și de a se schimba sau de a face față mediului” (55).

Sănătatea este un fenomen mai cuprinzător, deoarece pune accentul pe importanța **bunătății sociale** a persoanei și a populațiilor și nu doar pe medicalizarea bolilor. Aceasta ia în considerare spectrul complex de factori culturali, sociali, politici și de mediu, precum și componentele biologice și genetice care influențează sănătatea și bunăstarea populațiilor. Deoarece sănătatea este o stare de bine complet din punct de vedere fizic, mental și social a unei persoane, ea este importantă pentru dezvoltarea societății. Printre componentele unei bune sănătăți, esențiale pentru dezvoltare, se numără: pacea, lipsa violenței, durerii, disconfortului și stresului, absența bolii și a infirmității, alimentația echilibrată, locuința adecvată, alimentarea cu apă, condițiile bune de muncă și de trai, accesul la resurse educaționale.

O stare de sănătate bună întărește dezvoltarea, deoarece crește productivitatea. De asemenea, ea fortifică capacitățile oamenilor,

contribuie la creșterea economică și a investițiilor și promovează un comportament pozitiv.

Sănătatea nu este o responsabilitate exclusivă a sectorului sănătății, ea este o responsabilitate împărțită și de alte sectoare. Această viziune este susținută de sistemul integrat al Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă (ODD) și ȋntelor care pot facilita integrarea politicilor publice ȋntre sectoare.

1.2.2. Boală

Boala reprezintă perturbări funcționale și structurale ale organismului uman care produc semne și simptome considerate ca devieri de la normalitate. Bolile apar ca manifestări ale eșecurilor de adaptare la ambianță și ale insucceselor ȋn combaterea agresiunilor biologice, fizice și chimice. Dimensiunea bolii are un rol important ȋn definirea sănătății.

ȋn raport cu sănătatea, boala se manifestă ca o formă particulară de existență a omului, caracterizată printr-un proces ce tulbură echilibrul părților ȋn organism și al organismului ȋn raport cu mediul și care duce, fie la limitarea sau dispariția libertății și a capacității de muncă (dizabilitate), fie la decesul persoanei care s-a ȋmbolnăvit.

ȋn legătură cu conceptul de boală, trebuie să se facă distincția ȋntre sentimentul de a fi bolnav – percepția subiectivă a bolii (atunci când persoana se definește drept bolnavă, *eng. illness*) și conceptul științific de boală, definită obiectiv ȋn baza unor evaluări medicale (*eng. disease*).

Boala ca percepție subiectivă (*eng. illness*) se referă la sentimentul subiectiv de a se simți rău; acest sentiment nu definește o boală specifică, ci se referă la experiența subiectivă a unei persoane, cum ar fi disconfortul, oboseala sau starea generală de rău. Modul ȋn care un pacient raportează simptomele este influențat de mediul său cultural, iar cuvântul „*sickness*” se referă la expresia bolii ȋn raport cu

normele sociale și culturale referitor la condiția de sănătate (de exemplu, frica de cancer sau stigmatizarea în cazul HIV/SIDA sau tuberculozei).

Pentru boală, ceea ce se exprimă este suferința. Între timp, boala înseamnă a trăi cu un diagnostic mediat printr-un set de intervenții ale sistemului de sănătate. Un alt termen folosit pentru a defini boala este *dizabilitatea*, care va fi abordată în capitolul 3.

1.3. Determinantele sănătății

Starea de sănătate a populației este determinată de circumstanțele și mediul în care aceasta se află. **Determinantele sănătății** reprezintă o gamă de factori personali, sociali, economici și de mediu care influențează starea de sănătate a populației. Termenul „determinante” se aplică în general pentru a explica patternurile de sănătate sau boală ale populației sau ale unor grupuri de persoane.

Factorii care determină starea de sănătate cuprind următoarele categorii:

- determinantele biologice;
- determinantele comportamentale;
- determinantele sociale sau socio-economice;
- determinantele legate de sistemul de sănătate.

1.3.1. Determinantele biologice

Unii factori biologici, cum ar fi vârsta și genul, influențează starea de sănătate a populației. De exemplu, persoanele vârstnice sunt predispuse biologic la o stare de sănătate mai precară în comparație cu adolescenții. Aceasta se datorează efectelor fizice și cognitive ale îmbătrânirii. Bărbații și femeile suferă de diferite boli la diferite vârste. Moștenirea genetică și istoricul familial joacă de asemenea un anumit rol în determinarea duratei de viață, și a probabilității dezvoltării anumitor boli. Exemple de determinante genetice: anemia falciformă / siclemia / drepanocitoza (*eng. Sickle cell disease*), hemophilia, fibroza

chistică. Determinantele biologice nu pot fi modificate prin intervenții de sănătate publică.

1.3.2. Determinantele comportamentale

Determinantele comportamentale sunt denumite și factori de risc comportamentali. *Factorii de risc* sunt atribute, caracteristici sau expuneri care cresc probabilitatea dezvoltării unei boli sau tulburări la o persoană. Unul din modurile în care determinantele sociale influențează sănătatea include efectele pe care lipsa de control, stresul și capacitățile reduse le au asupra comportamentelor de sănătate, inclusiv utilizarea tutunului și a alcoolului, alimentația nesănătoasă, inactivitatea fizică, consumul de droguri și comportamentul sexual nesigur. Comportamentele individuale sunt uneori descrise ca fiind alese liber și, prin urmare, ca diferențe sociale în stilul de viață atribuite alegerilor individuale nesănătoase. Strategia evidentă de reducere a acestor comportamente asociate cu stilul de viață este de a informa oamenii despre efectele negative ale acestor comportamente asupra sănătății, pentru a-i motiva să-și schimbe stilul de viață, adică să facă o alegere mai sănătoasă. Presupunerea că stilurile de viață ale diferitor grupuri sociale sunt alese liber este, însă, greșită, deoarece mediul social și economic în care oamenii trăiesc le modelează stilurile lor de viață. Recunoașterea acestor stiluri de viață ca determinante structurale evidențiază importanța intervențiilor structurale în reducerea inechităților sociale cu privire la bolile asociate cu factorii stilului de viață. Astfel de intervenții includ:

- politici fiscale care să crească prețurile la produsele dăunătoare și să limiteze legal accesul la aceste produse;
- promovarea unui stil de viață mai sănătos prin facilitarea alegerii alternativelor sănătoase, de exemplu, prin subvenții publice și acces crescut la alimente sănătoase și la facilități de recreere.

Nu înseamnă, însă, că intervențiile la nivel individual nu sunt importante. De exemplu, calitatea vieții pacienților cu diabet poate fi îmbunătățită prin modificări ale comportamentelor lor de sănătate, iar pentru aceasta trebuie aplicată educația individuală pentru sănătate a pacienților de către profesioniștii din domeniul sănătății.

1.3.3. Determinantele sociale

Distribuția sănătății și a bolilor în populațiile umane poate fi înțeleasă doar luând în considerare contextul social, „procese sociale determină modelarea socială a distribuției sănătății și bolilor în interiorul societății și între societăți”. După cum s-a menționat mai sus, conceptul dat este diametral opus ipotezelor individualiste biomedicale și ale stilului de viață conform cărora distribuția bolilor provine din caracteristicile intrinseci ale persoanelor, fie biologice, fie comportamentale.

Determinantele sociale, denumite și determinate socio-economice ale sănătății, provin dintr-un „mediu social”, structurat de politicile guvernamentale și ierarhiile de statut. Determinantele sociale ale sănătății reflectă factorii și condițiile în care oamenii se nasc, trăiesc, învață, lucrează și îmbătrânesc și accesul oamenilor la putere, bani și resurse. Acești factori influențează starea de sănătate, funcționarea și calitatea vieții. Exemple de determinante sociale ale sănătății sunt: disponibilitatea resurselor pentru acoperirea nevoilor cotidiene, cum ar fi cele de educație, muncă, trai sau hrană; normele și atitudinile sociale, cum ar fi discriminarea; expunerea la crime și violență; sărăcia; siguranța publică; segregarea rezidențială.

Nivelul de educație este, în general, o condiție prealabilă pentru un loc de muncă mai bun, care să asigure venituri mai mari. Educația conferă cunoștințe, abilități de rezolvare a problemelor și un sentiment de control asupra circumstanțelor vieții. Relația dintre o educație mai bună și o sănătate mai bună poate fi directă și indirectă:

- *directă* – mai multe cunoștințe în materie de sănătate pot ajuta oamenii să-și promoveze propria sănătate și să evite pericolele pentru sănătate, inclusiv comportamentele riscante;
- *indirectă* – prin influențe asupra tipurilor de muncă deschise unei persoane educate, a veniturilor mai mari pe care le poate obține și a nivelurilor mai scăzute de stres cu care se confruntă ca urmare a poziției privilegiate.

Sistemul educațional joacă un rol fundamental în pregătirea copiilor pentru viață, oferindu-le cunoștințele și abilitățile de care au nevoie pentru a-și atinge întregul potențial de sănătate – social, emoțional și fizic. Acești factori psihosociali sunt în legătură strânsă cu comportamentele de sănătate. De exemplu, există o legătură inversă între nivelul de educație și frecvența utilizării tutunului. Educația părinților se asociază cu comportamentele de sănătate ale copiilor lor.

Veniturile mai mari și statutul social mai înalt se asociază cu o stare de sănătate mai bună. Cu cât este mai mare discrepanța dintre persoanele înstărite și cele sărace, cu atât este mai mare diferența în starea lor de sănătate. Nivelurile de educație joase și șomajul se asociază cu o stare de sănătate mai precară în comparație cu nivelurile de educație mai înalte și angajarea în câmpul muncii.

Ocupația este un factor important pentru statutul social și identitatea socială a oamenilor, iar amenințările la adresa statutului social care rezultă din instabilitatea locului de muncă sau pierderea lui afectează sănătatea și bunăstarea. Pierderea locului de muncă, șomajul și contracția economică au fost asociate cu o stare de sănătate precară și o mortalitate mai mare din cauza consecințelor psihosociale și economice.

Factorii psihosociali, cum ar fi stresul la locul de muncă, sunt recunoscuți din ce în ce mai mult ca pericole majore pentru sănătate. Ratele de deces tind să fie mai mari printre persoanele care au un

control redus asupra muncii lor. Oportunitățile reduse de folosire a abilităților și autoritatea scăzută în luarea deciziilor afectează sănătatea.

Aspectul social al mediului de lucru este o determinantă pozitivă pentru sănătate. Pentru mulți oameni, sentimentul de a face ceva util împreună cu colegii lor este una dintre cele mai importante dimensiuni ale vieții și sănătății pozitive.

Expunerea la pericole fizice, ergonomice și chimice la locul de muncă, munca solicitantă sau periculoasă din punct de vedere fizic, orele de lucru lungi sau neregulate, munca temporară și în schimburi și munca sedentară prelungită pot afecta negativ sănătatea oamenilor.

Șomajul provoacă probleme de sănătate și deces prematur, afectează inclusiv sănătatea mintală și comportă un risc crescut de suicid. Munca joacă un rol esențial în societate, ea este sursă de venit, oferă prestigiu și un sentiment de valoare și o modalitate de a participa și de a fi membru cu drepturi depline în viața comunității. Șomajul exclude efectiv oamenii de la această participare și de la beneficiile pe care le aduce angajarea în câmpul muncii. Printre grupurile expuse unui risc deosebit se numără muncitorii necalificați, persoanele cu un nivel scăzut de educație, familiile cu venituri mici, mamele singure și minoritățile etnice. Principalele mecanisme prin care șomajul dăunează sănătății acestor grupuri includ:

- creșterea sărăciei din cauza pierderii veniturilor;
- excluziunea socială și izolarea de sprijinul social care rezultă;
- modificări ale comportamentelor de sănătate, cum ar fi utilizarea tutunului și a alcoolului și inactivitatea fizică, provocate de stres sau plictiseală;
- efectele cursului vieții, deoarece o perioadă de șomaj crește riscul de șomaj în viitor și dăunează perspectivelor de carieră pe termen lung.

Nivelurile șomajului sunt ridicate în Republica Moldova și variază substanțial în funcție de vârstă, sex și nivelul de educație.

Nivelul de educație, venitul și ocupația sunt componente ale indicelui statutului socio-economic, utilizat pentru măsurarea bunăstării persoanei și a populației, parte componentă a definiției OMS privind sănătatea.

Locuința are un impact major asupra sănătății și bunăstării. Calitatea locuinței este legată strâns de venit. Supraaglomerarea, lipsa intimității, lipsa locurilor de joacă sigure, zonele umede și inadecvate de depozitare și preparare a hranei au un impact specific asupra sănătății.

1.3.4. Determinantele legate de sistemul de sănătate

Accesul și calitatea îngrijirilor de sănătate influențează, de asemenea, starea de sănătate. De exemplu, persoanele neasigurate au o probabilitate mai mare de a amâna tratamentul medical. Printre obstacolele privind accesul la îngrijirile de sănătate se numără: indisponibilitatea serviciilor, costurile înalte, lipsa asigurării medicale, mediul (rural) de trai. Sistemul de sănătate este relevant și prin acțiunile intersectoriale pe care trebuie să le conducă.

Inechitatea socială în cadrul sistemelor de sănătate este determinată de accesul redus la servicii de sănătate pentru persoanele cu venituri mici. Povara bolii printre aceste grupuri de persoane este de obicei mai mare și, prin urmare, aceasta ar trebui să reflecte o utilizare mai mare a serviciilor esențiale de sănătate. De asemenea, povara plăților din buzunar, directe și indirecte (neoficiale), precum și a plăților către serviciile comerciale de sănătate, care își vând serviciile la prețurile pieței, este mai mare printre persoanele cu venituri mici.

1.3.5. Modelul determinantelor sănătății

Determinantele sănătății acționează prin interconexiune una cu cealaltă. Conceptul ecologic în sănătatea publică permite înțelegerea modalităților de modelare a interconectării lor. În cadrul modelului ecologic, care explică starea de sănătate (bună sau precară), determinantele sunt divizate în determinante **distale** (în amonte), care includ mediul, fizic sau

social, și determinante **proximale** (în aval), care sunt legate de persoană, în special comportamentale. Determinantele distale stabilesc riscul general al populației și se referă la circumstanțele care produc cauze proximale, fiind adesea numite „cauze ale cauzelor” bolii.

Abordarea ecologică a sănătății publice, dezvoltată în anii 1960, consideră persoanele ca fiind încorporate în mediul fizic și social pe care îl influențează și de care sunt influențate. În cadrul modelului ecologic, atât persoana, cât și contextul sunt locuri potențiale de intervenții de sănătate publică. Carta de la Ottawa, adoptată în 1986 la Prima Conferință Internațională privind Promovarea Sănătății a contribuit la reorientarea politicilor publice și a practicilor spre factorii de risc din mediul social distal (putere, avere, statut social), ca și cauze principale ale problemelor de sănătate (55).

Din perspectiva sănătății populației, modelele de sănătate publică mai complexe integrează determinantele distale și cele proximale ale sănătății pentru a pronostica boala, dizabilitățile și decesul prematur. Comportamentele de sănătate nu sunt „de sinestătoare”, ele sunt modelate de mediul social, iar determinantele sociale sunt cauzele inechităților în materie de sănătate.

Cel mai frecvent utilizat model de determinante ale sănătății care analizează căile prin care acestea operează este modelul determinantelor sănătății după Dahlgren și Whitehead (1993) (1). Modelul ilustrează viziunea „curcubeu stratificată” a determinantelor sănătății ca și cauze ale inechităților în sănătate la nivel individual (*figura 1*).

În centrul figurii sunt plasați factorii biologici individuali, care influențează sănătatea persoanelor, dar care nu pot fi modificați prin intervenții de sănătate publică. În jurul lor, în patru straturi, sunt plasate determinantele teoretic modificabile prin politici publice: factorii individuali ai stilului de viață / comportamentali; rețelele sociale și comunitare; condițiile de trai și de muncă și serviciile de sănătate; condițiile socio-economice, culturale și de mediu.

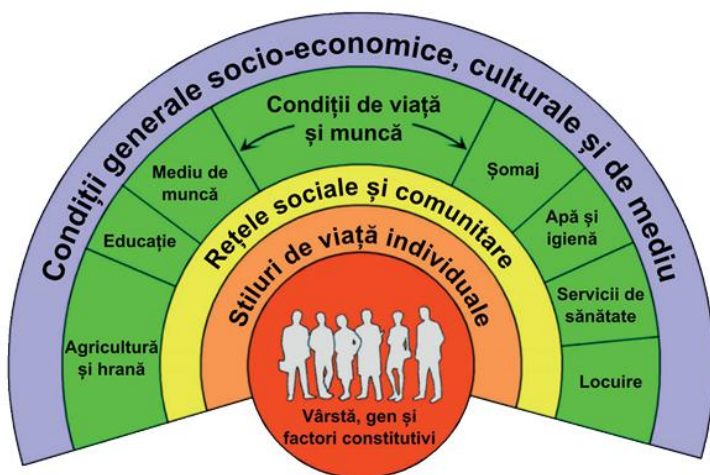


Figura 1. Modelul determinantelor sănătății după Dahlgren-Whitehead

Sursa: adaptat după Dahlgren G. et al. (1)

Cadrul internațional privind drepturile omului este structura conceptuală adecvată în cadrul căreia se poate avansa către echitatea în sănătate prin acțiuni asupra determinantelor sociale ale sănătății. Cadrul se bazează pe Declarația Universală a Drepturilor Omului adoptată în 1948, care susține că „Orice persoană are dreptul la un nivel de trai adecvat pentru sănătatea și bunăstarea sa și a familiei sale, inclusiv la hrană, îmbrăcăminte, locuință și îngrijire medicală și servicii sociale necesare” (43). Realizarea dreptului omului la sănătate presupune împuternicirea comunităților defavorizate pentru ca acestea să exercite un control cât mai mare asupra factorilor care le determină sănătatea.

1.4. Sănătate publică

1.4.1. Definiție, scop și funcții

Noțiunea „sănătate publică” a devenit distinctă în secolul al XX-lea, succedând sanitației. Charles-Edward Amory Winslow (1877-1957)

a definit **sănătatea publică** ca fiind „știința și arta de prevenire a bolilor, prelungire a vieții și promovare a sănătății prin eforturi organizate ale societății” (51). În completarea acestei definiții, OMS a subliniat că „Sănătatea publică se concentrează pe întregul spectru al sănătății și bunăstării, de la promovarea sănătății și prevenirea bolilor, la identificarea precoce și managementul bolii, reabilitare și îngrijiri la sfârșitul vieții” (71).

Astfel, sănătatea publică este definită în sens larg, înțelegându-se că eforturile solo ale sistemului sănătății sunt insuficiente pentru a asigura o stare de sănătate maxim posibilă. Aceste eforturi trebuie completate cu modul în care deciziile adoptate de alte sectoare afectează sănătatea populației. De exemplu, subvențiile în agricultură, politica fiscală, urbanismul, sistemul educației și transportul.

Sănătatea publică reprezintă procesul de mobilizare a resurselor locale, regionale, naționale și internaționale pentru asigurarea condițiilor în care populația să poată fi sănătoasă. Ea reflectă angajamentul guvernului de a investi în sănătatea și bunăstarea cetățenilor. Sănătatea publică nu garantează o sănătate optimă, dar creează condițiile în care aceasta să poată fi realizată de societate.

Viziunea generală a sănătății publice este de a promova o mai bună sănătate și bunăstare într-un mod durabil, consolidând în același timp serviciile integrate de sănătate publică și reducând inechitățile. Pentru a realiza această viziune, eforturile de sănătate presupun:

- susținerea prin instrumente de sănătate publică, cum ar fi politici publice de sănătate (inclusiv legislație și regulamente, programe de prevenire și control), instituții și servicii de sănătate și sociale;
- colaborarea cu alte sectoare pentru a aborda factorii determinanți mai largi ai sănătății și pentru a implementa politica guvernului „sănătatea în toate politicile”;
- participarea populației.

Obiectul sănătății publice sunt grupurile de populație sau populația în întregime.

Scopul principal al sănătății publice este asigurarea bunăstării biologice, fizice și mentale a tuturor membrilor societății, indiferent de gen, nivel de bunăstare, etnie, orientare sexuală, țară și opinie politică (2).

Pentru realizarea scopului, sănătatea publică are zece funcții, **denumite operațiuni esențiale de sănătate publică (OESP)** (*figura 2*) (65).

- 1) supravegherea sănătății și bunăstării populației;
- 2) monitorizare și răspuns la pericole și urgențe de sănătate publică;
- 3) protecția sănătății, inclusiv în relație cu mediul, siguranța la locul de muncă, siguranța produselor alimentare, siguranța pacienților și altele;
- 4) promovarea sănătății, inclusiv acțiuni de abordare a determinantelor sociale și inechităților în sănătate;
- 5) prevenirea bolilor, inclusiv depistarea precoce a acestora;
- 6) asigurarea guvernanței pentru sănătate și bunăstare;
- 7) asigurarea unei forțe de muncă competente în domeniul sănătății publice;
- 8) asigurarea unor structuri organizatorice și a finanțării durabile;
- 9) informare, comunicare și mobilizare socială pentru sănătate;
- 10) promovarea cercetării în domeniul sănătății publice pentru a informa politica și practica.

Definirea și gruparea OESP în operațiuni de bază și operațiuni de suport vine să facă legătura între operațiunile esențiale de sănătate publică și funcțiile sistemului de sănătate și blocurile sale constitutive. Astfel, operațiunile esențiale de sănătate publică de bază cuprind funcțiile de prestare a serviciilor tradiționale de sănătate publică furnizate de către sistemele de sănătate moderne: protecția sănătății, promovarea sănătății și prevenirea bolilor.

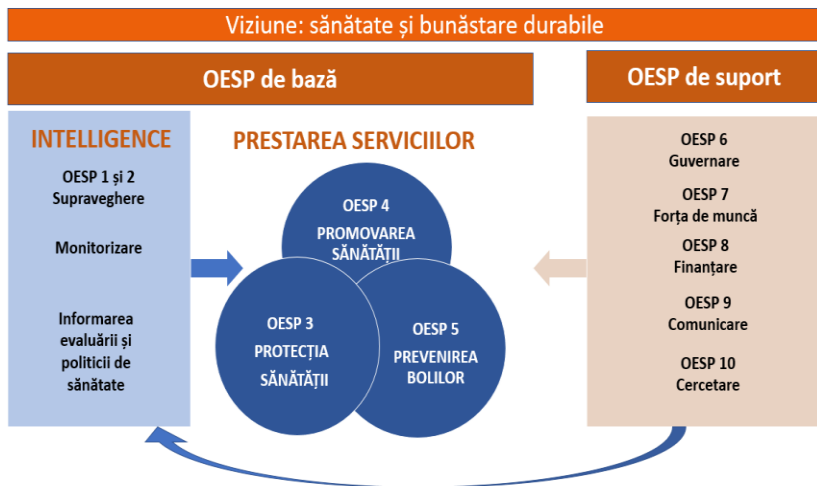


Figura 2. Interacțiunea dintre operațiunile esențiale de sănătate publică

Sursa: (65)

Protecția sănătății (OESP 3) acoperă diferite domenii de acțiuni (de exemplu, mediul, sănătatea ocupațională, siguranța pacienților, siguranța consumatorilor și siguranța în trafic) și se referă la cadrul legal și la capacitatea de punere în aplicare a acestuia.

Promovarea sănătății (OESP 4) este procesul de împuternicire al oamenilor cu scopul creșterii controlului asupra propriei sănătăți și a factorilor care o determină și, prin urmare, pentru a îmbunătăți sănătatea. Acest proces include participarea comunitară și socială, colaborarea intersectorială, măsuri de abordare a factorilor de risc comportamentali (utilizarea de tutun și de alcool, regimul alimentar nesănătos și inactivitatea fizică) și a determinantelor sociale ale sănătății și educația pentru sănătate.

Prevenirea bolilor (OESP 5) este operațiunea care facilitează transformarea prestării serviciilor de îngrijiri de sănătate într-un model de îngrijiri centrat pe persoană și pe comunitate. Prevenția este considerată

ca o acțiune care provine, de obicei, din sectorul sănătății. Prevenirea bolilor pune accent pe accesul la îngrijirile de sănătate în general și include serviciile individuale de sănătate prestate în cadrul programelor populaționale de sănătate (de exemplu, imunizare, screening).

Cele două OESP din blocul „Intelligence” informează și modelează operațiunile de prestare a serviciilor și monitorizează eficacitatea lor. Ele asigură suportul informațional necesar pentru luarea deciziilor în bază de dovezi. Supravegherea (OESP 1) și monitorizarea (OESP 2) sănătății populației sunt componente ale sistemului informațional în sănătate (vezi subcapitolul 5.3.2).

Supravegherea (OESP 1) acoperă instituirea și funcționarea sistemelor de supraveghere, monitorizare și informare în domeniul sănătății. Aceste sisteme monitorizează și cartografiază incidența și prevalența bolilor și a factorilor de risc, determinantele sănătății, starea de sănătate a populației, utilizarea serviciilor de sănătate și performanța sistemului de sănătate.

Monitorizarea (OESP 2) include monitorizarea și identificarea riscurilor biologice, chimice și fizice pentru sănătate la locul de muncă și de mediu și pregătirea pentru urgențe de sănătate.

Operațiunile de suport includ: guvernanța, resursele umane, finanțarea și comunicarea. Aceste OESP, fixate ferm în blocurile constitutive ale sistemelor de sănătate, sunt responsabile de generarea resurselor (umane, materiale, cunoștințe) și finanțare, necesare pentru realizarea OESP și supravegherea implementării lor efective.

Guvernanța (OESP 6) cuprinde dezvoltarea politicilor publice de sănătate, proces care informează luarea deciziilor cu privire la problemele de sănătate publică. Dezvoltarea politicii publice este un proces de planificare strategică, care implică toți factorii interesați, interni și externi, și definește viziunea, misiunea, obiectivele de sănătate măsurabile și activitățile de sănătate publică. Guvernanța include și monitorizarea și evaluarea implementării programelor de sănătate, precum și reglementarea și punerea în aplicare a actelor normative (vezi subcapitolul 5.2).

Operațiunea **Resurse umane** (OESP 7) cuprinde subfuncțiile de planificare, management, formare și dezvoltare a resurselor umane, inclusiv recrutarea și retenția, caracteristicile educaționale și de licențiere și evaluare a performanței.

Finanțarea (OESP 8) se referă la mobilizarea, acumularea și alocarea de resurse pentru acoperirea nevoilor de sănătate ale populației, la nivel individual și colectiv.

Comunicarea (OESP 9) reprezintă arta și tehnica de a informa, influența și motiva persoanele, instituțiile și publicul larg cu privire la problemele și determinantele de sănătate importante. Ea are ca scop creșterea nivelului de alfabetizare al populației în domeniul sănătății și îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Comunicarea include participarea socială, implicarea comunității și utilizarea noilor tehnologii de comunicare și platforme de social media pentru sănătate, precum și proiectarea serviciilor de sănătate publică în funcție de nevoile oamenilor. Comunicarea trebuie să îmbunătățească capacitățile de acces, înțelegere și utilizare a informațiilor pentru a reduce riscul, preveni bolile, promova sănătatea, naviga și utiliza serviciile de sănătate, pleda pentru politicile de sănătate și îmbunătăți bunăstarea, calitatea vieții și sănătatea populației.

Cercetarea (OESP 10) include următoarele componente specifice: dezvoltarea agendei naționale de cercetare în domeniul sănătății publice; generarea și alocarea de resurse pentru cercetare; aspectele etice ale cercetării; integrarea activităților de cercetare în sănătatea publică; consolidarea capacității pentru inovare; și diseminarea și intermedierea cunoștințelor pentru a traduce rezultatele cercetării în politică și practică – a sprijini luarea deciziilor în bază de dovezi.

Consolidarea OESP este esențială pentru acoperirea universală cu servicii de sănătate, un obiectiv al sistemului de sănătate, și realizarea angajamentelor în cadrul Agendei de Dezvoltare Durabilă 2030.

Acoperirea universală cu servicii de sănătate se referă la accesul întregii populații la spectrul integral de servicii de sănătate de calitate bună de care populația are nevoie, și care sunt prestate la momentul și locul potrivit, fără dificultăți financiare. Spectrul integral cuprinde serviciile medicale esențiale, începând cu cele de promovare a sănătății și prevenire a bolilor și continuând cu tratamentul, reabilitarea și îngrijirile paliative.

Un sistem de sănătate publică eficient și cuprinzător sprijină acoperirea universală cu servicii de sănătate pe următoarele căi:

- consolidarea rezilienței privind prevenirea și detectarea urgențelor de sănătate ((OESP: protecția sănătății, supraveghere, monitorizare (pregătirea către situații de urgență));
- facilitarea guvernantei, a managementului și planificării eficiente a forței de muncă (OESP: guvernanță și resurse umane);
- promovarea dezvoltării îngrijirilor de sănătate bazate pe dovezi specifice contextului (OESP: cercetare);
- consolidarea finanțării serviciilor de sănătate prin plasarea intervențiilor de sănătate publică în amonte (OESP: promovarea și protecția sănătății).

1.4.2. Sănătate publică versus medicină

Există o diferență majoră între sănătatea publică și medicină. În timp ce medicina este preocupată de sănătatea individuală a persoanelor, abordarea de sănătate publică se referă la întreaga populație sau anumite grupuri de populație și pune accentul pe prevenirea bolilor, protecția sănătății și promovarea sănătății. Acest lucru nu înseamnă, însă, că sănătatea publică neglijează sănătatea individuală, sănătatea individuală este luată în considerare în cadrul sănătății mai largi a comunității din care face parte persoana respectivă.

În mod similar, în timp ce medicina încearcă de obicei să rezolve o problemă de sănătate (intervenție după ce apare o problemă),

sănătatea publică se străduiește să prevină apariția unor astfel de probleme. Acest lucru este mai ușor de spus decât de făcut, iar majoritatea intervențiilor în domeniul sănătății publice produc rezultate tangibile pe parcursul mai multor ani (adesea decenii). În schimb, rezultatul tratamentului pentru pacienții individuali este cunoscut, de obicei, în câteva zile sau săptămâni. În mod firesc, medicina este mai atractivă și mai profitabilă.

Sănătatea publică reflectă angajamentul guvernelor de a investi în sănătatea și bunăstarea cetățenilor. Spre deosebire de medicină, însă, sănătatea publică este multidisciplinară și intersectorială și implică discipline precum epidemiologia, demografia, biostatistica, informatica, biologia, sociologia, psihologia, educația, politica publică, dreptul, ingineria, medicina etc.

„În îndeplinirea funcțiilor sale, sănătatea publică, la fel ca și medicul cu pacientul său, evaluează starea de sănătate a populației, îi diagnostică problemele, caută cauzele acestor probleme și elaborează strategii pentru a le vindeca” (37). În cazul în care un medic diagnostică o boală la un pacient și îi recomandă tratamentul, este la latitudinea pacientului să accepte sau să respingă recomandarea medicului. Atunci când pacientul este o „comunitate” sau o țară întreagă, guvernul, de obicei, trebuie să ia decizia de a accepta sau respinge recomandările experților în sănătate publică (37). Astfel, algoritmul raționamentului de evaluare (diagnostic) a stării de sănătate a populației este similar cu algoritmul de diagnostic al stării de sănătate pe care îl aplică un medic unui bolnav, prezentând însă câteva aspecte specifice (*tabelul 1*).

**Tabelul 1. Algoritmul evaluării stării de sănătate a populației versus
diagnosticul stării de sănătate a unei persoane**

Diagnosticul stării de sănătate a unei persoane	Evaluarea stării de sănătate a populației
- Identificarea persoanei (nume, gen, vârstă, ocupație, măsurarea tensiunii arteriale etc.).	- Identificarea grupului de populație (distribuția pe vârste, gen, ocupație, nivel de educație cu determinarea proporției; distribuția în funcție de valorile tensiunii arteriale cu determinarea valorii medii a tensiunii arteriale și a frecvenței hipertensiunii etc.).
- Colectarea datelor anamnestice; - examenul clinic și paraclinic; - compararea rezultatelor cu „modele” știute (de exemplu, valorile limită stabilite în protocolul clinic) pentru diferite boli, tulburări și leziuni.	- Colectarea datelor în condiții standardizate, analiza cu calcularea indicatorilor mărimi relative sau medii, inferența statistică și compararea rezultatelor cu anumite modele de referință.
- Diagnosticul sănătății (bolii) persoanei.	- Evaluarea (diagnosticul) sănătății grupului de populație.
- Determinarea etiologiei bolii stabilite.	- Determinarea factorilor cauzali / de risc probabil implicați.
- Tratament etiologic sau simptomatic.	- „Tratamentul” sub forma unui program de intervenție aplicat grupului de populație care vizează factorii „cauzali” / de risc sau boala, a cărei frecvență a fost determinată.
- Urmărirea conformării pacientului tratamentului prescris și verificarea evoluției stării de sănătate / bolii.	- Monitorizarea stării de sănătate a grupului de populație; - evaluarea eficienței intervenției.

Standardele de calificare în *Medicină și Asistență medicală generală* definesc competențele relevante, pe care trebuie să le stăpânească medicul și, respectiv, asistentul medical generalist licențiat pentru a presta servicii de sănătate de cea mai bună calitate (38,39). Pe lângă faptul că medicul și asistentul medical generalist licențiat sunt experți medicali, standardele prevăd că viitorii profesioniști din domeniul sănătății trebuie să fie comunicatori, cercetători, avocați în domeniul sănătății, profesioniști competenți, să dețină cunoștințe adecvate, inclusiv referitor la relațiile existente între starea de sănătate și mediul social. Astăzi profesioniștii din domeniul sănătății sunt actori ai sistemului de sănătate, care lucrează în echipă pentru a trata pacienții și pledează pentru o politică de sănătate mai bună, păstrând resursele de sănătate, continuându-și educația și angajându-se în cercetare.

1.4.3. Supravegherea sănătății publice

Una dintre operațiunile esențiale de sănătate publică și o componentă importantă a sistemului informațional în sănătate este supravegherea și identificarea nevoilor de sănătate ale populației. Astfel, supravegherea are un rol fundamental în sănătatea publică. Supravegherea este efectuată pentru a urmări schimbările cu privire la frecvența bolilor sau determinatele sănătății (nivelelor factorilor de risc).

Supravegherea sănătății publice se definește ca și „colectarea analiza și interpretarea continuă și sistematică a datelor cu privire la sănătate, necesare pentru planificarea, implementarea și evaluarea practicilor de sănătate publică, strâns integrate cu diseminarea în timp util a acestor date către cei responsabili cu prevenirea și controlul” (22). Conform acestei definiții, supravegherea sănătății publice include colectarea, analiza și diseminarea informațiilor privind sănătatea către responsabilii de prevenție și control pentru a orienta politica publică de sănătate.

Domeniile de utilizare a supravegherii sănătății publice sunt următoarele:

- detectarea problemelor de sănătate și evaluarea magnitudinii lor;
- măsurarea tendințelor problemelor de sănătate;
- identificarea urgențelor de sănătate publică;
- evaluarea modificărilor privind factorii de risc;
- definirea priorităților de sănătate publică (pentru direcționarea activităților de prevenire și control al bolilor, protecție și promovare a sănătății);
- monitorizarea și evaluarea eficacității politicilor publice de sănătate;
- stimularea cercetării.

Sistemul de supraveghere poate **măsura**:

- frecvența bolilor, tulburărilor și a factorilor de risc pentru sănătate (de exemplu, incidența, prevalența);
- severitatea bolii (de exemplu, fatalitatea, rata spitalizării);
- impactul stării de sănătate (de exemplu, costul);
- poate servi ca un sistem de avertizare timpurie.

Există două tipuri principale de sisteme de supraveghere: supravegherea pasivă și supravegherea activă.

Supravegherea pasivă reprezintă un sistem în care sunt utilizate datele disponibile despre bolile notificabile, lista cărora este stabilită de Ministerul Sănătății. În acest caz, raportarea bolii către autoritatea de sănătate este, de obicei, efectuată de către prestatorul de servicii medicale. Completitudinea și calitatea datelor raportate depind în mare măsură de lucrătorii medicali. Prin urmare, subraportarea datelor este o problemă comună. Cu toate acestea, sistemul de supraveghere pasivă este relativ ieftin. În Republica Moldova, acest tip de supraveghere este utilizat pentru supravegherea bolilor infecțioase, bolilor ocupaționale și a leziunilor.

Supravegherea activă este un sistem în care personalul proiectului este recrutat special pentru a realiza programul de supraveghere. Acesta

face vizite periodice la instituțiile medico-sanitare (centre de zi, spitale etc.) pentru a identifica cazurile noi de boală sau decese provocate de boală ori în gospodării, pentru a colecta date cu privire la boli și factorii de risc. Deși sistemul de supraveghere activă este mai scump, el oferă informații mai precise, deoarece este realizat de personal special angajat în acest scop. În baza acestui sistem, în Republica Moldova au fost realizate mai multe studii cu privire la starea de sănătate a populației și la factorii de risc (de exemplu, Studiul de Indicatori Multipli în Cuiburi, MICS, 2000 și 2012; Prevalența factorilor de risc pentru bolile netransmisibile în Republica Moldova STEPS 2013 și 2021; Studiul privind consumul alimentar de sare în Republica Moldova, 2016).

Sistemul de supraveghere poate folosi diferite **surse de date**:

- statistica vitală;
- notificarea bolilor și a leziunilor;
- registrele;
- studiile asupra grupurilor țintă, gospodăriilor etc.

1.5. Indicatorii de sănătate

1.5.1. Definiție

Indicatorul de sănătate este o caracteristică cuantificabilă folosită pentru a descrie starea de sănătate a unei populații, factorii care o determină sau performanța sistemului de sănătate. Indicatorii de sănătate sunt deseori folosiți de către guverne pentru a ghida politica de sănătate. După cum s-a menționat mai sus, starea de sănătate este influențată de determinanțele sănătății. Modificarea stării de sănătate și a determinantelor sănătății pot fi făcute prin politici publice de sănătate (intervenții) (*figura 3*).

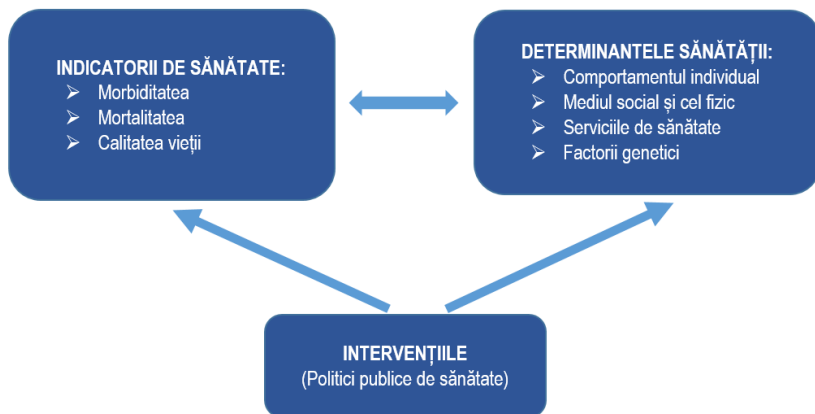


Figura 3. Relația dintre indicatorii stării de sănătate, determinantele sănătății și intervențiile de sănătate

1.5.2. Clasificare

Indicatorii de sănătate pot fi clasificați după diverse criterii. În funcție de relația lor cu sănătatea, indicatorii pot fi favorabili sau pozitivi și nefavorabili sau negativi. Un indicator de sănătate este **favorabil** atunci când între acesta și sănătate există o legătură directă (pozitivă), adică o valoare mai mare a indicatorului se consideră mai bună. De exemplu, indicatorii care măsoară utilizarea serviciilor esențiale (acoperirea vaccinală, aderența la tratamentul antihipertensiv), comportamentele și atitudinile sănătoase (consumul de fructe și legume, activitatea fizică), legătura cu familia și comunitatea, rezultatele pozitive în materie de sănătate (de exemplu, a fi în viață, a avea o stare funcțională bună din punct de vedere mental, fizic și social și a avea un sentiment de bunăstare).

Un indicator de sănătate este **nefavorabil** atunci când între el și sănătate există o legătură inversă (negativă), adică valorile mici ale indicatorului sunt considerate mai bune. De exemplu: indicatorii care măsoară povara bolilor (mortalitatea, morbiditatea), neutilizarea serviciilor esențiale, lipsa de cunoștințe și comportamentele și atitudinile nesănătoase (utilizarea de tutun și de alcool).

Cel mai frecvent indicatorii de sănătate sunt clasificați conform unor cadre conceptuale. Organizația Mondială a Sănătății utilizează două cadre pentru a clasifica cei 100 de indicatori din *Lista globală de referință a indicatorilor principali de sănătate* (66). Unul dintre cadre clasifică indicatorii în patru domenii: a) starea de sănătate (morbiditatea, mortalitatea, fertilitatea); b) factorii de risc (tensiunea arterială crescută, utilizarea de tutun, consumul de sare); c) acoperirea cu servicii (de sănătate reproductivă, sănătate maternă, pentru copii și adolescenți, imunizare, screening și servicii de sănătate preventive și sănătate mentală); și d) sistemele de sănătate (calitatea și siguranța îngrijirilor, accesul, forța de muncă din sănătate, informația în domeniul sănătății, finanțarea sănătății și securitatea sănătății). Fiecare domeniu este în continuare divizat în subdomenii. De exemplu, subdomeniul „Mortalitatea pe vârste și gen”, inclus în domeniul „Starea de sănătate”, acoperă asemenea indicatori de mortalitate, cum ar fi speranța de viață la naștere, rata mortalității infantile, rata mortalității neonatale etc. Lista menționată conține și indicatorii de sănătate în legătură cu Obiectivele de Dezvoltare Durabilă (ODD).

Ce de-al doilea, cadrul lanțului de rezultate (*eng. result-chain*), clasifică indicatorii în: indicatori de intrări și indicatori de proces, indicatori de ieșiri (*eng. output*), indicatori de rezultat (*eng. outcomes*) și indicatori de impact. Această clasificare va fi abordată în capitolul VI.

Lista scurtă a principalilor indicatori de sănătate din Europa (ECHI) reprezintă o listă de 88 de indicatori de sănătate grupați în 5 capitole principale: a) situația demografică și social-economică; b) starea de sănătate; c) determinantele sănătății; d) serviciile de sănătate; și e) promovarea sănătății) (5).

Indicatorii demografici și socio-economici se referă la caracteristicile de bază ale populației, cum ar fi vârsta, sexul, distribuția geografică și procesele care au loc în populație (natalitatea, mortalitatea, migrația), distribuția populației după nivelul de educație, după ocupație și șomaj.

Indicatorii determinantelor sănătății cuprind indicatorii determinantelor descrise mai sus. De exemplu, alăptarea, utilizarea de tutun, consumul de sare, consumul de fructe, indicele masei corporale.

Indicatorii stării de sănătate cuprind indicatori privind:

- speranța de viață;
- mortalitatea, inclusiv pe cauze de deces;
- morbiditatea, inclusiv incidența și prevalența;
- funcționarea sau dizabilitatea și calitatea vieții;
- indicatorii sintetici ai sănătății populației (combină informații despre mortalitate, morbiditate și dizabilitate), cum ar fi speranța de viață sănătoasă, anii de viață ajustați în funcție de dizabilități.

Indicatorii serviciilor de sănătate cuprind accesul la serviciile de sănătate (fizic, financiar și psihologic), costul (cheltuielile de sănătate), calitatea și utilizarea serviciilor de sănătate (de exemplu, rata acoperirii vaccinale a copiilor, rata de screening pentru cancerul de col uterin).

Indicatorii de promovare a sănătății cuprind politicile publice de sănătate (de exemplu, programe de alimentație sănătoasă, de control al tutunului).

1.5.3. Dezagregarea datelor. Inechitățile în sănătate.

Progresele în ceea ce privește tratamentul, prevenirea și controlul bolilor și al factorilor lor de risc și modificările aduse politicilor de sănătate din ultimele decenii au contribuit la creșterea duratei și a calității vieții. Aceste progrese prezintă în același timp îngrijorări și provocări, în special cu referire la echitate. Îmbunătățirea sănătății nu s-a produs în mod egal pentru toată populația, iar anumite subgrupuri de populație prezintă în mod constant o stare de sănătate mai precară decât media. **Inechitățile în materie de sănătate** se referă la diferențele sistematice și evitabile sau remediabile în materie de sănătate între subgrupuri de populație definite social, economic, demografic sau geografic.

Indicatorii naționali de sănătate pot ascunde diferențe în ceea ce privește problemele și nevoile de sănătate ale diverselor subgrupuri de populație. Pentru a identifica sub-grupurile cu nevoi de sănătate prioritare și a determina existența inechităților în materie de sănătate, indicatorii trebuie dezagregați. În plus, monitorizarea modificărilor patternurilor privind distribuția unor evenimente de-a lungul timpului ajută la formularea ipotezelor privind fenomenele de sănătate, cum ar fi impactul politicilor publice asupra sănătății populației, modificările patternurilor privind susceptibilitatea populației la boli și introducerea unor noi serogrupuri sau serotipuri de virusuri care prezintă comportamente noi (de exemplu, COVID-19) etc.

Dezagregarea trebuie să urmeze principiul „nimeni să nu fie lăsat în urmă” pentru a evidenția eventualele inechități în materie de sănătate, inclusiv ca rezultat al intervențiilor implementate. Acest principiu este o parte esențială a angajamentelor statelor semnatare ale Agendei de Dezvoltare Durabilă 2030, printre care și Republica Moldova, de a eradica sărăcia, de a elimina discriminarea și excluziunea persoanelor și grupurilor vulnerabile și de a reduce inechitățile, inclusiv în materie de sănătate.

Indicatorii pot fi dezagregați după nivelul geografic (național, regional, raional / municipal) și diferite subgrupe de populație (după vârstă, sex, statut socio-economic, origine etnică etc.). Indicatorii pot fi sensibili la schimbările în timp, determinate de modificări în alte domenii ale societății (cum ar fi transformările economice, de mediu sau de politici publice).

Potrivit OMS, criteriile de dezagregare cel mai des utilizate pentru monitorizarea inegalităților în sănătate sunt reprezentate de acronimul PROGRESS (*eng.*): loc (**P**lace), rasă sau etnie (**R**ace or ethnicity), ocupație (**O**ccupation), gen (**G**ender), religie (**R**eligion), educație (**E**ducation), statut socio-economic (**S**ocioeconomic status) și capital social (**S**ocial capital) sau resurse (29).

În orice societate există diferențe privind sănătatea (inegalități sau disparități în sănătate), fie între persoane sau între grupuri de populație, fie între unități administrativ-teritoriale sau țări.

De exemplu, în Republica Moldova există diferențe în ceea ce privește mortalitatea din toate cauzele și mortalitatea specifică după cauză între municipiul Chișinău și raioanele de nord, pe de o parte și raioane de centru, pe de altă parte. Mortalitatea generală este mai înaltă în raioanele de centru-sud, în comparație cu mun. Chișinău și raioanele de nord. Mortalitatea prin bolile sistemului circulator și bolile digestive este mai înaltă în raioanele de nord și de centru. În același timp, mortalitatea prin neoplasme, în special printre femei, este mai mare în regiunea de sud și mun. Chișinău (31).

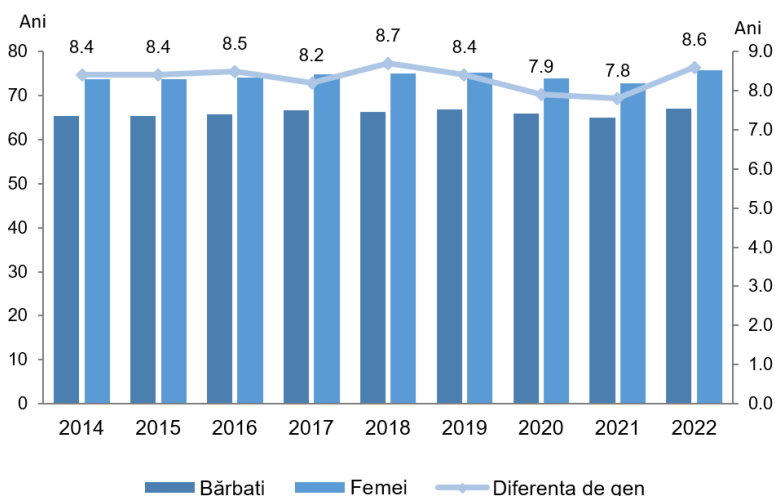


Figura 4. Speranța de viață la naștere și inechitatea de gen, Republica Moldova, 2014-2022

Sursa: Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova

În figura 4 este prezentată speranța de viață la naștere în Republica Moldova în funcție de gen. Datele prezentate arată inechități îngrijorătoare în ceea ce privește sănătatea: bărbații se așteaptă să trăiască cu aproximativ 8 ani mai puțin decât femeile.

Decalajul privind conștientizarea, tratamentul și controlul hipertensiunii arteriale printre adulții din Republica Moldova, arată

inechităţi importante în funcţie de nivelul de educaţie (*figura 5*). Cu cât nivelul de educaţie este mai jos, cu atât hipertensiunea arterială este mai prevalentă, iar cota celor care administrează tratamentul pentru controlul hipertensiunii este mai mică (20).

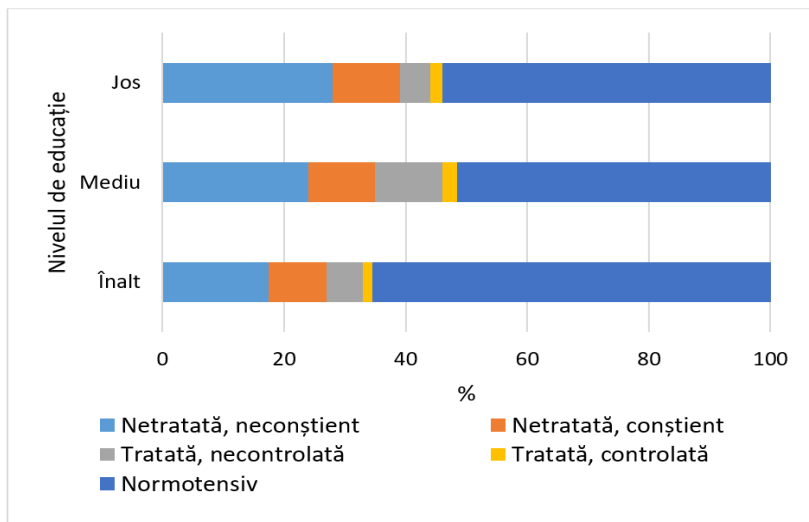


Figura 5. Decalajul privind conștientizarea, tratamentul și controlul hipertensiunii arteriale în funcție de nivelul de educație, Republica Moldova, 2013

Sursa: adaptat după Maximova et al. (20).

Notă*: nivel de educație jos = studii gimnaziale finalizate sau mai puțin; mediu = studii liceale / școală de meserii / colegiu; înalt = studii superioare.

Asemenea patternuri sunt atribuite „determinantelor sociale” ale sănătății, definite ca „circumstanțele în care oamenii se nasc, cresc, trăiesc, muncesc și îmbătrânesc”, care reflectă statutul socio-economic ca determinantă socială a sănătății.

Variațiile sistematice precum cele din *figura 4* și *figura 5* ar trebui, în principiu, să fie remediabile. Dezavantajul remediabil care poate fi corectat se numește **inechitate în sănătate**. Inechitățile sociale sunt adesea remediate prin documente de politici publice care oferă în mod preferențial servicii pentru grupurile dezavantajate.

1.5.4. Utilizarea indicatorilor de sănătate

Măsurarea stării de sănătate este esențială pentru îmbunătățirea ei. Pentru a evalua nevoile de sănătate ale populației sunt necesare cunoștințe și abilități de măsurare și interpretare a indicatorilor de sănătate. Evaluarea stării de sănătate a populației este necesară pentru planificarea și evaluarea serviciilor de sănătate și luarea deciziilor în bază de dovezi. Direcțiile principale de utilizare a indicatorilor de sănătate sunt următoarele: descriere și explicare, pronostic, managementul sistemului de sănătate și îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate, evaluare, pledoarie, responsabilitate, cercetare, evaluarea inechităților sociale / în sănătate și măsurarea decalajului de gen (29).

Descriere și explicare. Indicatorii de sănătate pot fi utilizați pentru a descrie povara bolii și nevoile pentru servicii de sănătate ale unor grupuri specifice de populație. Ei pot facilita înțelegerea diferenței și a inechităților în materie de sănătate între diverse subgrupuri de populație sau populații. Descrierea și explicarea indicatorilor stă la baza luării deciziilor privind amploarea și natura nevoilor nesatisfăcute, grupurile cele mai afectate și resursele necesare pentru abordarea problemei.

Pronostic. Indicatorii de sănătate pot fi utilizați pentru a pronostica starea de sănătate a populației sau a unui grup de pacienți. Ei sunt utilizați, de asemenea, pentru a pronostica riscul unor izbucniri, contribuind astfel la prevenirea epidemiilor sau oprirea răspândirii teritoriale a unei probleme specifice de sănătate.

Managementul sistemului de sănătate și îmbunătățirea calității. Producerea și monitorizarea regulată a indicatorilor de sănătate oferă un feedback pentru a îmbunătăți procesul decizional la diferite niveluri. De exemplu, îmbunătățirile notabile ale calității datelor și indicatorilor se datorează în mare parte îmbunătățirii proceselor de colectare, analiză și monitorizare a indicatorilor de sănătate prioritari în cadrul sistemelor informaționale naționale în domeniul sănătății.

Evaluare. Indicatorii de sănătate pot măsura rezultatele intervențiilor de sănătate și pot evalua impactul politicilor publice și al

serviciilor de sănătate. De exemplu, indicatorii de performanță și de calitate a serviciilor de sănătate sunt esențiali pentru monitorizarea și evaluarea instituțională și socială.

Pledoarie. Indicatorii de sănătate pot servi ca instrumente de susținere sau de opunere unor idei și ideologii particulare. Utilizarea indicatorilor de sănătate pentru pledoarie este o strategie importantă pentru progres, deoarece aceasta poate ghida deciziile politice de îmbunătățire a stării de sănătate a populației.

Responsabilitate. Indicatorii de sănătate pot oferi informații (de exemplu, despre riscuri, boli și patternuri de mortalitate și despre tendințele privind sănătatea de-a lungul timpului) pentru o gamă largă de utilizatori, cum ar fi guvernul, profesioniștii din domeniul sănătății, societatea civilă și comunitatea în general. Oferirea informației despre monitorizarea situației privind sănătatea populației și tendințele ei, către aceste grupuri, este vitală pentru controlul social, evaluare și monitorizare instituțională.

Cercetare. Observarea simplă a distribuției temporale și spațiale a indicatorilor de sănătate în subgrupurile de populație poate facilita analiza și conduce la o ipoteză care să explice tendințele și discrepanțele observate.

Evaluarea inechităților sociale. Indicatorii de sănătate pot fi utilizați pentru evaluarea inechităților sociale în materie de sănătate. Indicatorii tendinței centrale (cum ar fi media sau mediana) sau proporția pot ascunde inegalități interne majore într-o anumită zonă geografică sau subgrup de populație sau la un anumit moment în timp. Prin urmare, este important să se observe dispersia internă a unui indicator, fie prin abateri de la medie, quartile sau valori minime / maxime, pentru a identifica orice eterogenitate internă care poate fi prezentă.

Măsurarea decalajului de gen. Indicatorii sensibili la dimensiunea de gen măsoară decalajele între bărbați și femei care rezultă din diferențe sau inegalități în rolurile, normele și relațiile de gen. Ei oferă, de asemenea, dovezi cu privire la faptul dacă diferențele dintre bărbați și femei, așa cum este relevat de un indicator de sănătate (mortalitate,

morbiditate, factori de risc, atitudini față de accesarea serviciilor de sănătate), sunt rezultatul inegalităților în bază de gen.

1.5.5. Sursele de date

Sursele principale de date cu privire la sănătate sunt următoarele: sistemul de înregistrare civilă și statistică vitală, recensământul populației și al gospodăriilor, sistemele de supraveghere a bolilor, studiile în gospodării, sistemele informaționale ale instituțiilor medico-sanitare, datele sistemului de sănătate și sursele de date din afara sistemului de sănătate (*tabelul 2*).

În Republica Moldova, Agenția Națională pentru Sănătate Publică (ANSP) (<https://ansp.md/>) colectează, compilează, analizează și deține baze de date referitor la starea de sănătate a populației, instituțiile medicale, conturile naționale de sănătate, resursele umane în sănătate, serviciile de sănătate și sistemul sănătății. Instituțiile medico-sanitare sunt obligate legal să raporteze date către ANSP. Agenția Națională pentru Sănătate Publică conduce studii periodice asupra factorilor de risc pentru sănătate.

Biroul Național de Statistică (<https://statistica.gov.md/ro>) colectează, compilează, analizează și deține baze de date cu privire la recensămintele populației și gospodăriilor, statistica vitală și studiile în gospodării. De exemplu, Studiul Bugetelor Gospodăriilor, care colectează, compilează, analizează date și diseminează informații referitor la starea de sănătate a populației și sistemul sănătății, studiul „Generații și Gen”.

Baze de date statistice în domeniul sănătății la nivel internațional sunt: Observatorul mondial al sănătății al OMS (The WHO global health observatory, <https://www.who.int/data/gho>); portalul European de informații privind sănătatea (European Health Information Gateway, <https://gateway.euro.who.int/en/>); statisticile Eurostat ale Uniunii Europene (<https://ec.europa.eu/eurostat>); datele deschise ale Băncii Mondiale; bazele de date ale Națiunilor Unite (UNSD).

Tabelul 2. Sursele de date privind sănătatea și tipul informației produse

Sursele de date	Tipul informației produse
Sistemul de înregistrare civilă și statistică vitală	Înregistrarea nașterilor, deceselor și altor evenimente vitale / demografice și producerea indicatorilor statistici privind natalitatea și mortalitatea pentru a înțelege povara bolii asupra populației.
Sistemele de supraveghere a bolilor	Capacități de bază de supraveghere și răspuns cu definiții de caz standardizate, actualizare regulată a responsabilităților pentru notificare și investigare și o infrastructură de laborator de sprijin (cerință a Regulamentului Sanitar Internațional, 2005).
Recensământul	Recensământul populației și al gospodăriilor se efectuează periodic, o dată în 10 ani, utilizând principii și standarde internaționale.
Studiile în gospodării	Programul multianual de studii naționale care să specifice prioritățile strategice, periodicitatea și domeniul de aplicare al colectării datelor privind: starea de sănătate a populației, acoperirea cu servicii, echitatea, protecția împotriva riscurilor financiare, sensibilitatea sistemului de sănătate la așteptările nemedicale ale populației (de exemplu, Studiul Demografic și de Sănătate, Studiul Bugetelor Gospodăriilor, Studiul Generații și Gen, studiul STEPS: prevalența factorilor de risc pentru bolile netransmisibile).
Sistemele informaționale ale instituțiilor medico-sanitare	Statistici în timp util și fiabile de la instituțiile medico-sanitare sanitare publice și private folosind date, procese și platforme de înregistrare și raportare standardizate cu o evaluare periodică a calității datelor. De exemplu, raportarea bolilor: notificarea bolilor infecțioase și a bolilor ocupaționale, registre ale bolilor cronice (de exemplu, registrul cancerului), statistica medicală.
Datele sistemului de sănătate	Baze de date privind instituțiile și serviciile de sănătate, finanțarea serviciilor de sănătate, lanțul de aprovizionare și logistică. De exemplu, sistemul național de conturi în sănătate, registrul resurselor umane în sănătate pentru a urmări statisticile forței de muncă din domeniul sănătății.
Surse din afara sectorului sănătății	Surse de date și periodicitatea raportării: Biroul Național de Statistică și ministerele care supraveghează apa și sanitația, calitatea aerului din încăperi și mediul ambiant, educație, agricultură și securitate alimentară, transport și alte sectoare relevante.

1.6. Concepte de bază de calculare a mărimilor relative

Pentru a măsura nivelul și distribuția bolilor, stării de sănătate, factorilor de risc și a cazurilor de deces într-o populație, numărul de persoane cu o anumită tulburare / boală / factor de risc trebuie raportat la o populație de bază. Este necesar să se cunoască, de asemenea, volumul și sursa populației din care provin pacienții (de exemplu, pacienți din spitale, eșantioane din populația generală, sectoare de recensământ), precum și perioada de timp în care a fost colectată informația. Combinând aceste componente sub formă de rată, proporție sau raport, putem compara frecvența îmbolnăvirilor în 2 sau mai multe grupuri de persoane.

Rata este un indicator al frecvenței unui eveniment într-o populație definită. O rată este compusă dintr-un numărător (numărul evenimentelor), un numitor (populația medie expusă riscului de apariție a evenimentului), o perioadă definită de timp în care se produce evenimentul și un coeficient (10^n : $n \geq 1$) care transformă o fracție sau un număr zecimal într-un număr întreg.

$$Rata = \frac{a}{a+b} \times 10^n$$

Rata măsoară frecvența unui eveniment (de exemplu, a unei boli sau a deceselor) într-o populație definită pe o anumită perioadă de timp, cum ar fi un an. De exemplu: numărul de decese la 100 000 de locuitori în Republica Moldova într-un an.

Rata are dimensiunea timpului, pe când proporția nu.

Majoritatea ratelor sunt **proporții** – numărătorul este o submulțime a numitorului. De exemplu: numărul bărbaților cu cancer pulmonar din Republica Moldova împărțit la numărul total al populației masculine din Republica Moldova. Numărătorul și numitorul trebuie să reflecte o populație similară. Dacă numărătorul se referă la o anumită vârstă, gen, etnie, atunci și numitorul trebuie să fie supus acelorași restricții.

Proporția poate fi exprimată ca fracție zecimală (între 0 și 1) sau mai frecvent ca procent (înmulțit cu 100). Procentul este ușor de citit și interpretat.

$$\text{Proporția} = \frac{a}{a+b}$$

De exemplu, pentru a calcula proporția copiilor în populație, împărțim numărul de copii (0-17 ani) la numărul total al populației.

Raportul este o expresie a relației dintre numărător și numitor fără a lua în considerare populația din care derivă numărătorul și numitorul. Raportul este un număr împărțit la altul. Entitățile reprezentate de cele două numere nu sunt legate între ele. Cu alte cuvinte, persoanele de la numărător sunt diferite de cele de la numitor. De exemplu: „raportul sexelor” este un raport a două numere independente: numărul de bărbați împărțit la numărul de femei, de obicei exprimat ca numărul de bărbați la 100 de femei.

$$\text{Raportul} = \frac{a}{b}$$

În *figura 6* sunt prezentate atributele distinctive ale celor trei tipuri de mărimi relative.

Probabilitatea reprezintă raportul dintre numărul de evenimente (nașteri, decese etc.) și numărul populației la *începutul* anului. Rata și probabilitatea diferă prin numitor. Dacă la calcularea ratei, la numitor se folosește numărul estimat al populației la mijloc de an, atunci pentru calcularea probabilității se folosește numărul populației la *începutul* anului (1 ianuarie).

$$\text{Probabilitatea} = \frac{\text{numărul de evenimente în populație pe an}}{\text{populația la începutul anului}} \times 10^n$$

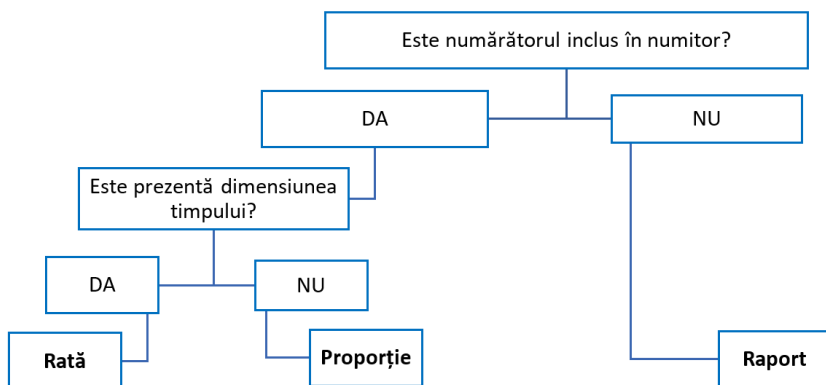


Figura 6. Distincția dintre raport, proporție și rată

Exerciții de recapitulare

1. Selectați operațiunile esențiale de sănătate publică care se referă la prestarea serviciilor.
 - a) supraveghere
 - b) promovarea sănătății
 - c) cercetare
 - d) finanțare
 - e) prevenirea bolilor
2. Definiți categoriile de determinate ale sănătății și dați exemple de fiecare categorie.

Categoriile	Exemple

3. În anuarul statistic al sistemului de sănătate din Republica Moldova sunt prezentate datele privind morbiditatea și mortalitatea dezagregate pe raioane, regiuni de dezvoltare și cauze. Ce alte criterii de dezagregare ale datelor ar fi potrivite și cu ce scop?
4. Completați tabelul de mai jos cu informația solicitată.

Indicatorul	Domeniul conform OMS	Capitolul conform ECHI	Posibilități de dezagregare	Sursele de date
Mortalitatea maternă				
Mortalitatea generală				
Prevalența utilizării de tutun				
Accesul la servicii de sănătate				
Speranța de viață la naștere				
Aderența la tratamentul antituberculos				
Prevalența diabetului				
Acoperirea cu medicamente esențiale				
Screeningul pentru cancerul de col uterin				

Întrebări de recapitulare

1. Care sunt principiile medicinei sociale formulate de Virchow?
2. Dați definiția sănătății publice.
3. Care sunt operațiunile esențiale de sănătate publică? Caracterizați fiecare operațiune.
4. Ce concepte stabilesc diferența dintre sănătatea publică și medicină?
5. Care sunt aspectele specifice ale algoritmului de evaluare a sănătății la nivel populațional și de diagnostic al stării de sănătate la nivel individual?
6. Care este diferența dintre abordarea „pozitivă” și cea „negativă” a definiției sănătății, formulată de OMS?
7. Care sunt categoriile de determinante ale sănătății? Prin ce se caracterizează fiecare categorie?
8. Ce înseamnă determinante sociale ale sănătății? Care sunt acestea și cum influențează starea de sănătate?
9. Care sunt determinatele legate de sistemul de sănătate și cum influențează acestea sănătatea populației?
10. Caracterizați modelul determinantelor sănătății după Dahlgren și Whitehead.
11. Care sunt tipurile de indicatori de sănătate? Dați exemple de fiecare tip.
12. Ce înseamnă inechitate în sănătate și ce determină inechitățile în sănătate?
13. Descrieți relația dintre dezagregarea datelor și principiul „nimeni să nu fie lăsat în urmă”.
14. Care sunt sursele principale de date privind sănătatea?
15. Care sunt direcțiile de utilizare a indicatorilor de sănătate?
16. Ce înseamnă supravegherea sănătății publice?
17. Care este diferența dintre supravegherea pasivă și cea activă?
18. Explicați modalitatea de calcul a ratei, proporției, raportului și probabilității.

2. ANALIZA DEMOGRAFICĂ A SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI

2.1. Demografie. Definiție. Importanța pentru sănătatea publică

Nevoile de sănătate și de servicii de sănătate ale unei populații nu pot fi măsurate sau satisfăcute fără a cunoaște numărul populației și caracteristicile acesteia. Definirea populației de interes este critică. În traducere din greacă, termenul „demografie” înseamnă „descrierea populației”. **Demografia** este știința care studiază numărul, distribuția teritorială și structura populației, schimbările în interiorul ei și componentele acestor schimbări (natalitatea, mortalitatea și migrația).

Astfel, demografia este știința socială care are ca obiect de studiu populațiile umane sub aspectele:

- numărului populației, structurii populației după diverse caracteristici sociale (de exemplu, vârstă, sex, rasă / etnie, stare civilă) și distribuției teritoriale (sau spațiale datorate dispersării populației, formării de aglomerări, de exemplu, după mediul de reședință, rural / urban) a populației umane dintr-o zonă geografică dată la un anumit moment de timp – **statica demografică**;
- proceselor ce au loc în populație (modificarea numărului și structurii populației), denumite generic și **dinamica demografică**; componentele acestor schimbări (natalitatea, mortalitatea și migrația); factorii care influențează aceste componente și consecințele schimbărilor în numărul, structura și distribuția populației.

Prin „**populație**” se subînțelege:

- totalitatea persoanelor în viață la un moment dat în timp, care îndeplinesc anumite criterii, de exemplu:
 - ✓ populația Republicii Moldova la 1 ianuarie 2024;
 - ✓ populația de copii din municipiul Chișinău la 1 iulie 2024;

- un fel de colectivitate care persistă de-a lungul timpului, chiar dacă membrii săi se schimbă continuu prin uzură sau aderare. Astfel, sintagma „populația Republicii Moldova” se poate referi la totalitatea persoanelor care au trăit vreodată pe teritoriul pe care îl definim Republica Moldova și, eventual, chiar la cei care tocmai s-au născut aici. Colectivitatea persistă chiar dacă un circuit eventual complet al membrilor săi are loc cel puțin o dată pe secol.

Demografia sănătății este o subdisciplină a demografiei care aplică conținutul și metodele demografiei la studiul sănătății populației și al serviciilor de sănătate. Demografia sănătății se preocupă de modul în care caracteristicile demografice influențează atât starea de sănătate, cât și comportamentul de sănătate al populațiilor și modul în care, la rândul lor, fenomenele de sănătate afectează caracteristicile demografice. Demografia sănătății împărtășește interesul pentru problemele individuale de sănătate cu medicina clinică, iar pentru problemele de sănătate ale populației cu medicina socială. Caracteristicile demografice ale populației servesc atât ca factori determinanți, cât și ca și consecințe ale relației dintre populație și sistemul de sănătate. De exemplu, dacă populația prezintă o stare de sănătate bună, atunci se pot aștepta rate scăzute de mortalitate și o structură pe vârste relativ înaintată, deoarece uzura prin deces va fi minimă. În același timp, caracteristicile demografice ale populației vor avea un efect asupra stării de sănătate a acesteia și asupra nevoilor de servicii de sănătate. De exemplu, componența pe vârstă a populației se va reflecta în tipurile de probleme de sănătate care sunt comune.

Studiul demografiei prezintă interes pentru sănătatea publică deoarece:

- obiectul sănătății publice îl constituie studiul stării de sănătate a populației;

- starea de sănătate a populației este influențată de o serie de factori, determinante ale sănătății, printre care și structura populației pe grupe de vârstă, pe sexe, pe ocupații, pe nivele de bunăstare etc.;
- indicatorii utilizați pentru măsurarea stării de sănătate a populației au la numitor populația sub diferite aspecte (populația de sex masculin sau feminin, populația ocupată sau în șomaj etc.);
- intervențiile care vizează îmbunătățirea stării de sănătate trebuie să țină cont de caracteristicile populației;
- sursa primară de informații pentru principalele evenimente demografice (naștere, deces) este medicul care completează certificatul medical constatator al nașterii sau decesului.

2.2. Starea demografică, evenimentul și procesul demografic

Demografia operează cu 3 concepte fundamentale: starea demografică, evenimentul demografic / vital și procesul demografic.

Starea demografică reprezintă o anumită caracteristică care descrie persoanele într-o populație. De exemplu, a fi în viață / viu, a fi căsătorit sau divorțat, a locui singur sau cu un partener, a fi angajat în câmpul muncii sau șomer etc.

Evenimentul demografic (vital) reprezintă tranziția de la o stare demografică la alta. De exemplu, decesul, nașterea, căsătoria, divorțul, migrația etc. Conceptul „eveniment” presupune existența unui anumit moment în timp în care se produce evenimentul (de exemplu, se cunoaște exact ziua, luna și anul nașterii sau decesului).

Evenimentele demografice pot fi repetabile (pot apărea de mai multe ori) și nerepetabile (apar o singură dată).

Exemple de *evenimente demografice nerepetabile*: decesul (se produce o singură dată); nașterea conform rangului (rang – treaptă într-o

ierarhie) la naștere al copilului (primul născut, al doilea născut); căsătoria conform rangului evenimentului (prima căsătorie, a doua căsătorie).

Exemple de *evenimente demografice repetabile*: nașterea, fără menționarea rangului la naștere (numărul de nașteri pe care le-a avut o femeie pe parcursul vieții); divorțul, fără menționarea rangului evenimentului (numărul de divorțuri pe parcursul vieții unei femei sau a unui bărbat).

Procesul demografic reprezintă secvența aceluiași evenimente demografice. De exemplu, natalitatea, mortalitatea, migrația, nupțialitatea și divorțialitatea (*tabelul 3*).

Tabelul 3. Procesele demografice și evenimentele demografice corespunzătoare

Evenimentul demografic	Procesul demografic
Nașterea	Natalitatea
Decesul	Mortalitatea
Imigrarea Emigrarea	Migrația
Căsătoria	Nupțialitatea
Divorțul	Divorțialitatea

Astfel, natalitatea ca proces demografic constă dintr-o succesiune de evenimente demografice denumite nașteri.

În demografie, trei procese demografice se consideră principale: mortalitatea, natalitatea și migrația, deoarece toate acestea pot influența direct asupra numărului populației.

2.3. Ecuația demografică de bază

Nașterea, decesul și migrația sunt cele trei evenimente care pot influența numărul populației unei țări. Aceste trei evenimente poartă denumirea de componente ale **sporului anual al populației** (dinamicii populației). Astfel, sporul anual cuprinde următoarele două componente:

- **migrația** (imigrația și emigrația), care poate fi generată de factori socio-economici, politici sau de alt gen;
- **sporul natural** (natalitatea și mortalitatea).

Numărul populației unei țări se stabilește, de regulă, în cadrul recensământului populației. Între recensăminte, numărul populației se estimează, folosindu-se **ecuația bilanțieră** sau **ecuația demografică de bază**. Există două căi de intrare a populației: nașterea (N) și imigrarea (I) și două căi de ieșire a populației: decesul (D) și emigrarea (E). Prin urmare, folosind ecuația bilanțieră, putem calcula numărul populației în momentul P_t :

$$P_t = P_0 + (N - D) + (I - E)$$

unde P_0 = este numărul inițial al populației.

Sporul natural reprezintă diferența dintre numărul de născuți vii și numărul decedaților pe parcursul anului. Sporul natural poate fi:

- pozitiv (numărul născuților vii depășește numărul persoanelor decedate);
- negativ (numărul persoanelor decedate depășește numărul născuților vii).

Sporul migrator reprezintă diferența dintre numărul de imigranți și numărul de emigranți pe parcursul unui an într-o regiune.

Sporul anual conține două componente: sporul natural și sporul migrator.

Astfel, numărul populației la un anumit moment de timp poate fi definit ca suma numărului inițial al populației plus sporul natural, plus sporul migrator.

Avându-se în vedere că suma sporului natural și sporului migrator este egală cu sporul anual, putem calcula numărul populației la un moment dat de timp (P_t), ca suma numărului inițial al populației (P_0) și sporul anual.

Populația la 1 ianuarie 2024 (P_t) = populația la 1 ianuarie 2023 (P_0) + sporul anual în 2023.

Sporul anual poate avea loc numai dacă sporul natural este pozitiv și / sau sporul migrator este pozitiv.

Din punct de vedere istoric, sporul natural este mai important pentru a înțelege creșterea impresionantă a populației.

2.4. Ratele demografice de bază

Rata este cel mai pe larg utilizat indicator al sporului anual. În mod ideal, ratele demografice indică relația dintre numărul evenimentelor demografice (numărătorul) și populația la risc (numitorul) într-o anumită perioadă de timp.

$$\text{Rata} = \frac{\text{Numărul evenimentelor demografice pe parcursul unei perioade date de timp}}{\text{Populația la risc pe parcursul aceleiași perioade de timp}} \times 10^n$$

Fiecare componentă a sporului anual (natalitatea, mortalitatea și migrația) poate fi exprimată cu număr absolut sau, mai comun, ca rată anuală. O rată are un numărător, un numitor și un multiplicator.

La numărător se înscrie numărul unui tip specific de evenimente demografice (nașteri, decese, imigrare, divorțuri etc.) într-o perioadă dată de timp (de exemplu, pe parcursul unui an calendaristic). La numitor se înscrie numărul persoanelor la risc pentru acest tip de eveniment în aceeași perioadă de timp. Numitorul ratei anuale este numărul estimat al populației la mijlocul anului. Acest număr estimat al populației la mijlocul anului poate fi calculat ca media numărului populației la începutul unui an și la începutul anului următor (de obicei, începutul anului este 1 ianuarie).

De exemplu, pentru a calcula numărul populației la mijloc de an pentru anul 2023, trebuie să calculăm media numărului populației la 1 ianuarie 2023 și a populației la 1 ianuarie 2024:

$$\text{Numărul populației la mijlocul anului 2023} = \frac{\text{Populația la 1 ianuarie 2023} + \text{populația la 1 ianuarie 2024}}{2}$$

Ratele demografice se calculează de obicei, la 1 000 de locuitori, adică multiplicatorul este egal cu 1 000. Cu toate acestea, pentru unele tipuri de rate demografice multiplicatorul poate fi 100000 sau chiar 1 milion. Folosirea multiplicatorului face ratele demografice mai lizibile.

Există patru tipuri de rate demografice de bază:

Rata brută a natalității (RBN)

$$RBN = \frac{\text{Numărul de născuți vii într-un an}}{\text{Numărul total al populației estimat la mijlocul anului}} \times 1\,000$$

Rata brută a mortalității (RBM)

$$RBM = \frac{\text{Numărul de decese în populație într-un an}}{\text{Numărul total al populației estimat la mijlocul anului}} \times 1\,000$$

Rata brută a imigrării (RBI)

$$RBI = \frac{\text{Numărul de imigranți în populație într-un an}}{\text{Numărul total al populației estimat la mijlocul anului}} \times 1\,000$$

Rata brută a emigrării (RBE)

$$RBE = \frac{\text{Numărul de emigranți în populație într-un an}}{\text{Numărul total al populației estimat la mijlocul anului}} \times 1\,000$$

Sporul natural, sporul migrator și sporul anual pot fi exprimate atât în numere absolute, cât și ca rate. Fiecare componentă poate fi definită prin două modalități, după cum urmează.

Rata brută a sporului natural (RBSN):

$$RBSN = \frac{\text{Sporul natural într-un an}}{\text{Numărul total al populației estimat la mijlocul anului}} \times 1\,000$$

RBSN = rata brută a natalității – rata brută a mortalității

Rata brută a sporului migrator (RBSM):

$$RBSM = \frac{\text{Sporul migrator într-un an}}{\text{Numărul total al populației estimat la mijlocul anului}} \times 1\,000$$

RBSM = rata brută a imigrării – rata brută a emigrării

Rata sporului anual (RSA)

$$RSA = \frac{\text{Sporul anual}}{\text{Numărul total al populației estimat la mijlocul anului}} \times 1\,000$$

RSA = rata brută a sporului natural + rata brută a sporului migrator

Pe lângă rate, în demografie se mai folosesc și alți indicatori, cum ar fi raportul, proporția și probabilitatea (*figura 6*).

2.5. Sursele de date demografice

Pentru calcularea ratelor, sunt necesare date atât referitor la numărul de evenimente care apar într-o perioadă de timp, cât și la populația expusă riscului de experimentare a acestor evenimente. Există trei surse principale de date demografice: recensământul populației, sistemul de înregistrare civilă și statistică vitală și studiile.

Alte surse de date pot fi registrul populației și sistemul de supraveghere demografică.

2.5.1. Recensământul

Un recensământ este o enumerare a populației, care înregistrează identitatea tuturor persoanelor din fiecare reședință la un moment dat (ziua recensământului). Recensământul oferă informații importante despre toți membrii gospodăriei. Potrivit Națiunilor Unite (2008),

recensământul este „procesul de colectare totală, compilare, evaluare, analiză și publicare sau diseminare în alt mod a datelor demografice, economice și sociale, referitoare la toată populația unei țări sau a unui teritoriu bine definit a unei țări într-un moment dat” (44).

Obiectivul principal al unui recensământ este de a obține date despre numărul, structura și distribuția populației. Un recensământ tipic include astfel informații despre:

- numărul populației și al subgrupurilor de populație sociale și geografice ale acesteia, precum și date privind structura lor în funcție de vârstă, sex și nivelul de educație;
- date privind structura ocupațională a populației active, precum și date economice (salarii și venituri);
- informații referitoare la locul (țara sau zona) de naștere, cetățenie, limbă, experiență recentă de migrație, religie și origine etnică, care se referă la distincțiile de grup bazate pe originile culturale comune.

Caracteristicile recensământului:

- recensământul este cea mai veche, mai pretențioasă și mai importantă sursă de informație demografică;
- recensământul este un proces total care implică colectarea și compilarea informației, analiza, publicarea și diseminarea datelor;
- recensământul implică colectarea mai multor tipuri de date, cum ar fi cele demografice, economice și sociale, și nu doar simpla numărare a populației;
- recensământul este universal, el implică cartografierea întregii țări cu numărarea tuturor persoanelor dintr-o populație;
- recensământul este un proces simultan și se utilizează pentru a produce un instantaneu al populației la un moment dat;
- recensământul implică mobilizarea și instruirea unei armate de cenzeni, desfășurarea unei campanii masive de informare,

cercetarea tuturor gospodăriilor, colectarea de informații individuale, compilarea unui număr mare de chestionare completate, analiza și diseminarea datelor.

Avantajele și dezavantajele recensământului sunt prezentate în *tabelul 4*.

Tabelul 4. Avantajele și dezavantajele recensământului

Avantaje	Dezavantaje
Acoperire universală.	Eforturi limitate de control al conținutului și calității datelor din cauza volumului și complexității exercițiului.
Oferă cadrul de eșantionare pentru sondaje și studiile ulterioare.	Din cauza costurilor ridicate, recensământul se efectuează o dată în zece ani.
Poate servi drept instrument util pentru „construirea națiunii”, prin implicarea întregii populații.	Pot avea loc anumite întârzieri între colectarea datelor și furnizarea rezultatelor (în mod obișnuit între 18 luni și 2 ani), ceea ce înseamnă că recensământul oferă doar un instantaneu al populației la un moment dat în trecut.
Evită erorile de eșantionare.	Există riscuri ca recensământul să fie politizat, fie de către grupuri care simt că ar putea fi sistematic subestimate de exercițiu, fie de părți interesate în încercarea de a se asigura că populația grupului lor este mai mare decât cea a altor grupuri.
Oferă date pentru zone mici, cum ar fi cartierele și unitățile administrativ-teritoriale, care sunt vitale pentru planificarea serviciilor.	

Organizația Națiunilor Unite recomandă ca recensământul să fie efectuat cu o periodicitate de o dată la 10 ani. În Republica Moldova, după cel de-al Doilea Război Mondial, recensământul populației a avut loc în anii 1959, 1971, 1979, 1989, 2004, 2014 și 2024.

2.5.2. Sistemul de înregistrare civilă și statistică vitală

Prin **înregistrare civilă și statistică vitală** se are în vedere înregistrarea continuă, permanentă, obligatorie și universală a apariției și caracteristicilor evenimentelor demografice / vitale referitoare la populație cu generarea de date și statistici privind aceste evenimente și diseminarea lor. Astfel, sistemul de înregistrare civilă și statistică vitală măsoară evenimentele demografice (vitale) pe măsura apariției lor și este dinamic și continuu. Sistemul de înregistrare civilă și statistică vitală se aplică în principal nașterilor și deceselor, deși multe țări, inclusiv Republica Moldova, mențin și înregistrări ale căsătoriilor, divorțurilor, adopțiilor ș.a.

Sistemul de înregistrare civilă și statistică vitală:

- este a doua cea mai importantă sursă de informație pentru demografi;
- colectează informații despre persoane în momentul sau la scurt timp după ce acestea au trecut prin evenimente demografice / vitale ((naștere, căsătorie, deces, migrațiune (uneori));
- în majoritatea țărilor dezvoltate, dar și în Republica Moldova, înregistrarea nașterii, decesului și a căsătoriei este obligatorie;
- datele demografice / vitale colectate reprezintă tabele cu totaluri din înregistrările individuale;
- datele înregistrate sunt colectate, compilate și diseminate;
- uneori, informațiile colectate sunt mai detaliate (de exemplu, statistica nașterilor ar putea include informații referitor la sex, greutatea la naștere, locul nașterii);
- în pofida progreselor înregistrate, sistemele de înregistrare civilă și statistică vitală sunt încă deficitare în multe țări.

2.5.3. Studiile în bază de eșantion

Studiile în bază de eșantion reprezintă o completare majoră sau, uneori, o alternativă la sursele de date demografice de rutină. Majoritatea țărilor dezvoltate realizează studii care oferă informații mult mai detaliate despre anumite aspecte demografice și de sănătate, decât ar fi posibil să se colecteze într-un recensământ. De exemplu, date despre comportamentele de sănătate, strategiile de constituire a familiei sau motivele migrației. Calitatea datelor colectate într-un studiu se presupune a fi mai bună decât într-un recensământ, dat fiind faptul că interviatorii ar putea fi mai bine instruiți. În același timp, trebuie luate în considerare potențialele erori sistematice, precum eroarea de evocare referitor la vârstă sau alte evenimente anterioare.

Studiile în bază de eșantion:

- devin tot mai importante, pe măsură ce știința statistică se dezvoltă;
- colectează date statistice vitale în cazul în care sistemul oficial de înregistrare civilă este inadecvat sau inexistent și în perioadele dintre recensăminte;
- colectează date demografice suplimentare și alte date, în cazul în care colectarea acestor date în cadrul recensământului populației nu este posibilă;
- începând cu anii '70 ai sec. al XX-lea, au fost efectuate studii demografice coordonate în întreaga lume (de exemplu, Studiul mondial al fertilității (WFS), studii demografice și de sănătate (DHS), studii de indicatori multipli în cuiburi (MICS), studii „Generații și gen” și alte tipuri de studii.

În Republica Moldova a fost efectuat un studiu demografic și de sănătate (DHS, 2005), două studii de indicatori multipli în cuiburi (MICS, 2000 și MICS, 2012) și un studiu „Generații și gen” (2020) în cadrul studiului demografic longitudinal cu aceeași denumire.

2.5.4. Alte surse de informație demografică

Registrul populației. În țările unde există un sistem de înregistrare continuă, fiecare persoană de la naștere (sau imigrare) până la deces (sau emigrare) deține un card separat, care este actualizat continuu prin înregistrarea unor date suplimentare, cum ar fi căsătoria, divorțul, nașterea copiilor etc. Unele țări industrializate, cum ar fi Germania și Țările de Jos au renunțat la recensământ și folosesc registrul populației (la schimbarea domiciliului, persoanele sunt obligate să se înregistreze la autoritățile locale).

Sistemul de supraveghere demografică monitorizează caracteristicile demografice și de sănătate ale unei populații care trăiește într-o zonă geografică bine definită. Un recensământ de referință este urmat de actualizarea regulată a evenimentelor demografice de bază (de exemplu, nașterea, decesul, migrația, căsătoria) și a evenimentelor de sănătate principale.

2.6. Numărul și structura populației

Numărul populației reprezintă numărul de persoane care locuiesc într-o anumită zonă geografică la un moment dat. Numărul populației determină necesitatea pentru diverse servicii. Cunoașterea numărului unei populații oferă informații despre volumul de servicii de sănătate necesare (deși nu neapărat și tipul de servicii de sănătate). Cea mai completă numărare a unei populații se realizează în cadrul recensământului.

Structura populației reprezintă modul de distribuție a populației dintr-o zonă geografică după diverse criterii. Cunoașterea structurii și distribuției populației este esențială pentru analiza nevoilor pentru servicii de sănătate și alocarea resurselor.

2.6.1. Structura populației pe medii de reședință

Structura sau distribuția populației pe medii de reședință depinde de structura economică a unei țări și de politica de dezvoltare economică a acesteia. Mediul de trai influențează patternurile de morbiditate și de mortalitate, precum și structura serviciilor de sănătate, organizarea prestării serviciilor de sănătate fiind diferită în mediul rural și cel urban. În Republica Moldova, la 1 ianuarie 2024, 56,6% populație locuiau în mediul rural, iar alte 43,4% în mediul urban.

2.6.2. Structura populației pe sexe

Cele mai importante caracteristici ale structurii populației sunt *vârsta* și *sexul*. Structura populației pe vârste și pe sexe este un factor important pentru determinarea numărului și tipurilor de probleme de sănătate existente, a patternurilor de utilizare a serviciilor de sănătate și a comportamentelor de sănătate.

Conform statisticilor demografice mondiale, numărul populației masculine este mai mare decât al celei feminine, iar natalitatea masculină este și ea superioară celei feminine. În țările dezvoltate, numărul populației feminine îl depășește pe cel al populației masculine. În cele mai multe țări raportul dintre populația masculină și cea feminină la naștere este de 105-106%. Cu toate acestea, în grupele de vârstă superioare, grupele masculine sunt inferioare celor feminine. Cauzele acestor diferențe sunt multiple: rata mortalității infantile masculine mai mare decât mortalitatea infantilă feminină, creșterea mai accentuată a mortalității prin cancer la bărbați; durata de viață mai mare la femei.

Structura pe sexe prezintă interes în cunoașterea riscurilor și a frecvenței bolilor la populația masculină față de cea feminină.

În Republica Moldova, raportul dintre populația masculină și cea feminină la naștere constituie 103-104%. Proporția mai mare a bărbaților predomină până la vârsta de aproximativ 30 de ani. Începând cu vârsta de 40 de ani, proporția bărbaților scade progresiv, astfel că și raportul dintre

populația masculină și cea feminină scade progresiv odată cu înaintarea în vârstă, constituind 72-73% la vârsta de 70 de ani și doar 50% la vârsta de 80 de ani.

2.6.3. Structura populației pe grupe de vârstă

Este determinată în mare măsură de natalitate și mortalitate, de fenomenul migrației populației, de războaie și altele. Echilibrul instabil dintre natalitate și mortalitate generează, la nivelul unei populații, o anumită structură pe grupe de vârstă și sexe. Aceasta are consecințe nu numai asupra ritmului de întinerire a generațiilor, dar și asupra necesităților de consum, a infrastructurii educaționale sau a serviciilor de sănătate și sociale, asupra capacității societății de a oferi locuri de muncă populației active. De exemplu, o pondere crescută a populației tinere, înseamnă că țara respectivă va deveni în viitorul apropiat o sursă puternică de forță de muncă, în special de tineret. O țară suprapopulată și slab dezvoltată este o sursă potențială de emigrație.

Structura pe grupe de vârste este expresia împărțirii populației totale a unui stat în trei categorii semnificative, corespunzătoare populației tinere, adulte și vârstnice. Comisia pentru Populație a Organizației Națiunilor Unite, evidențiază în acest sens următoarele categorii de vârstă:

- *grupa tinerilor* – populație între 0-14 ani;
- *grupa adulților* – populație între 15-64 ani;
- *grupa vârstnicilor* – populație peste 65 ani.

La rândul ei, grupa adulților se împarte în *adulți-tineri*, cu vârste cuprinse între 20-40 ani și *adulți-vârstnici*, între 40-64 ani.

O țară este considerată tânără din punct de vedere demografic, când grupa tinerilor (0-14 ani) depășește 35% din totalul populației, iar vârstnicii nu depășesc 12%. Dacă tinerii reprezintă sub 20%, încep să apară tendințe de îmbătrânire demografică a populației.

Măsurarea și descrierea populației pe grupe de vârstă prezintă interes pentru sistemul de sănătate, deoarece tabloul morbidității și al mortalității diferă de la o grupă de vârstă la alta.

2.6.4. Piramida populației, tipuri și caracteristici

Reprezentarea grafică tipică pentru structura populației pe grupe de vârstă și pe sexe este piramida populației sau piramida vârstelor. Piramida populației poate avea aspecte diferite ca urmare, în principal, a raportului natalitate: mortalitate.

Piramida populației reprezintă o diagramă cu bare orizontale (două histograme așezate spate în spate), în care este prezentat numărul sau proporția persoanelor pentru fiecare grupă de vârstă și sex pentru o anumită populație. Pe axa orizontală este prezentată populația cu număr absolut sau în procente. Pe axa verticală sunt prezentate grupele de vârstă. În partea stângă a piramidei sunt prezentați bărbații, iar în partea dreaptă – femeile (*figura 7*).

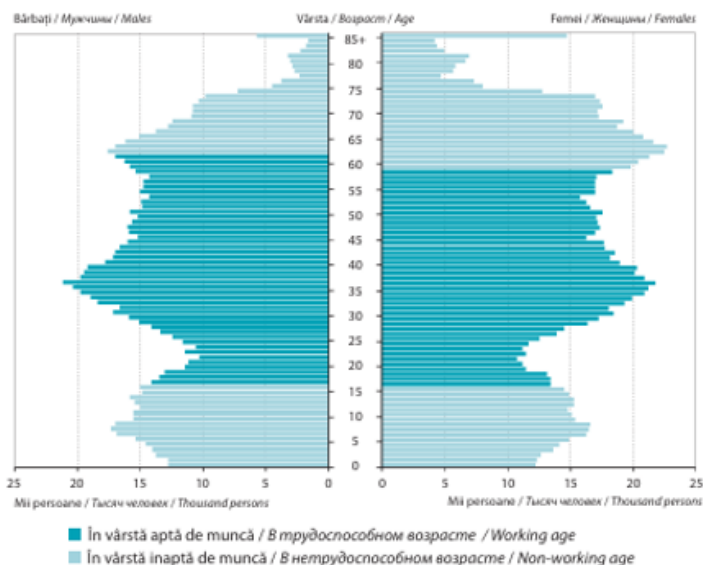


Figura 7. Piramida populației Republicii Moldova, 2024

Sursa: Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova

Piramida populației sintetizează trecutul și anunță viitorul demografic, segmentele reduse numeric reflectă efectele în timp ale războaielor, catastrofelor naturale, în timp ce segmentele bine reprezentate reflectă perioadele de pace, de dezvoltare economică.

Piramida populației arată structura demografică a societății.

Forma piramidei poate oferi informații despre:

- rata brută a natalității și rata brută a mortalității;
- speranța de viață la naștere;
- rata de dependență;
- evenimentele specifice care au avut loc în populația unei țări.

Baza piramidei populației ne informează despre rata brută a natalității populației. O bază largă indică un număr mai mare de copii în populație și, deci, o rată brută a natalității mai mare. O bază îngustă indică un număr mai mic de copii și o rată brută a natalității mai mică.

Vârful piramidei populației ne poate informa despre speranța de viață la naștere a populației, adică despre numărul de ani pe care se așteaptă să-i trăiască un nou-născut. Un vârf îngust al piramidei populației arată un număr mic de persoane care supraviețuiesc până la vârsta înaintată, iar speranța de viață este mică. Un vârf mai larg reflectă un număr mai mare de persoane vârstnice în populație și o speranță de viață mai mare, și, respectiv, nevoi mai mari de servicii sociale și de sănătate.

Forma părților laterale ale piramidei populației ne poate informa despre rata brută a mortalității populației. Laturile concave indică o rată brută a mortalității înaltă, iar cele convexe - una joasă.

Iregulăritățile laturilor piramidei populației ne pot informa despre evenimentele specifice care s-au întâmplat în populația unei țări. Segmentele bine reprezentate ale piramidei populației indică fie o perioadă de imigrare, fie o explozie demografică (creșterea neașteptată a numărului de nașteri) care au apărut mai devreme. Segmentele reduse numeric (indentațiile) piramidei populației arată fie o rată a deceselor mai înaltă (din cauza războiului, foametei), fie o perioadă de emigrare.

Forma piramidei este expresivă și diferită. În general, există trei modele principale de piramidă (*figura 8*):

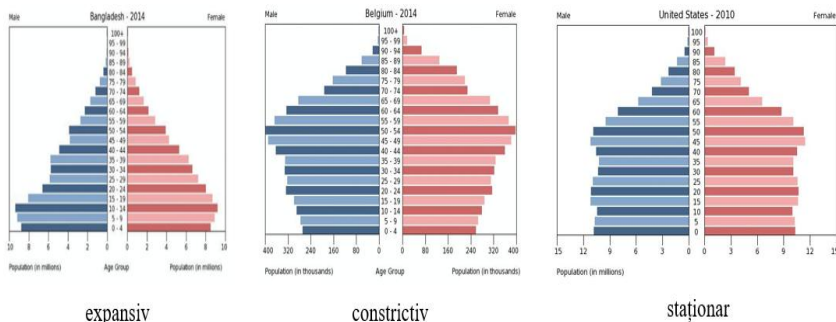


Figura 8. Modelele piramidei populației

Modelul „în formă de triunghi”, **expansiv** – cu baza largă, caracterizează o țară cu o creștere rapidă a populației. Fiecare grup succesiv de persoane mai în vârstă este reprezentat printr-o bară mai mică. Ratele brute ale natalității și mortalității sunt crescute, iar speranța de viață este mică. Acest tip de piramidă este caracteristic pentru țările în curs de dezvoltare (America Latină, Africa, Asia, Bangladesh).

Modelul „în formă de clopot”, **staționar** – cu baza relativ largă și un număr relativ egal de populație în majoritatea grupelor de vârstă. Ca urmare a creșterii nivelului de trai, crește și durata medie a vieții, acumulându-se mai mulți vârstnici. Este un model de tranziție, caracteristic țărilor rapid industrializate (Franța, SUA, țările scandinave).

Modelul „în formă de urnă”, **constrictiv** – cu baza îngustă, este caracteristic țărilor dezvoltate cu natalitate scăzută și longevitate mare. Acest model exprimă o populație îmbătrânită, cu o pondere scăzută a tinerilor și o pondere crescută a adulților și vârstnicilor. Este consecința unei natalități scăzute, cu o maturizare și o îmbătrânire evidentă a populației. Acest model de piramidă este caracteristic pentru țările dezvoltate (Belgia, Germania, Italia).

Vârsta mediană a populației este un indicator care rezumă structura pe vârste a unei populații. Vârsta mediană este vârsta care împarte o populație în două grupuri egale numeric, jumătate dintre oameni sunt mai tineri decât această vârstă și jumătate sunt mai în vârstă. Diferențele privind vârsta mediană reflectă diferențele evidente în forma distribuției pe vârste între țările mai puțin dezvoltate și cele mai dezvoltate. O țară mai dezvoltată va avea o vârstă mediană mai mare în comparație cu o țară mai slab dezvoltată.

2.7. Îmbătrânirea populației

2.7.1. Aspecte demografice

Îmbătrânirea populației este un termen folosit pentru a descrie schimbările în distribuția pe vârste (structura vârstelor) a populației care contribuie la creșterea proporției populației de vârstă înaintată. Acest fenomen este pe cale să devină una din cele mai semnificative transformări sociale ale secolului al XXI-lea. Îmbătrânirea populației este un fenomen ireversibil, progresând rapid atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare și afectând eventual toată populația.

Creșterea numărului absolut al populației vârstnice și a ponderii ei în cadrul populației totale este o consecință a scăderii natalității, pe de o parte și pe de alta a creșterii speranței de viață ca urmare a scăderii mortalității infantile, a mortalității generale și a mortalității printre persoanele vârstnice, precum și a succeselor medicinei și sănătății publice în vederea prevenirii și controlului bolilor, în special a celor acute infecțioase.

Ritmul de creștere a numărului populației vârstnice a crescut substanțial în ultimii ani și această creștere se va accelera în următoarele decenii. Conform estimărilor, între 2015 și 2030, numărul persoanelor de pe glob cu vârsta de 60 de ani și mai mult va crește cu 56%, iar până în 2050, numărul populației vârstnice se va dubla. În Europa, numărul vârstnicilor va crește cu 23% până în 2030.

Populația vârstnică va continua ea însăși să îmbătrânească. Grupa de vârstă care crește cel mai mult în prezent este cea de 80 de ani și mai mult (3,8% pe an) și reprezintă peste 10% din totalul populației vârstnice. În 2050, o cincime din populația vârstnică va avea peste 80 ani.

Îmbătrânirea populației se manifestă mult mai acut în țările în curs de dezvoltare decât în cele dezvoltate, primele dispunând de o perioadă de timp mult mai redusă pentru a se adapta consecințelor acestui fenomen. Mai mult, populația țărilor în curs de dezvoltare îmbătrânește într-un context socio-economic nefavorabil, ceea ce nu se constată în cazul populației țărilor dezvoltate. De exemplu, țările din Europa de Est și fosta Uniune Sovietică, printre care și Republica Moldova, se confruntă cu problema îmbătrânirii rapide a populației. Până în anul 2025, multe țări din aceste regiuni vor avea populații care se vor clasa printre cele mai bătrâne din lume. Aceasta poate să reprezinte pericol pentru economie și să împovăreze sistemul social și cel de sănătate, punând presiuni noi asupra cheltuielilor publice, inclusiv pentru servicii de sănătate.

Odată cu îmbătrânirea populației, în multe țări, din cauza ratei scăzute a natalității și a longevității în creștere, conceptele de grupuri de populație „dependente”, cei sub 15 ani și cei peste 65 de ani, ca procent din populația totală, devin din ce în ce mai relevante pentru planificarea socială și economică.

Pentru a măsura îmbătrânirea populației se utilizează indicatorii: coeficientul de îmbătrânire a populației și raportul de dependență demografică.

Coeficientul de îmbătrânire a populației reprezintă numărul persoanelor cu vârsta de 65 de ani și mai mult exprimat la 100 de locuitori.

$$\text{Coeficientul de îmbătrânire} = \frac{\text{Numărul de persoane de 65+ ani pe an}}{\text{Numărul populației cu reședință obișnuită la mijlocul anului}} \times 100$$

Potrivit scării lui J. Beaujeu-Garnier – E. Rosset, valoarea coeficientului de îmbătrânire $\geq 12\%$ se consideră „îmbătrânire demografică”.

Îmbătrânirea populației are multiple consecințe socio-economice și implicații pentru toate sectoarele societății, inclusiv pentru sectorul economic prin creșterea raportului de dependență pentru vârstnici, pentru sectorul de sănătate și cel de protecție socială.

Raportul de dependență demografică reprezintă raportul dintre numărul persoanelor tinere (sub 15 ani) și vârstnice (65 de ani și mai mult) și numărul persoanelor în vârstă aptă de muncă (15-64 de ani) exprimat la 100 de persoane.

Raportul de dependență =

$$\frac{\text{Numărul de persoane sub 15 ani} + \text{numărul de persoane de 65+ ani}}{\text{Numărul de persoane cu vârsta 15–64 ani}} \times 100$$

Raportul de dependență demografică este de obicei folosit ca un indicator al poverii economice pe care o poartă populația în vârstă aptă de muncă. Cu cât este mai mare valoarea raportului de dependență cu atât mai mare este povara pentru persoanele în vârstă aptă de muncă, care trebuie să plătească pentru securitatea socială și serviciile de sănătate a celor ce nu lucrează.

Valorile mari ale raportului de dependență pot fi asociate cu rate mai mari ale natalității sau cu o speranță de viață la naștere mai mare.

Modificarea raportului dintre populația activă și cea pasivă determină o creștere a populației dependente, pe seama adulților neproducători. Acest fenomen creează probleme dificile de ordin medical și socio-economic pentru familie, comunitate și societate.

În Republica Moldova, raportul de dependență, calculat ca numărul persoanelor dependente la 100 de persoane în vârstă aptă de muncă, a constituit 51,7% în a. 2023.

2.7.2. Aspecte medico-sociale

Pe măsură ce avansează în vârstă, starea de sănătate a persoanelor vârstnice se înrăutățește, ceea ce implică creșterea solicitărilor pentru servicii de sănătate și sociale și, respectiv, a costurilor.

Modificările de vârstă produc creșteri importante ale morbidității, dizabilității și mortalității. Bolile cronice și degenerative sunt prevalente la vârstnici, fiind în parte consecință a expunerii la factorii de risc modificabili la vârstele mai tinere (de exemplu, alimentație nesănătoasă și dezechilibrată, sedentarism, utilizarea tutunului și a alcoolului).

Populația în vârstă din aproape toate țările lumii este predominant feminină. Diferențele de gen în ceea ce privește starea de sănătate și riscul de deces au o contribuție importantă pentru calitatea vieții bărbaților și femeilor. În condițiile unei stări de sănătate deteriorate, probabilitatea de deces crește mai rapid printre bărbați decât printre femei. Ca urmare, populația masculină este mai sănătoasă, în timp ce femeile, care trăiesc mai mult, suferă de multe ori de boli grave, ceea ce duce frecvent la mai multe afecțiuni cronice concomitente (comorbiditate sau multimorbiditate). Femeile în vârstă se confruntă cu mai multe dizabilități decât bărbații în vârstă. Acest lucru reflectă riscul mai mare al femeilor pentru dizabilitate din cauza tulburărilor musculo-scheletice și al supraviețuirii mai îndelungate decât bărbații după debutul dizabilității.

Populația vârstnică este o mare consumatoare de servicii de sănătate. În ceea ce privește sănătatea și serviciile de sănătate, femeile sunt utilizatori mai agresivi ai serviciilor de sănătate decât bărbații. Ele trăiesc mai mult, dar suferă de mai multe dizabilități. Femeile duc o mare parte din povara luării deciziilor în domeniul sănătății, nu numai pentru ele, dar și pentru familiile lor. De asemenea, ele au mai multe șanse să influențeze comportamentul de sănătate al semenilor lor.

Sistemele de sănătate sunt, însă, prost ajustate pentru a răspunde nevoilor populației vârstnice. Îmbătrânirea populației prezintă provocări pentru sănătatea publică (în special, creșterea poverii pe care o au

costurile asistenței medicale asupra bugetelor naționale), precum și pentru dezvoltarea economică (cum ar fi scăderea și îmbătrânirea forței de muncă și neviabilitatea sistemelor de securitate socială).

Majoritatea problemelor de sănătate la vârstnici pot fi prevenite sau amânate prin angajarea în comportamente sănătoase sau pot fi gestionate eficient, în special dacă acestea sunt depistate precoce.

Îmbătrânirea populației necesită un răspuns comprehensiv de sănătate publică. Acesta trebuie să se bazeze pe principiul promovării sănătății și prevenirii bolilor pe tot parcursul vieții și în diferite perioade ale vieții și să cuprindă promovarea obiceiurilor și a stilului sănătos de viață, îmbunătățirea îngrijirilor medicale și a măsurilor preventive și îmbunătățirea condițiilor de educație și de trai (socio-economice).

Organizația Mondială a Sănătății promovează îmbătrânirea activă și îmbătrânirea sănătoasă.

Prin **îmbătrânire activă** se subînțelege procesul de optimizare a oportunităților pentru sănătate, participare și securitate în vederea îmbunătățirii calității vieții pe măsură ce populația îmbătrânește.

Prin **îmbătrânire sănătoasă** se subînțelege procesul de dezvoltare și menținere a capacității funcționale care să permită bunăstarea la vârste mai înaintate.

2.7.3. Caracteristici ale îmbătrânirii populației în Republica Moldova

Proporția persoanelor vârstnice a crescut rapid în ultimii ani, de la 13,2% în anul 2006 la 25,2% în anul 2024 (*figura 9*), ceea ce corespunde unui nivel înalt de îmbătrânire demografică. Îmbătrânirea populației a fost mai pronunțată printre femei în comparație cu bărbații.

Conform ultimelor date disponibile (anul 2023), 10,0% din totalul persoanelor vârstnice au depășit vârsta de 80 ani. Procesul de îmbătrânire este mai avansat în mediul rural (57%). Cota persoanelor în vârstă este mai mare în rândul femeilor (60%).

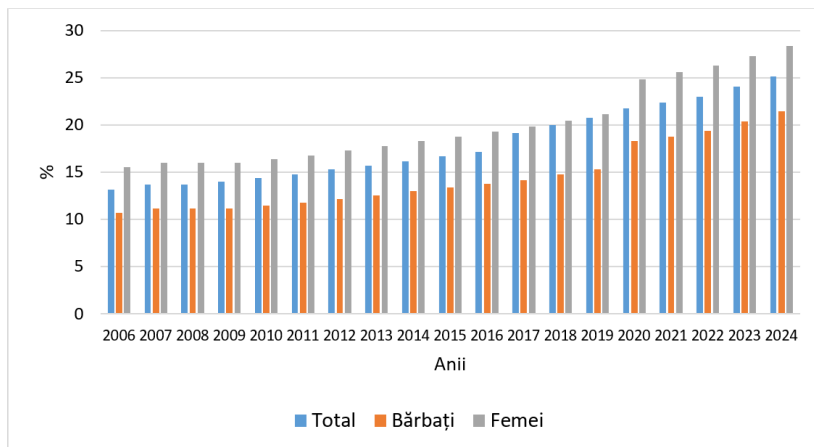


Figura 9. Evoluția coeficientului de îmbătrânire a populației din Republica Moldova, 2006-2024

Sursa: Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova

Persoanele vârstnice din mediul urban și femeile în vârstă au o durată a vieții mai mare. Durata medie a vieții femeilor care au atins vârsta de 60 ani constituie 19,6 ani, iar a bărbaților – 15,0 ani, diferența fiind de 4,6 ani (anul 2022). Speranța de viață la persoanele vârstnice din mediul urban este cu 2,6 ani mai mare decât la cele din mediul rural.

Pe parcursul ultimilor ani mortalitatea printre vârstnici este stabilă. Mortalitatea este mai mare în mediul rural și printre bărbații în vârstă. Bolile aparatului circulator predomină în structura mortalității persoanelor vârstnice (65,5%), urmate de tumorile maligne (17,0%) și bolile aparatului digestiv (6,3%), (structura arătată a cauzelor de deces este pentru anul 2023 și nu diferă semnificativ în comparație cu anii precedenți). Mortalitatea specifică pe cauze de deces diferă considerabil la bărbați și femei. „*Supramortalitatea masculină*” este înregistrată în toate clasele principale de deces.

Incidența prin tumori maligne este în creștere. Circa 72,7% din cazurile noi de tumori maligne înregistrate în anul 2023 revin

persoanelor cu vârsta de 60 ani și mai mult. Incidența prin tumori (la 100 000 vârstnici) a constituit 1268 cazuri în anul 2023, fluctuând neesențial pe parcursul ultimilor cinci ani.

Rata dizabilității primare la persoanele vârstnice (la 1 000 de locuitori) este mai mare în mediul urban (1,3 cazuri) în comparație cu mediul rural (1,1 cazuri). Bolile aparatului circulator sunt cauza predominantă a dizabilității primare (31,4%), după care urmează tumorile maligne (16,0%) și tulburările mentale și de comportament (12,1%).

Pierderea autonomiei persoanelor vârstnice și apariția incapacității funcționale parțiale sau totale necesită servicii de îngrijiri medicale și sociale adecvate.

2.8. Procese demografice

2.8.1. Natalitatea și fertilitatea

Natalitatea – reprezintă fenomenul demografic al frecvenței nașcuților vii într-o populație. Ratele natalității atestă o tendință descendentă în majoritatea țărilor lumii.

Fertilitatea – reprezintă fenomenul demografic al frecvenței apariției nașcuților vii în subpopulația feminină de vârstă fertilă (15-49 ani).

Fertilitatea se măsoară cu rata generală de fertilitate care se obține prin împărțirea numărului de nașcuți vii pe parcursul unui an la numărul femeilor de vârstă fertilă (15-49 ani). Aici numitorul este reprezentat de populația la risc.

$$\text{Rata generală de fertilitate} = \frac{\text{Numărul de nașcuți vii într-un an}}{\text{Numărul femeilor cu vârsta 15-49 ani la mijlocul anului}} \times 1\,000$$

Factorii ce contribuie la scăderea fertilității și, respectiv, a natalității:

- oportunitățile îmbunătățite de educație pentru femei (care contribuie la înfrângerea socială a femeilor, utilizarea mai

mare a contracepției, o mai bună sănătate în copilărie și participarea femeilor în forța de muncă);

- scăderea mortalității infantile și a mortalității copiilor, care reduce presiunea pentru mai mulți copii pentru a asigura supraviețuitori;
- îmbunătățirea accesului la contracepție și la consiliere privind planificarea familială;
- dezvoltarea economică, creșterea veniturilor, a prosperității și a nivelului de trai.

În Republica Moldova, în perioada 1988-1997, natalitatea s-a înjumătățit, scăzând de la 20,6 născuți vii la 1 000 de locuitori în anul 1988 la 10,6 născuți vii la 1 000 de locuitori în anul 1997 și se menține la acest nivel, cu mici fluctuații, pe parcursul ultimilor 25 de ani.

Născutul viu

Conform OMS, **născutul viu** – este produsul de concepție expulzat sau extras complet din corpul mamei, indiferent de durata sarcinii din care acesta provine, și care prezintă un semn de viață: respirație, activitate cardiacă, pulsații ale cordonului ombilical sau contracția voluntară a unui mușchi, fie că placenta a fost eliminată sau nu, iar cordonul ombilical a fost secționat sau nu.

În Republica Moldova, definiția născutului viu a evoluat de la definiția utilizată până în a. 2008 la cea utilizată după 2008. Astfel, până în 2008 născuți vii se considerau copiii născuți după cea de-a 28-a săptămână de gestație sau care cântăreau mai mult de 1000 g sau cu lungimea mai mare de 35 de cm. Începând cu 2008 se consideră născuții vii copiii născuți după 22 de săptămâni de gestație sau cu greutatea mai mare de 500 g.

Născutul mort – este produsul de concepție ce provine dintr-o sarcină de peste 22 de săptămâni și cu o greutate de cel puțin 500 de grame, care după separarea completă de corpul matern nu manifestă nici un semn de viață.

Avortul – este produsul de concepție care provine dintr-o sarcină cu o durată mai mică de 22 de săptămâni și cu o greutate mai mică de 500 de grame, care după extragerea completă din corpul matern nu manifestă nici un semn de viață.

Rangul nașterii – exprimă locul nașterii în ierarhia nașterilor mamei (a câta naștere, vie sau nu, este cea în cauză).

Rangul născutului – exprimă al câtelea născut viu sau mort este născutul considerat în suita celor pe care ia născut mama.

Intervalul protogenezie – este durata medie dintre căsătorie și nașterea primului copil.

Intervalele integenezice – sunt duratele medii care separă într-o populație nașterile de rang succesiv (durata medie între prima și a doua naștere, a doua și a treia, etc.).

2.8.2. Mortalitatea

Mortalitatea ca proces demografic se referă la frecvența deceselor într-o anumită populație și pentru un interval delimitat de timp (de obicei un an). Spre deosebire de natalitate și fertilitate, mortalitatea constituie componenta negativă a sporului natural.

Înregistrarea deceselor este obligatorie în Republica Moldova, iar datele colectate prin procesul de înregistrare civilă pot fi utilizate de autoritățile din sănătate pentru a monitoriza starea de sănătate și planifica serviciile de sănătate.

Certificatul de deces este obligatoriu în Republica Moldova și trebuie semnat de către un medic licențiat înainte ca cadavrul să poată fi înhumat. Conținutul certificatului de deces este important deoarece cauza decesului certificată medical stă la baza statisticilor de mortalitate. Standardizarea raportării cauzelor de deces este departe de a fi simplă. Cauzele decesului înregistrate în certificatul de deces includ:

- cauza directă a decesului (linia a);
- condițiile contributive: cauza antecedentă (linia b) și boala principală (linia c).

Diagnosticile medicale sunt codificate, conform reviziei a X-a a Clasificării Statistice Internaționale a Bolilor și Problemelor de Sănătate Conexe (CIM-10), adoptată de OMS în anii 1990 (67). Medicii care completează certificatul pot avea percepții diferite despre diagnostic și diferența dintre cauza directă a decesului și cea antecedentă. Calitatea datelor extrase din certificatul de deces este influențată de completitudinea raportării, precizia diagnosticului, corectitudinea codificării cauzelor de deces și măsura în care sunt folosite autopsiile.

Mortalitatea este influențată de o multitudine de caracteristici demografice și alți factori, precum vârsta, sexul, rasa / etnia, ocupația și categoria socială.

Mortalitatea evitabilă (prevenibilă și tratabilă) se referă la frecvența deceselor cauzate de boli care pot fi prevenite în totalitate sau în mare măsură prin intervenții de sănătate publică și îngrijiri clinice. De exemplu, rujeola, difteria, cancerul pulmonar cauzat de fumat sau cirozele hepatice provocate de alcool.

Indicatorii mortalității evitabile se utilizează pentru a evalua eficiența intervențiilor de sănătate publică și a sistemelor de sănătate în reducerea mortalității premature provocate de diferite boli și leziuni. Prin **deces prematur** se au în vedere decesele survenite înainte de vârsta de 70 de ani sau o altă vârstă prestabilită.

Mortalitatea prevenibilă este definită ca fiind cauzele de deces care pot fi evitate în principal prin intervenții eficiente de sănătate publică și de prevenție primară (adică înainte de debutul bolilor / leziunilor, pentru a reduce incidența). De exemplu, COVID-19, cancerul de col uterin, suicidul, accidentele rutiere și înneclul.

Mortalitatea tratabilă este definită ca fiind cauzele de deces care pot fi evitate în principal prin intervenții de asistență medicală acordată în timp util și eficiente, inclusiv de prevenție secundară și tratament (adică după debutul bolii, pentru a reduce fatalitatea) (6). De exemplu, pancreatita acută, accidentul vascular cerebral, infarctul miocardic.

Mortalitatea evitabilă măsoară eficacitatea intervențiilor de sănătate publică și a îngrijirilor medicale. Aceasta este utilizată în calitate de indicator de performanță al sistemului de sănătate și indicator de calitate al prestării serviciilor de sănătate.

În Republica Moldova, rata mortalității generale a crescut în perioada 1966-1979, după care se atestă o stabilizare relativă cu anumite creșteri în perioadele marcate de crize socio-economice.

Mortalitatea este un fenomen puternic dependent de dezvoltarea socio-economică a unui stat. Dezvoltarea socio-economică a determinat scăderea mortalității și creșterea speranței de viață și a calității vieții. Relația dintre dezvoltarea socio-economică și starea de sănătate poate fi sintetizată prin legătura directă care există între produsul intern brut (PIB) pe cap de locuitor și durata medie a vieții ca indicator sintetic al mortalității și stării de sănătate: odată cu creșterea produsului intern brut crește și durata medie a vieții.

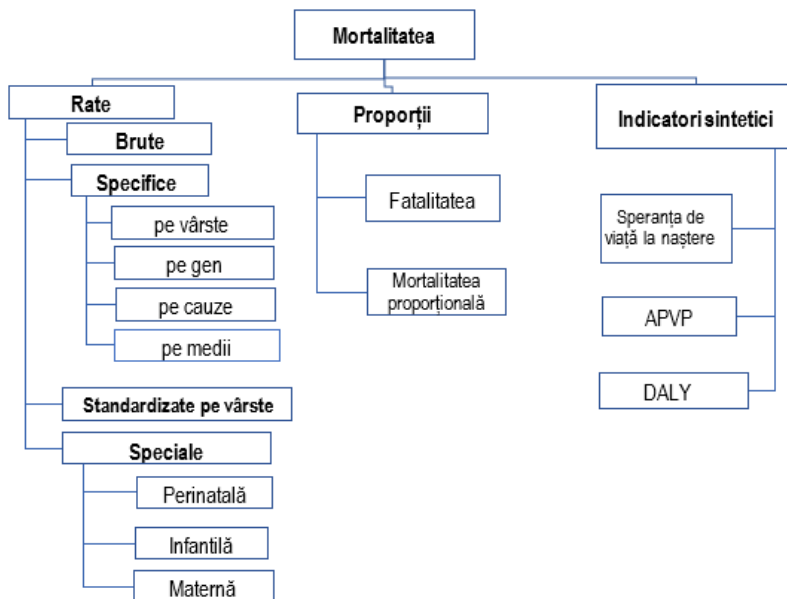


Figura 10. Indicatorii de mortalitate

Există diferite modalități de măsurare a mortalității unei populații (*figura 10*). Mortalitatea poate fi măsurată calculând diferite tipuri de rate (brută, specifică și standardizată pe vârste) sau proporții (fatalitatea, mortalitatea proporțională / letalitatea). Mai mult ca atât, este posibilă utilizarea diferitor tipuri de indicatori sintetici, cum ar fi speranța de viață la naștere, anii potențiali de viață pierduți (APVP) și anii de viață ajustați cu dizabilitate (DALY) (vezi subcapitolul 3.5).

2.8.2.A. Ratele mortalității

Rata brută (generală) a mortalității (RBM) măsoară frecvența tuturor deceselor (toate cauzele de deces, toate grupurile de vârstă și ambele sexe) care au loc într-o anumită perioadă de timp în populație.

$$\text{Rata brută a mortalității} = \frac{\text{Numărul total al deceselor pe an}}{\text{Numărul total al populației estimat la mijlocul anului}} \times 1\,000$$

Rata brută a mortalității este un indicator frecvent utilizat datorită simplității calculului și disponibilității datelor.

Principalul său dezavantaj este acela că nu ține cont de variația semnificativă a riscului de deces în funcție de vârstă, sex, rasă, categorie socio-profesională etc.

Rata brută a mortalității este denumită brută deoarece numitorul său este format din întreaga populație, ai cărei membri nu sunt expuși în mod egal riscului de deces. Riscul de deces variază în funcție de vârstă, sex, rasă / etnie, statut socioeconomic și alte caracteristici. Astfel, deși toate persoanele de la numitorul ratei brute a mortalității vor experimenta cândva decesul, nu toate sunt expuse în mod egal la riscul de deces.

Ratele specifice de mortalitate măsoară frecvența deceselor în diferite subgrupuri de populație. Calcularea acestui tip de rate permite o analiză mai nuanțată a fenomenului pentru diferite subpopulații.

Aceste rate se pot calcula în funcție de: sex, grupă de vârstă, mediu de rezidență (rural / urban), cauză de deces, etnie, nivel de venit, nivel de educație etc. De exemplu, pentru a calcula rata specifică a mortalității prin cancer printre femei, raportăm numărul deceselor prin cancer înregistrate printre femei pe parcursul anului la numărul populației feminine:

$$\text{Rata de mortalitate prin cancer printre femei} = \frac{\text{Numărul deceselor prin cancer printre femei pe an}}{\text{Numărul populației feminine estimat la mijlocul anului}} \times 1\,000$$

La numitorul ratelor specifice se indică numărul populației specifice care a produs evenimentele.

O descriere generală a indicatorilor mortalității este prezentată în *tabelul 5* de la sfârșitul acestei teme.

Analiza deceselor pe sexe evidențiază o supramortalitate masculină. Aceasta coexistă cu o supramorbiditate feminină, cazurile de boală diagnosticate și raportate la femei fiind mai numeroase.

Ratele de deces variază în funcție de vârstă. Sunt mari în primul an de viață, apoi scad brusc și încep să crească din nou în jurul vârstei de 40 de ani. În ceea ce privește ratele de mortalitate specifice după vârstă, mortalitatea infantilă este cel mai comun indicator al deceselor infantile.

Mortalitatea infantilă este fenomenul demografic al deceselor copiilor cu vârsta 0-1 an înregistrate în populația născuților vii dintr-o anumită regiune și într-un interval dat de timp, de regulă un an calendaristic.

$$\text{Rata mortalității infantile} = \frac{\text{Numărul deceselor printre copii de 0–1 an pe an}}{\text{Numărul de născuți vii pe an}} \times 1\,000$$

Studierea mortalității infantile prezintă un interes aparte, pentru că împreună cu speranța de viață la naștere constituie cei mai sensibili și frecvent utilizați indicatori privind starea de sănătate a populației și nivelul de dezvoltare socio-economică. Mortalitatea infantilă reflectă impactul condițiilor socio-economice și de mediu asupra sănătății mamei și a copilului, precum și eficacitatea sistemelor de sănătate. Factori precum nivelul de educație al mamei, calitatea îngrijirilor antenatale și pe parcursul nașterii, nașterea prematură și greutatea la naștere, îngrijirile nou-născutului și practicile de alimentare a sugarului sunt determinante importante ale mortalității infantile. Mortalitatea infantilă și cea a copiilor continuă să influențeze speranța de viață în mai multe țări. Ratele mortalității infantile sunt în scădere în Republica Moldova, dar sunt mai mari în comparație cu cele din țările din regiunea Europeană.

Mortalitatea perinatală. Perioada perinatală începe după 22 de săptămâni complete de gestație și se termină după 7 zile complete de la naștere. Prin urmare, decese perinatale sunt decesele înregistrate în perioada perinatală.

$$\text{Rata mortalității perinatale} = \frac{\text{Numărul de născuți morți} + \text{numărul deceselor din perioada neonatală precoce}}{\text{Numărul de născuți morți} + \text{numărul de născuți vii}} \times 1\,000$$

În *Figura 11* sunt prezentate schematic diferite perioade ale mortalității perinatale și infantile.

În structura mortalității infantile și a copiilor cu vârsta până la 5 ani în Republica Moldova predomină unele afecțiuni în perioada perinatală urmate de malformațiile congenitale. Aceste două tipuri de cauze însumează peste 60% din toate decesele înregistrate în aceste două grupe de vârstă. Pe locul trei sunt bolile aparatului respirator cu puțin peste 10% în ambele categorii de vârstă. Următorul grup de cauze sunt traumele și otrăvirile, proporția cărora se dublează pe măsură ce copilul începe să se deplaseze. Pe locul cinci sunt bolile infecțioase și parazitare.

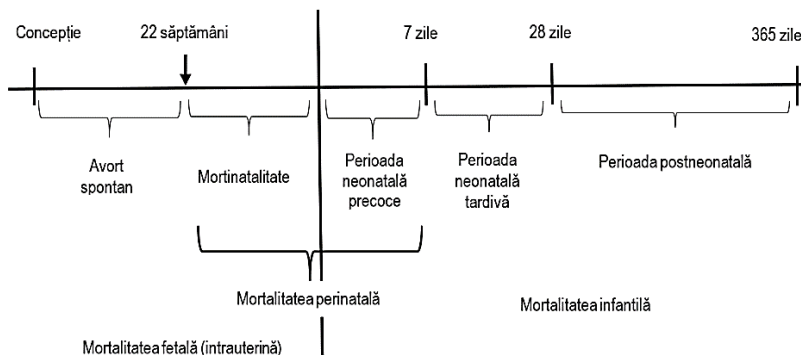


Figura 11. Mortalitatea fetală și infantilă

Cunoașterea cauzelor mortalității este importantă pentru a direcționa intervențiile de prevenție a deceselor evitabile și de promovare a sănătății printre părinți și educatori.

Mortalitatea maternă. Prin **deces matern** se subînțelege decesul unei femei în timpul sarcinii sau pe parcursul a 42 de zile de la terminarea sarcinii, indiferent de durata și de localizarea ei, din orice cauză asociată cu sarcina sau agravată de ea sau de conduita ei, cu excluderea cazurilor accidentale sau incidentale de deces.

Teoretic populația la risc (numitorul) trebuie să includă toate femeile gravide dintr-o anumită perioadă de timp. Dar, din cauza că este dificil de a identifica decesele fetale și sarcinile întrerupte intenționat, de obicei la numitor se află numărul nașcuților vii. Prin urmare, indicatorul calculat reprezintă de fapt un raport și nu o rată.

$$\text{Rata mortalității materne} = \frac{\text{Numărul deceselor atribuite afecțiunilor materne pe parcursul unei perioade definite de timp}}{\text{Numărul de nașcuți vii din aceeași perioadă de timp}} \times 1000$$

Mortalitatea maternă este un indicator important al stării de sănătate a femeii și pentru evaluarea performanței sistemului de

sănătate. Riscul decesului matern poate fi redus prin planificarea familială, accesul îmbunătățit și de calitate înaltă la îngrijiri antenatale și pe parcursul nașterii și îngrijiri postnatale acordate de personal medical calificat. Abordarea inegalităților în prestarea serviciilor esențiale de sănătate reproductivă trebuie să fie parte componentă a oricărei strategii. Fortificarea sistemului de sănătate și agenda privind acoperirea universală cu servicii de sănătate împreună cu acțiuni multisectoriale (care să includă educația femeilor și abordarea violenței) sunt eforturi cruciale în vederea reducerii mortalității materne.

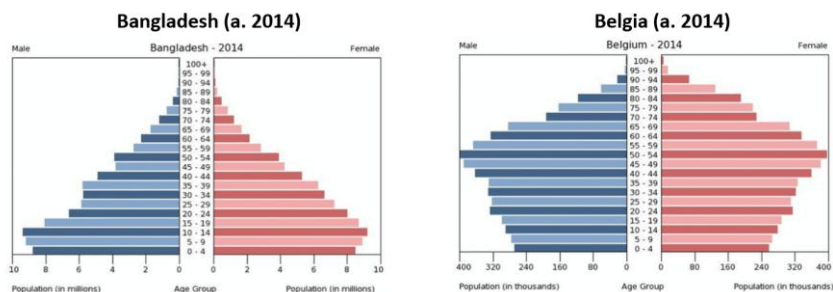
Ratele mortalității infantile, preinatale și materne sunt considerate rate speciale de mortalitate datorită importanței lor.

Rata standardizată de mortalitate. Utilizarea ratelor brute de mortalitate pentru compararea mortalității în aceeași perioadă de timp între 2 populații (de exemplu, între Republica Moldova și România în anul 2023), 2 subpopulații (de exemplu între bărbați și femei în Republica Moldova în anul 2023) sau 2 momente diferite de timp (de exemplu, în Republica Moldova, în anul 2022 și anul 2023) duce la obținerea unor rezultate incorecte. Această incorectitudine se explică prin faptul că rata brută de mortalitate este influențată de structura pe vârste diferită a populației (factor de confuzie) care se compară.

Standardizarea reprezintă modalitatea de eliminare a influenței pe care o exercită structura diferită pe grupe de vârstă a populației asupra mortalității. Ea permite compararea corectă a nivelelor mortalității înregistrate în două sau mai multe populații diferite din punct de vedere structural. Procedul de standardizare prin metoda directă este descris în compendiu *Bazele biostatisticii și metodologia cercetării*.

De exemplu, în *figura 12* sunt prezentate piramidele populației a două țări: Bangladesh și Belgia. Piramida populației Bangladeshului are o formă expansivă ce se caracterizează printr-o proporție mai mare a populației tinere și o proporție mai mică a populației vârstnice. Modelul Belgiei este unul constrictiv, cu o proporție mai mare a populației vârstnice și o proporție mică a populației tinere.

Cu toate acestea, compararea ratelor brute de mortalitate în cele 2 țări, arată că rata brută de mortalitate în Bangladesh (5,5 la 1 000 de locuitori) este mult mai mică decât cea din Belgia (9,2 la 1 000 de locuitori). Această situație paradoxală se explica prin faptul că structura pe vârste este diferită în cele două țări. Ratele de mortalitate sunt mai mari la vârsta mai înaintată, iar numărul populației vârstnice este mai mare în Belgia decât în Bangladesh.



Rata brută de deces = 5,5 la 1 000
 Rata de deces standardizată pe vârste = 8,5 la 1 000
 Numărul total de decese = 828 000
 Numărul total al populației = 150 600 000

Rata brută de deces = 9,4 la 1 000
 Rata de deces standardizată pe vârste = 4,2 la 1 000
 Numărul total de decese = 104 755
 Numărul total al populației = 11 200 000

Figura 12. Comparația ratelor mortalității, brute și standardizate, în Bangladesh și Belgia

Pentru a compara mortalitatea între cele două țări, trebuie să se elimine diferența în structura pe vârste. Acest lucru poate fi făcut prin intermediul standardizării pe vârste a ratelor de mortalitate. Ratele standardizate de mortalitate sunt rate ipotetice (nereale) ce arată care ar putea fi ratele de mortalitate în cele două țări de comparație dacă structura populației pe vârste ar fi aceeași. Astfel, rata de mortalitate standardizată pe vârste este de două ori mai mare în Bangladesh (8,5 la 1 000 de locuitori) în comparație cu Belgia (4,2 la 1 000 de locuitori).

O serie de factori contribuie la **scăderea mortalității**. Printre aceștia se numără:

- creșterea bunăstării familiilor și a standardelor de viață;
- îmbunătățirea alimentației și nutriției, inclusiv aprovizionarea, distribuția, calitatea și cunoștințele nutriționale;
- controlul bolilor infecțioase;
- reducerea mortalității prin bolile netransmisibile;
- îmbunătățirea asigurării cu apă și sanitație și a condițiilor de trai;
- prevenirea bolilor, reducerea factorilor de risc, promovarea unui stil de viață sănătos;
- îmbunătățirea accesului și calității serviciilor de sănătate;
- promovarea sănătății și educația pentru sănătate a societății, comunității și persoanei;
- îmbunătățirea sistemelor de securitate socială; de exemplu, alocații pentru copii, pensii, asigurări naționale de sănătate;
- îmbunătățirea condițiilor de angajare și recreere, creșterea bunăstării economice și sociale.

2.8.2.B. Fatalitatea și mortalitatea proporțională

Fatalitatea este un termen consacrat în literatura medicală de specialitate. Este raportul dintre numărul deceselor dintr-o anumită cauză (boală) și numărul îmbolnăvirilor din aceeași cauză, exprimat în procente. Indicele (rata) fatalității prin boala „x” arată frecvența deceselor provocate de o anumită boală din totalul celor care suferă de această boală. Fatalitatea se calculează după cum urmează:

Fatalitatea =

$$\frac{\text{Numărul persoanelor decedate pe parcursul unei perioade date de timp de la debutul bolii sau diagnosticare}}{\text{Numărul persoanelor cu boala dată}} \times 100$$

Este important să se distingă între fatalitate și rata mortalității. La rata mortalității, numitorul reprezintă întreaga populație la risc de deces din cauza unei anumite boli, incluzând atât persoanele cu boală, cât și pe cele fără boală. În cazul fatalității, numitorul cuprinde numai persoanele care au făcut boala. Prin urmare, fatalitatea este o proporție.

Fatalitatea este un *indicator al severității bolii*. Fatalitatea este și un indicator pentru măsurarea beneficiilor unei terapii noi. Pe măsură ce terapia se îmbunătățește, se așteaptă ca și fatalitatea să scadă.

Fatalitatea este un indicator mai potrivit cu privire la semnificația clinică a bolii în comparație cu mortalitatea. De exemplu, meningoencefalita provocată de *Naegleria fowleri* are o fatalitate mai mare (*N. fowleri* provoacă o infecție acută fatală, care avansează rapid, având o evoluție fulminantă), în comparație cu atacurile de cord care au o mortalitate mai mare, adică mai multe persoane decedează de atac de cord (din cauza prevalenței mult mai mari a bolilor cardiace) decât de infecția cu *N. fowleri* (cu o prevalență foarte mică).

Mortalitatea proporțională (letalitatea) reprezintă ponderea deceselor de o anumită cauză din totalul deceselor. Letalitatea este o proporție.

$$\text{Mortalitatea proporțională} = \frac{\text{Numărul deceselor din cauza bolii } X \text{ pe an}}{\text{Numărul total al deceselor pe an}} \times 100$$

Bolile cardiovasculare sunt responsabile de cea mai mare cotă a deceselor în Republica Moldova, constituind peste 50% din numărul anual. Pe locul doi se situează tumorile cu o cotă în creștere. Bolile aparatului digestiv ocupă locul trei în structura mortalității cu aproximativ 10% din totalul deceselor. Mai mult de trei pătrimi din aceste decese sunt provocate de hepatitele cronice și cirozele hepatice. Traumele și otrăvirile se situează pe locul patru cu o cotă de 6%-7% și o tendință de descreștere.

2.8.3. Migrația

Migrația este deplasarea populației dintr-un loc în altul, determinată de factori economici, sociali, politici sau naturali. Migrația reprezintă mișcarea unei persoane sau a unui grup de persoane, fie peste o frontieră internațională (migrația internațională), fie în interiorul unui stat (migrația internă). Migrația presupune mobilitate teritorială, schimbarea localității de origine sau chiar a reședinței, rezultând în același timp în „schimbarea statutului social al persoanelor migrante”.

În multe țări migrația este procesul demografic principal care influențează distribuția spațială a populației.

Migrația poate fi involuntară (refugiați, solicitanți de azil), persoanele emigrează din cauza persecuțiilor, amenințărilor cu violența sau privațiunilor extreme, și voluntară (migranți economici), persoanele fiind motivate de aspirații economice. Migranții internaționali sunt adesea clasificați ca fiind legali sau ilegali.

Republica Moldova se confruntă actualmente cu problema emigrării populației, în special emigrarea internațională de muncă și de studii.

Implicațiile migrației pentru sănătate și îngrijirile de sănătate

Migrația, în diferitele sale forme, are o serie de implicații asupra stării de sănătate, a comportamentelor de sănătate și a utilizării serviciilor de sănătate atât pentru comunitățile de origine, cât și pentru cele de destinație. Volumul și tipul serviciilor de sănătate consumate depind în primul rând de numărul și structura populației. Pe măsură ce populația crește sau scade, se modifică și cererea de servicii de sănătate. Multe comunități de destinație întâmpină dificultăți în satisfacerea cererii de îngrijiri de sănătate, deoarece infrastructura locală și fondul de personal medical nu poate fi extins suficient de rapid. Pe de altă parte, zonele care pierd populație nu pot reduce cu ușurință infrastructura pentru a ajusta serviciile la nevoile populației reziduale.

Pe măsură ce structura populației se schimbă, se modifică și cererea generală și tipurile de servicii necesare. Schimbările în structura pe vârste influențează substanțial cererea de servicii de sănătate, atât ca volum, cât și ca tip. Schimbările în distribuția pe nivele de educație sau de venit au, de asemenea, un impact substanțial asupra serviciilor de sănătate. Educația joacă un rol important în utilizarea anumitor servicii, iar veniturile și capacitatea de a plăti pentru serviciile de sănătate sunt factori importanți în utilizarea serviciilor de sănătate. Caracteristicile ocupaționale pot determina tipul de asigurare disponibilă.

Cercetările au constatat că migranții se caracterizează prin tulburări fizice și mentale mai frecvente decât nemigranții. Procesul de migrație este stresant și provoacă simptome psihiatrice. Dislocarea, cu pierderea familiei, a prietenilor și a colegilor, implică riscuri substanțiale.

O altă problemă legată de migrațiune este introducerea de boli indigene, care nu se întâlnesc în țara gazdă / de destinație sau reintroducerea de boli care au fost eradicate.

Un tip de migrație care are implicații speciale pentru sistemul sănătății este migrația internațională a medicilor și a altor lucrători din domeniul sănătății. Medicii formați într-o țară pot percepe că au oportunități limitate în țara lor de origine, iar lipsa de lucrători medicali într-o altă țară poate fi percepută ca fiind mai atractivă. Emigrarea profesioniștilor din domeniul sănătății este o provocare importantă pentru sistemul de sănătate din Republica Moldova.

2.9. Tranziția demografică

Tranziția demografică descrie schimbările în timp în structura populațiilor umane. Ideea principală constă în faptul că, odată cu dezvoltarea economică și îmbunătățirea îngrijirilor medicale, populațiile tind să treacă de la o situație cu rate de natalitate și de mortalitate crescute, prin urmare de la o durată a vieții mai scurtă (etapa preindustrială) la una, în care ratele de natalitate și de mortalitate sunt

mai scăzute, dând o speranță de viață mai mare (etapa unui sistem economic industrializat). Această tranziție schimbă de obicei structura pe vârste a populației de la una dominată de copii și adulți tineri cu vârsta de până la 29 de ani la una dominată de adulți de vârstă mijlocie și în vârstă, cu vârsta de 40 de ani și mai mult.

Tranziția demografică este o tendință pe termen lung de scădere a ratelor natalității și a mortalității, care are ca rezultat schimbări substanțiale în structura pe vârste a unei populații. Modelul de tranziție demografică descrie schimbările care au loc pe măsură ce o țară sau o populație trece prin stadii de dezvoltare de la o populație cu o natalitate și o mortalitate ridicată la una cu natalitate și mortalitate scăzută.

În anii 1940-1950, Frank W. Notenstein (1902-1983) a elaborat teoria tranziției demografice, arătând relația între modificările demografice și schimbările social-economice (46).

Actualmente se disting 4 etape ale tranziției demografice.

Prima etapă înregistrată în societățile preindustriale se caracterizează prin rate de mortalitate și de natalitate crescute. Ca urmare, în populație se înregistrează o stare de echilibru relativ. Acest echilibru relativ a dispărut la sfârșitul secolului al XVIII-lea, atunci când în Europa de Vest a început industrializarea prin mecanizarea agriculturii. La această etapă se atestă o creștere foarte mică a populației, societatea confruntându-se cu insuficiență de produse alimentare și lipsă de sanitație, care în consecință contribuie la rate crescute de mortalitate din cauza subnutriției și a bolilor infecțioase. Diagrama piramidei populației formează un triunghi, care arată un număr mare de copii, puțini vârstnici și decese care apar la toate vârstele (în mod obișnuit din cauza bolilor infecțioase).

La **etapa a doua**, mortalitatea scade rapid ca urmare a îmbunătățirii aprovizionării cu produse alimentare și sanitației, ceea ce contribuie la creșterea speranței de viață și la reducerea morbidității. Îmbunătățirile în domeniul sănătății publice, cum ar fi manipularea produselor alimentare,

aprovizionarea cu apă și canalizare și igiena personală, și creșterea nivelului de alfabetizare al femeilor, contribuie la reducerea mortalității, în special printre copii. În aceste condiții, în care natalitatea rămâne înaltă, numărul populației crește rapid pe întregul glob.

Pe parcursul **etapei a treia**, ca urmare a creșterii accesului la contracepție și limitării dimensiunilor familiei, creșterii veniturilor, urbanizării, reducerii agriculturii de subzistență, creșterii statutului social, a nivelului de educație și de angajare în câmpul muncii al femeilor, natalitatea scade treptat. La această etapă creșterea populației este în declin, iar piramida populației devine mai dreptunghiulară.

Etapă a patra se caracterizează prin rate scăzute atât a natalității, cât și ale mortalității. Ratele natalității scad sub nivelul de înlocuire (de exemplu, în Germania, Italia și Japonia), ceea ce duce la scăderea numărului populației, provocare cu care se confruntă multe țări dezvoltate și în curs de dezvoltare. Piramida devine apăsată la vârf. Pe măsură ce populația născută pe parcursul etapei a doua îmbătrânește, ea creează o povară economică pentru populația în vârstă aptă de muncă, care este în scădere. Ratele mortalității pot rămâne în mod constant scăzute sau crește ușor din cauza creșterii bolilor asociate cu stilul de viață și nivelul scăzut de activitate fizică, a ratelor înalte de obezitate și îmbătrânirii populației în țările dezvoltate și cele în curs de dezvoltare. Spre sfârșitul secolului al XX-lea, ratele de natalitate și de mortalitate în țările dezvoltate au scăzut semnificativ.

Unii cercetători susțin că după etapa a patra, urmează „**etapa a cincea**” cu rate de natalitate mai mici decât cele de înlocuire. Alții prezintă o ipoteză pentru „o etapă a cincea” care va implica creșterea natalității. Această versiune a tranziției demografice este una a idealizării evenimentelor, fiind aplicabilă la modul general diferitor țări. Ea se concentrează pe sporul natural al unei populații și nu ia în considerare migrația.

Tabelul 5. Cei mai frecvent utilizați indicatori de mortalitate

Indicatorul	Numărătorul	Numitorul	Multiplu- catorul
Rata brută de mortalitate	Numărul total de decese pe an	Populația estimată la mijlocul anului	1 000
Rata de mortalitate specifică pe cauze	Numărul de decese dintr-o anumită cauză pe an	Populația estimată la mijlocul anului	100 000
Rata de mortalitate specifică pe sexe (pentru femei)	Numărul de decese printre femei pe an	Populația de femei la mijlocul anului	1 000
Mortalitatea proporțională (letalitatea)	Numărul de decese pe o cauză specifică pe an	Numărul total al deceselor (din toate cauzele) pe an	100
Fatalitatea	Numărul de persoane decedate pe parcursul unei perioade date de timp după debutul / diagnosticarea bolii	Numărul total de persoane cu boala dată	100
Rata mortalității neonatale	Numărul deceselor printre copiii de 0-28 de zile pe an	Numărul de născuți vii pe an	1 000
Rata mortalității neonatale precoce	Numărul deceselor printre copiii mai mici de 7 zile pe an	Numărul de născuți vii pe an	1 000
Rata mortalității neonatale tardive	Numărul deceselor printre copiii de 7-27 de zile pe an	Numărul de născuți vii pe an	1 000
Rata mortalității postneonatale	Numărul deceselor printre copiii de 28-364 de zile pe an	Numărul de născuți vii pe an	1 000
Rata mortalității infantile	Numărul deceselor printre copiii de 0-1 an pe an	Numărul de născuți vii pe an	1 000

Indicatorul	Numărătorul	Numitorul	Multipliatorul
Rata mortalității perinatale	Numărul de născuți morți și numărul deceselor printre copiii de 0-6 zile pe an	Numărul de născuți vii și numărul de născuți morți	1 000
Rata (raportul) mortalității materne	Numărul deceselor atribuite cauzelor asociate cu sarcina pe an	Numărul de născuți vii pe an	100 000

Exerciții de recapitulare

- În localitatea A, la 1 ianuarie 2024, locuiau 750 000 de persoane, iar la 1 ianuarie 2025, 765 000 de persoane. În anul 2024, în localitatea dată s-au născut vii 2600 de copii și au decedat 2450 de persoane. În același an, din localitate au emigrat 1400 de persoane. Calculați sporul natural, sporul migrator, sporul anual, rata brută a natalității, rata brută a mortalității, rata brută a emigrării, rata brută a imigrării și rata brută a sporului anual.
- Numărul populației în localitatea D, estimat la mijlocul anului 2024, constituie 950 000 de persoane, inclusiv 150 000 de copii cu vârsta până la 15 ani, 450 000 de persoane cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 de ani, iar restul populației are vârsta de 65 de ani și mai mult. Calculați raportul de dependență și coeficientul de îmbătrânire a populației. Interpretați rezultatele.
- Numărul populației cu vârsta 15-65 de ani din localitatea B estimat la mijlocul anului 2024 este de 63 500 de persoane, inclusiv 31 600 de bărbați. În anul 2024 în această localitate au fost înregistrate 340 de cazuri de deces. Din totalul deceselor, 160 s-au înregistrat printre femei, inclusiv 70 din cauza bolilor cardiovasculare, 40 – cancerului, 15 – cirozei hepatice și 35 din alte cauze. Calculați toți indicatorii posibili.

4. Numărul total al populației în localitatea C estimat la mijlocul anului 2024 este de 130 000 de persoane, inclusiv 62 700 de bărbați. În acest an au fost înregistrate 2 150 de decese, inclusiv 960 printre femei. În anul 2024 s-au înregistrat 1200 de nașcuți vii și 40 de nașcuți morți. Din totalul de decese, 20 au fost decese materne, iar 50 s-au înregistrat printre copiii cu vârsta până la 1 an, inclusiv 15 decese în prima săptămână după naștere. Calculați toți indicatorii posibili.
5. Pentru cauzele de deces enumerate în tabel, specificați dacă decesul poate fi evitat prin prevenție sau tratament sau prin ambele și modalitățile corespunzătoare de evitare.

Cauza decesului	Mortalitate prevenibilă	Mortalitate tratabilă	Modalitatea de evitare
Difteria			
Rujeola			
Tuberculoza			
Cancerul pulmonar			
Melanomul			
Cancerul cervical			
Cancerul colorectal			
Cancerul mamar			
Diabetul zaharat			
Boala hipertensivă			
Boala ischemică a inimii			
Bolile cerebrovasculare			
Insuficiența renală			
Astmul			

6. Un studiu de Rogado J și colegii săi (33) a relevat că 9 din 17 pacienți cu cancer pulmonar infectați cu COVID-19 au decedat în comparație 192 din 1878 pacienți cu COVID-19. Calculați fatalitatea. Comentați rezultatele.

Întrebări de recapitulare

1. Dați definiția demografiei.
2. Care este relația dintre demografie și sănătatea publică?
3. Caracterizați conceptele demografice fundamentale.
4. Numiți cele trei procese demografice principale.
5. Care sunt componentele ecuației bilanțiere?
6. Ce înseamnă spor natural, spor migrator și spor anual?
7. Care sunt ratele demografice de bază?
8. Care sunt sursele principale de date demografice?
9. Care sunt caracteristicile, avantajele și dezavantajele recensământului?
10. Ce categorii se utilizează pentru prezentarea structurii populației?
11. Ce reprezintă piramida populației?
12. Care sunt modelele de piramidă a populației și care sunt caracteristicile fiecărui model?
13. Prin ce se caracterizează procesul de îmbătrânire a populației?
14. Care sunt aspectele medico-sociale ale îmbătrânirii populației?
15. Ce reprezintă raportul de dependență demografică și ce importanță are?
16. Care sunt caracteristicile îmbătrânirii populației în Republica Moldova?
17. Care sunt componentele sporului anual?
18. Ce factori influențează natalitatea?
19. Care este diferența dintre „născutul mort” și „avort”?
20. Care este importanța studiului mortalității?
21. Ce tipuri de indicatori sunt utilizați în studiul mortalității?
22. Care sunt cele trei tipuri de rate de mortalitate?
23. Dați exemple de rate specifice de mortalitate.
24. Care este scopul standardizării pe vârste a ratelor brute de mortalitate?
25. Care sunt componentele mortalității infantile și a mortalității perinatale?
26. Care este diferența dintre fatalitate și letalitate?
27. Ce înseamnă tranziția demografică, care sunt etapele acestei tranziții și prin ce se caracterizează fiecare etapă?

3. MĂSURAREA MORBIDITĂȚII, DIZABILITĂȚII ȘI CALITĂȚII VIEȚII POPULAȚIEI

3.1. Morbidity. Concepts. Types

Morbidity este definită ca orice deviere, subiectivă sau obiectivă, de la starea de bine din punct de vedere fiziologic sau mental (15). Morbidity poate fi măsurată în termeni de următoarele caracteristici: persoane bolnave, boli de care suferă aceste persoane și durata bolii.

În funcție de sursa de date, se disting trei tipuri de morbiditate (figura 13):

- diagnosticată;
- măsurată;
- autoraportată.

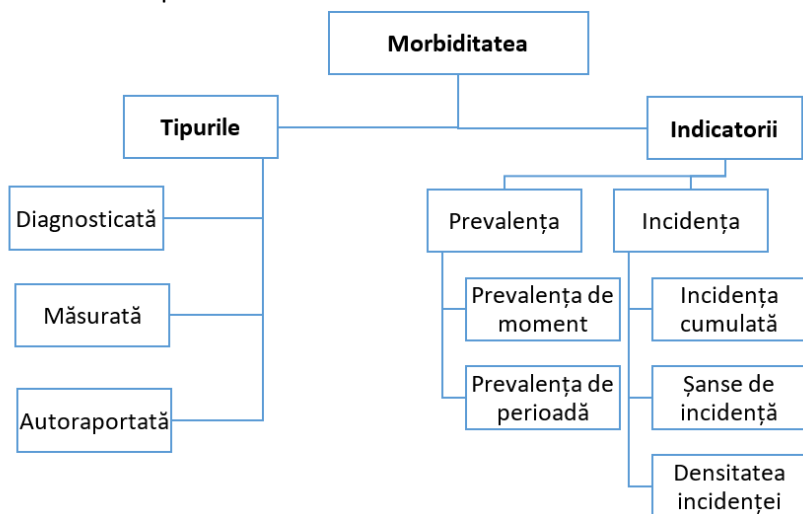


Figura 13. Tipurile de morbiditate și indicatorii

3.1.1. Morbidity diagnosticată

Morbidity diagnosticată este morbiditatea exprimată în funcție de calitatea cunoștințelor și metodelor de diagnostic disponibile. Acest tip de morbiditate cuprinde bolile diagnosticate (și tratate) de către personalul medical, înregistrate în mod curent sau confirmate prin documente medicale. Morbidity diagnosticată este înregistrată în multe țări și cuprinde declararea obligatorie sau notificarea bolilor infecțioase, registrele bolilor cronice (de exemplu, registrul cancerului), statistica medicală, statistica bolilor ocupaționale și accidentelor la locul de muncă.

În Republica Moldova, morbiditatea diagnosticată este înregistrată și raportată, lunar și anual, iar principalele nozologii sunt analizate anual în cadrul sistemului informațional de sănătate. Bolile infecțioase prioritare, bolile ocupaționale și accidentele la locul de muncă sunt notificate.

Printre neajunsurile morbidității diagnosticate se numără dependența de: asistența medicală, atitudinea individuală față de propria sănătate, calitatea înregistrării morbidității.

3.1.2. Morbidity măsurată

Morbidity măsurată (*reală, obiectivă*) este morbiditatea, informația despre care se colectează prin cercetarea sistematică a problemei de sănătate într-o populație pe baza unor criterii standardizate, obiective, independente de mulți factori de eroare. Morbidity măsurată raportează bolile depistate de către medici în timpul examenelor medicale de rutină a întregii populații sau a unor grupuri specifice de populație, inclusiv a măsurătorilor biomedicale (de exemplu, examinarea medicală a elevilor, a angajaților de la întreprinderi). Studii naționale de examinare a sănătății sunt efectuate în mod regulat în multe țări dezvoltate.

În Republica Moldova, informația despre morbiditatea măsurată este înregistrată în cadrul examenelor medicale obligatorii a copiilor de vârstă preșcolară și școlară, a unor angajați de la întreprinderi, este parțial raportată și analizată la nivel regional și național.

Printre neajunsuri se numără faptul că este costisitor și dificil de măsurat la nivel național.

3.1.3. Morbiditatea auto-raportată

Morbiditatea auto-raportată (*subiectivă*) se referă la informația despre boală colectată direct de la persoane și furnizată în timpul studiilor de sănătate, fiind descrisă uneori ca morbiditate resimțită sau subiectivă. Acest tip de morbiditate este expresia personalității individuale în exprimarea stării de sănătate și care depinde de: nivelul de cultură, mediul social, posibilitatea de exprimare, experiențele anterioare privind îngrijirile de sănătate etc. Această imagine diferită a morbidității este subiectivă, dar importantă, deoarece influențează comportamentul populației, inclusiv aderența la măsurile de prevenție. Pentru detectarea unor probleme specifice de sănătate se utilizează chestionare standardizate. Astfel, se poate afla despre existența unor probleme de sănătate și boli ușor detectabile; pot fi evaluate necesitățile populației și cererea de servicii medicale; în general se măsoară în studii demografice.

În Republica Moldova, informațiile cu privire la acest tip de morbiditate au fost și sunt colectate în cadrul unor studii populaționale (de exemplu, Studiul Demografic și de Sănătate, 2005, Prevalența factorilor de risc pentru bolile netransmisibile STEPS, 2013 și 2021, Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice).

Neajunsul acestui tip de morbiditate constă în faptul că este influențată de mai mulți factori subiectivi, inclusiv vârstă, sex și ocupație.

3.2. Indicatorii morbidității

Apariția unei boli într-o populație poate fi măsurată cu ajutorul ratelor și proporțiilor. Ratele arată cât de repede apare o boală în populație, în timp ce proporțiile arată ce fracțiune din populație este afectată de o boală. Incidența și prevalența sunt cel mai des folosiți indicatori ai frecvenței îmbolnăvirilor (*figura 13, tabelul 8*).

3.2.1. Prevalența

Prevalența este proporția populației care are o problemă de sănătate sau o caracteristică specifică la un moment dat sau într-o anumită perioadă de timp. Respectiv, se disting prevalența de moment și prevalența de perioadă.

3.2.1.A. Prevalența de moment

Prevalența de moment reprezintă proporția populației care are o problemă de sănătate la un moment dat de timp.

$$\text{Prevalența de moment} = \frac{\text{Numărul de persoane cu o anumită problemă de sănătate la un moment dat de timp}}{\text{Numărul total al populației la același moment de timp}} \times 10^n$$

La numărător sunt incluse toate persoanele care au o anumită problemă de sănătate (de exemplu, boală, leziune, factor de risc) la un moment dat, fără a lua în considerare perioada de timp pe parcursul căreia persoanele au avut problema respectivă. La numitor este inclusă toată populația, adică toate persoanele diagnosticate cu problema respectivă și toate persoanele neafectate.

Deoarece prevalența este o proporție, ea este adimensională, adică nu are unitate de măsură.

Acest indicator se numește prevalență de moment, deoarece se referă la un moment dat (la momentul colectării datelor). Cu toate că prevalența nu are unități de timp, momentul de timp la care ea se referă trebuie întotdeauna specificat.

3.2.1.B. Prevalența de perioadă

Prevalența de perioadă măsoară frecvența tuturor cazurilor de boală (noi și vechi) într-o perioadă definită de timp. Aceasta ea în considerare persoanele care prezintă boala sau caracteristica studiată în orice moment pe parcursul perioadei de timp.

Prevalența de perioadă =

$$\frac{\text{Numărul tuturor cazurilor de boală pe parcursul unei perioade de timp}}{\text{Numărul total al populației estimat la mijlocul perioadei de timp}} \times 10^n$$

Factorii care influențează prevalența sunt prezentați în *tabelul 6*.

Tabelul 6. Factorii ce influențează prevalența

Factorii ce contribuie la creșterea prevalenței	Factorii ce contribuie la scăderea prevalenței
Durata lungă a bolii.	Durata scurtă a bolii.
Creșterea duratei medii a vieții.	
Supraviețuirea mai îndelungată chiar și în absența tratamentului.	Rata înaltă a fatalității asociate bolii.
Apariția cazurilor noi de boală (creșterea incidenței).	Scăderea incidenței.
Imigrarea cazurilor noi de boală.	Emigrarea cazurilor.
Emigrarea persoanelor sănătoase.	Imigrarea persoanelor sănătoase.
Îmbunătățirea mijloacelor de diagnostic (îmbunătățirea înregistrării).	
Îmbunătățirea posibilităților de tratament (tratamentul împiedică decesul, dar nu vindecă boala).	Îmbunătățirea ratei de tratament a cazurilor (vindecarea bolii).

Prevalența este un indicator util, în special în studiul bolilor cronice și al factorilor lor de risc. Calcularea prevalenței este utilă pentru determinarea necesităților de îngrijiri de sănătate și tratament, în special pentru planificarea serviciilor de sănătate, precum și pentru determinarea nevoilor de prevenire a bolilor și de promovare a sănătății.

3.2.2. Incidența

Incidența se referă la frecvența cazurilor noi de boală în populație într-o anumită perioadă de timp. Spre deosebire de prevalență, care include atât cazurile noi de boală, cât și cazurile pre-existente, incidența se limitează numai la cazurile noi de boală. Incidența depinde de

accesibilitatea serviciilor medicale, adresabilitatea populației și calitatea diagnosticului. Frecvența apariției cazurilor noi de boală poate fi considerată reală doar în populațiile în care cele trei condiții se realizează optim.

Există trei tipuri de incidență: incidența cumulată sau riscul (*eng. cumulative incidence*), șansele incidenței (*eng. incidence odds*) și densitatea incidenței (*eng. incidence density*) (tabelul 7).

Tabelul 7. Tipurile de incidență

	Numitorul	Numărătorul
Incidența cumulată (riscul)	Numărul cazurilor noi de boală în populația la risc într-o perioadă dată de timp	Numărul populației la risc (fără boală) la începutul perioadei de observație
Șansele incidenței		Numărul persoanelor care nu au făcut boala la sfârșitul perioadei de observație
Densitatea incidenței		Este un indicator mai precis al populației la risc pe durata perioadei de studiu și se măsoară în persoane-timp

3.2.2.A. Incidența cumulată

Incidența cumulată (riscul) poate fi văzută ca o probabilitate și reprezintă riscul persoanelor într-o populație dată de a dezvolta boala într-o perioadă definită de timp, cu condiția ca persoanele expuse la începutul perioadei să fie sănătoase. Numitorul include persoanele care nu prezintă boala la începutul perioadei de observare, din populația la risc.

Incidența cumulată =

$$\frac{\text{Numărul cazurilor noi de boală într-o perioadă definită de timp}}{\text{Numărul persoanelor din populația la risc care nu prezintă boala la începutul perioadei de observare}} \times 10^n$$

Incidența cumulată se calculează numai în studiile de cohortă. Incidența cumulată se bazează pe presupunerea că întreaga populație la risc este urmărită de la începutul perioadei de observare până la sfârșitul acestei perioade (*populație închisă*). Incidența cumulată este utilă pentru compararea riscului pentru sănătate în diferite populații.

Exemplu de calculare a prevalenței de moment, prevalenței de perioadă și incidenței cumulate

În *figura 14* sunt prezentate 9 cazuri de îmbolnăvire care au avut loc printre populația din localitatea A, care numără 1 000 de persoane, în perioada 1 ianuarie - 31 decembrie 2023.

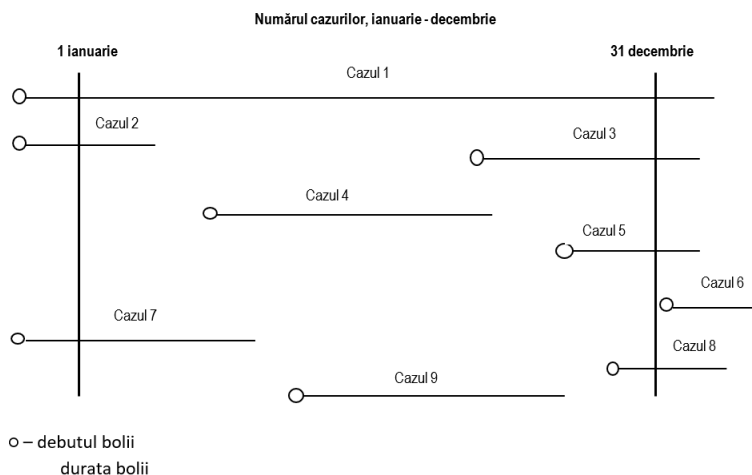


Figura 14. Exemplu de calculare a incidenței cumulate, prevalenței de moment și prevalenței de perioadă

a) Să se calculeze prevalența de moment la 1 ianuarie 2023.

Numărătorul: numărul total al cazurilor de boală existente la 1 ianuarie 2023 (cazurile 1, 2 și 7) = 3.

Numitorul: numărul total al populației la 1 ianuarie 2023 = 1000

$$\text{Prevalența de moment} = \frac{3}{1000} \times 100 = 0,3$$

b) Să se calculeze prevalența de moment la 31 decembrie 2023.

Numărătorul: numărul total al cazurilor de boală existente la 31 decembrie 2023 (cazurile 1, 3, 5 și 8) = 4

Numitorul: numărul total al populației la 31 decembrie 2023 = 1000

$$\text{Prevalența de moment} = \frac{4}{1000} \times 100 = 0,4$$

c) Să se calculeze prevalența de perioadă pentru perioada 1 ianuarie – 31 decembrie 2023.

Numărătorul: Numărul total al cazurilor de boală existente în perioada 1 ianuarie – 31 decembrie 2023 (cazurile 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 și 9) = 8

Numitorul: numărul total al populației în perioada 1 ianuarie - 31 decembrie 2023 = 1000

$$\text{Prevalența de perioadă} = \frac{8}{1000} \times 100 = 0,8$$

d) Să se calculeze incidența cumulată în anul 2023.

Numărătorul: numărul cazurilor noi de boală înregistrate în perioada 1 ianuarie – 31 decembrie (cazurile 3, 4, 5, 8 și 9) = 5.

Numitorul: numărul persoanelor la risc = 1000 – 3 = 997.

$$\text{Incidența cumulată} = \frac{5}{997} \times 100 = 0,5$$

Rata de atac este un tip special de măsurare a riscului, fiind utilizată în situații de expunere specifică (izbucniri epidemice, toxiinfecții alimentare ș.a.). Rata de atac reprezintă numărul de cazuri noi de boală care apar în populația la risc numai în perioada de expunere.

$$\text{Rata de atac} = \frac{\text{Numărul cazurilor noi de boală în perioada de expunere}}{\text{Numărul persoanelor la risc}} \times 10^n$$

Exemplu

După un dîneu la care au participat 150 de persoane, 30 de persoane care au consumat piftie s-au îmbolnăvit.

Numărătorul: numărul persoanelor care s-au îmbolnăvit în perioada de expunere = 30 cazuri (noi) de boală.

Numitorul: Numărul persoanelor la risc în perioada de expunere = 150.

$$Rata\ de\ atac = \frac{30}{150} \times 100 = 20\%$$

3.2.2.B. Șansele incidenței

Un alt mod de măsurare a incidenței este calcularea **șanselor incidenței**. Pentru șansele incidenței, numitorul este numărul populației care nu prezintă boala *la sfârșitul* perioadei de observație. Din cauza că numărătorul nu este o submulțime a numitorului, nu putem spune că șansele incidenței este o rată. Este un raport.

$$\begin{aligned} \text{Șansele incidenței} = \\ \frac{\text{Numărul cazurilor noi de boală într-o perioadă definită de timp}}{\text{Numărul persoanelor din populația la risc care nu prezintă boala la sfârșitul perioadei de observare}} \times 10^n \end{aligned}$$

Exemplu

Pe parcursul unei perioade de urmărire de zece ani (2015-2024), 50 de persoane dintr-un total de 4500 participanți la un studiu de cohortă au fost diagnosticate cu diabet zaharat.

Numărătorul: numărul persoanelor nou diagnosticate cu diabet zaharat în perioada 2020-2024 = 50.

Numitorul: numărul persoanelor care nu prezintă boala la sfârșitul perioadei de observare = 4500 – 50 = 4450.

$$\text{Șansele incidenței} = \frac{50}{4450} \times 100 = 1,12\%$$

3.2.2.C. Densitatea incidenței

Atât incidența cumulată, cât și șansele incidenței presupun urmărirea populației la risc pentru întreaga perioadă de observație, iar cei care au fost incluși sub observație la începutul perioadei de observare sunt numărați la sfârșitul perioadei. Cu alte cuvinte, *incidența cumulată* și *șansele incidenței* se calculează pentru o *populație închisă* (persoanele nu intră și nu iese din populația la risc).

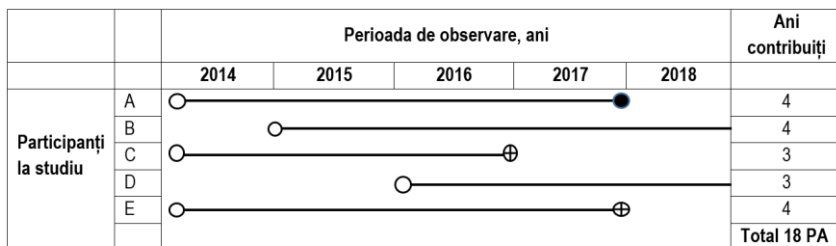
Totuși, nu întotdeauna este posibil de a înregistra observările pentru o perioadă definită de timp. De exemplu, participanții se pot încadra în studiu la diferite perioade de timp sau unii dintre ei nu pot fi disponibili pentru observare din diferite cauze, inclusiv pierderea din urmărire sau decesul din altă cauză decât boala studiată. Această populație se numește *populație deschisă* sau *dinamică* (persoanele intră sau iese din observare în diferite momente de timp). Ca urmare, durata perioadei de observare nu va fi aceeași pentru toți participanții și în asemenea situații se calculează **densitatea incidenței** (rata incidenței). Ea se calculează folosind durata exactă de timp în care fiecare participant a fost observat. La numitorul densității incidenței se află suma duratelor de timp cu care fiecare persoană a contribuit la perioada de observare și în care nu a dezvoltat boala. Prin urmare, numitorul reflectă timpul, exprimat în *persoane-timp la risc* (persoane-zile, persoane-luni, persoane-ani). Numărătorul este alcătuit din numărul cazurilor noi de boală care au apărut în perioada de observare.

Densitatea incidenței =

$$\frac{\text{Numărul cazurilor noi de boală într-o perioadă definită de timp}}{\text{Suma duratei de timp în care fiecare persoană din populația dată este la risc (total persoane-timp)}} \times 10^n$$

Să presupunem, că avem un studiu cu o durată de 5 ani în care au fost observate 5 persoane în această perioadă de timp. Participanții la studiu A, B și E au fost urmăriți fiecare pe parcursul a 4 ani, iar

participanții C și D – pe parcursul a 3 ani fiecare. Numărul total de persoane-ani = (3 x 4) + (2 x 3) = 18 persoane-ani (*figura 15*). Un participant a fost pierdut din urmărire (●).



○ - începutul observării

● - încetarea observării; persoana studiată a decedat ca urmare a altei cauze decât boala cercetată sau a părăsit arealul aflat în studiu

⊕ - detectarea bolii cercetate

PA – persoane-ani

Figura 15. Exemplu de calculare a densității incidenței

Pe parcursul perioadei de observare s-au înregistrat 2 cazuri noi de boală (x). Prin urmare,

$$\text{Densitatea incidenței} = \frac{2 \text{ cazuri}}{18 \text{ persoane-ani}} \times 100 = 11,1 \text{ cazuri la } 100 \text{ persoane-ani.}$$

În studiile mari, este dificil să se măsoare cu exactitate durata de timp (persoane-timp) cu care a contribuit fiecare participant la studiu. În acest caz, numărul populației estimat la mijlocul anului poate fi utilizat pentru total persoane-timp la risc.

Caracteristicile indicatorilor de prevalență și incidență sunt prezentate în *tabelul 8*.

Tabelul 8. Prevalența versus incidența

	Prevalența de moment	Prevalența de perioadă	Incidența cumulată	Densitatea incidenței
Numărătorul	Toate cazurile existente (noi și vechi) la un moment dat de timp	Toate cazurile existente (noi și vechi) într-o perioadă de timp	Cazurile noi	Cazurile noi
Numitorul	Populația în același moment de timp	Populația estimată la mijlocul anului	Persoanele care nu prezintă boala la începutul perioadei	Persoane-timp
Timpul	La un anumit moment	O perioadă	O perioadă	O perioadă
Tipul	Proporție	Rată	Proporție	Rată
Exemplu de întrebări	Aveți la moment hipertensiune?	Ați avut vreo criză hipertonică pe parcursul ultimului an?	Ați avut vreodată criză hipertonică în ultimul an?	
Tipul de studiu	Studii transversale Supraveghere		Studii de cohortă închise	Studii de cohortă deschise

Printre factorii care influențează incidența se regăsesc:

- modificarea stilului de viață;
- apariția unor noi factori de risc;
- eficiența programelor naționale și a intervențiilor de prevenire și control al bolilor și a factorilor lor de risc;
- evoluția temporală a bolii;
- metode noi de diagnostic;
- modificări în structura pe vârste a populației;
- modificări în clasificarea bolilor;
- migrația.

3.3. Clasificarea internațională a bolilor

3.3.1. Scopul și destinația

Clasificarea statistică internațională a bolilor și problemelor de sănătate înrudite (CIM, *eng. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD*) reprezintă fundamentul pentru identificarea tendințelor și a statisticilor cu privire la sănătate la nivel mondial și constituie standardul internațional pentru raportarea bolilor și a condițiilor de sănătate. Aceasta reprezintă un standard de clasificare a diagnosticelor pentru scopuri clinice și de cercetare. CIM definește universul bolilor, tulburărilor, leziunilor și al altor condiții de sănătate, enumerate într-un mod comprehensiv, ierarhic, care permite:

- stocarea ușoară, regăsirea și analiza informației privind sănătatea pentru luarea deciziilor în bază de dovezi;
- schimbul și compararea informațiilor despre sănătate între instituțiile medicale, unități administrativ-teritoriale, țări și regiuni;
- compararea datelor în aceeași localitate pe perioade diferite de timp.

CIM este utilizată pentru monitorizarea incidenței și prevalenței bolilor, observarea rambursărilor și a tendințelor privind alocarea resurselor și pentru urmărirea orientărilor privind siguranța și calitatea serviciilor de sănătate. CIM este utilizată, de asemenea, pentru evidența deceselor, leziunilor, simptomelor și factorilor care influențează starea de sănătate, și a cauzelor externe ale bolii și decesului.

Prima clasificare a bolilor și cauzelor de deces, cunoscută ca Lista internațională a cauzelor de deces, a fost adoptată în anul 1893. Organizația Mondială a Sănătății a preluat CIM de la crearea sa în anul 1946 și a publicat cea de-a VI-a versiune, CIM-6, care a încorporat pentru prima dată morbiditatea. CIM a fost revăzută și publicată într-o serie de revizii pentru a reflecta progresele în timp în domeniul sănătății și

științelor medicale și pentru a lua în considerare patternurile schimbătoare ale bolilor.

Actuala versiune, revizia a X-a a CIM (CIM-10), a fost adoptată de Adunarea a XXXXIII-a a OMS în anul 1990 (67). Majoritatea țărilor, inclusiv Republica Moldova, au adoptat revizia a X-a la sfârșitul anilor '90.

3.3.2. Clasificarea internațională a bolilor, revizia a X-a

Clasificarea statistică internațională a bolilor și problemelor de sănătate înrudite, revizia a X-a, versiunea OMS din 2019, conține 22 de capitole, fiecărei boli fiindu-i atribuit un cod unic alfa-numeric din patru caractere (*tabelul 9*). Clasificarea alfa-numerică utilizează toate cele 26 de litere ale alfabetului.

Pentru fiecare capitol se utilizează o literă, iar pentru capitolele mari (de exemplu, tumori, boli infecțioase și parazitare etc.) se utilizează câte 2-3 litere.

Fiecare capitol conține 100 de grupe de boli formate din 3 caractere, dintre care prima este alfabetică și două numerice (A00-A99).

Fiecare grupă formată din 3 caractere se divide în 10 coduri (0-9) de boală sau grupe de boli.

Tabelul 9. Clasificarea statistică internațională a bolilor și problemelor de sănătate înrudite

Capitolul	Codul	Denumirea bolii / grupului de boli
I	A00-B99	Bolile infecțioase și parazitare
II	C00-D48	Tumori
III	D50-D89	Bolile sângelui și a sistemului hematopoetic și unele tulburări ale mecanismului imunitar
IV	E00-E90	Bolile endocrine, de nutriție și metabolism
V	F00-F99	Tulburările mentale și de comportament
VI	G00-G99	Bolile sistemului nervos
VII	H00-H59	Bolile ochiului și anexelor sale
VIII	H60-H95	Bolile urechii și apofizei mastoide

IX	I00-I99	Bolile aparatului circulator
X	J00-J99	Bolile aparatului respirator
XI	K00-K93	Bolile aparatului digestiv
XII	L00-L99	Bolile pielii și țesutului celular subcutanat
XIII	M00-M99	Bolile sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv
XIV	N00-N99	Bolile aparatului genito-urinar
XV	O00-O99	Sarcina, nașterea și lăuzia
XVI	P00-P96	Unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală
XVII	Q00-Q99	Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale
XVIII	R00-R99	Simptome, semne și rezultate anormale ale investigațiilor clinice și de laborator
XIX	S00-T98	Leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe
XX	V01-Y89	Cauze externe de morbiditate și mortalitate
XXI	Z00-Z99	Factori care influențează starea de sănătate și motivul recurgerii la servicii de sănătate
XXII		Coduri pentru scopuri speciale
	U00-U49	Atribuirea provizorie a bolilor noi de etiologie incertă sau utilizare în situații de urgență
	U82-U85	Rezistența la medicamente antimicrobiene și antineoplazice

3.3.3. Clasificarea internațională a bolilor, revizia a XI-a

În 2019, Asambleea a VXXII-a a OMS a adoptat revizia a XI-a a CIM (CIM-11), care a intrat în vigoare din 2022 (68). Statele-membre ale OMS sunt la diferite etape de implementare a sistemului nou de clasificare.

Revizia a XI-a a CIM conține circa 55 000 de coduri unice pentru leziuni, boli și cauze de deces. Ea folosește un limbaj comun și permite schimbul de informații în domeniul sănătății pe tot globul. Revizia a XI-a CIM conține îmbunătățiri semnificative în comparație cu versiunile anterioare; pentru prima dată, aceasta este în totalitate electronică și are un format mai prietenos pentru utilizator.

CIM este folosită și de asigurătorii de sănătate a căror rambursare depinde de codificarea CIM; de către coordonatorii sau managerii programelor naționale de sănătate; de către specialiștii implicați în colectarea datelor, dar și de alte persoane și instituții care urmăresc progresul în domeniul sănătății la nivel mondial și determină alocarea resurselor de sănătate.

Ca și clasificare și terminologie CIM-11:

- permite înregistrarea, analiza, interpretarea și compararea sistematică a datelor privind mortalitatea și morbiditatea colectate în diferite țări sau regiuni și în momente diferite;
- asigură interoperabilitatea semantică și reutilizarea datelor înregistrate pentru diferitele cazuri de utilizare, dincolo de simplele statistici de sănătate, inclusiv suport decizional, alocarea de resurse, rambursare, orientări și multe altele.

Revizia a XI-a CIM reflectă, de asemenea, progresul în medicină și realizările în domeniul înțelegerii științifice. De exemplu, codurile referitoare la rezistența antimicrobiană sunt mai apropiate de Sistemul Global de Supraveghere a Rezistenței Antimicrobiene (GLASS).

Noua revizie, a XI-a, a CIM poate capta mai bine datele cu privire la siguranța în domeniul asistenței medicale, ceea ce înseamnă că pot fi identificate și reduse evenimentele inutile care pot dăuna sănătății, cum ar fi fluxurile nesigure în spitale.

Această nouă revizie conține și capitole noi, cum ar fi cel despre medicina tradițională: deși milioane de oameni folosesc medicina tradițională la nivel mondial, ea nu a fost niciodată clasificată în acest sistem. Un alt capitol nou privind sănătatea sexuală reunește condiții care au fost anterior clasificate în alte moduri (de exemplu, incongruența de gen a fost inclusă în condițiile de sănătate mintală) sau au fost descrise diferit. Dependența de jocuri a fost inclusă la secțiunea privind tulburările de dependență.

3.4. Dizabilitatea

3.4.1. Concepte de bază

Funcționarea denotă aspectele **pozitive** sau neutre ale interacțiunii dintre starea de sănătate a unei persoane și factorii contextuali ai persoanei respective (factori de mediu și personali). Modificările patologice care apar în organism la începutul bolii (în cadrul cursului clinic sau istoriei naturale a bolii) au ca rezultat o deficiență (*eng. impairment*), fapt ce poate afecta funcționarea obișnuită.

Deficiența reprezintă pierderea structurii sau devierea de la funcția normală a unui organ sau sistem. Un tip de leziune nervoasă care duce la scleroză multiplă, paralizia picioarelor sau pierderea completă a unei părți corporale prin amputarea unui membru, sunt exemple de *deficiențe structurale*. Durerea care nu poate fi îndepărtată sau articulațiile care nu se mai mișcă ușor, pierderea vederii sau pierderea memoriei sunt exemple de *deficiențe funcționale*. Deficiența nu este, de regulă, percepută de pacient, iar testele de *screening* pot fi utilizate la această etapă pentru a identifica deficiența de care persoana nu este conștientă.

O deficiență poate avea ca și consecințe limitări de activitate și restricții de participare. **Limitările de activitate** reprezintă dificultățile pe care le poate avea o persoană în executarea activităților obișnuite. De exemplu, dificultatea de a vedea, de a auzi, de a merge pe jos sau de a rezolva o problemă. **Restricțiile de participare** reprezintă problemele cu care se confruntă o persoană la implicarea sa în activitățile zilnice obișnuite. De exemplu, educație, muncă, angajarea sa în activități sociale și de recreere și obținerea serviciilor de îngrijiri medicale și de prevenție.

Dizabilitatea este un termen opus funcționării. Conform Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății a OMS (CIF 2001), **dizabilitatea** este un termen umbrelă pentru deficiențe, limitări de activitate și restricții de participare, iar acestea formează cele trei dimensiuni ale dizabilității (58). Dizabilitatea denotă aspectele **negative** ale

interacțiunii dintre starea de sănătate a unei persoane și factorii contextuali ai acestei persoane (factorii de mediu și personali).

Activitățile și participarea pot fi făcute mai ușor sau mai dificil ca urmare a factorilor de mediu, cum ar fi tehnologiile, sprijinul și relațiile, serviciile, politicile sau credințele altora.

Formularea OMS din 2001 referitor la activități și abilități este una pozitivă. Prin aceasta OMS a oferit un sistem complet de clasificare a stărilor de sănătate, acoperind structura și funcționarea corporală, deoarece acestea afectează participarea persoanei în societate. Au fost luați în considerare factorii contextuali, cum ar fi locuința, transportul și munca (determinante sociale ale sănătății), care pot afecta participarea. Abordările CIF funcționează ca o interacțiune între o persoană, starea ei de sănătate (boala sau leziunea) și contextul în care persoana trăiește, inclusiv mediul fizic și normele culturale relevante bolii. CIF tratează problema dizabilității prin prisma unei abordări care recunoaște rolul factorilor sociali, socio-demografici și comportamentali în analiza dizabilității.

Astfel, conform noului model științific dizabilitatea apare ca urmare a interacțiunii dintre condiția de sănătate și factorii contextuali, de mediu și personali (*figura 16*) (64).

Factori contextuali sunt factorii ce formează contextul integral de viață al unei persoane și cuprind două componente: factorii de mediu și factorii personali.

Prin *factori de mediu* se subînțelege mediul fizic, social și atitudinal în care oamenii trăiesc și își duc viața (de exemplu, mediul natural, caracteristicile arhitecturale, structurile legale și sociale, clima, terenul, sistemul socio-economic și politicile). Factorii de mediu sunt fie bariere în calea funcționării persoanei, fie facilitatori.

Factorii *personali* sunt factorii ce țin de persoană ca atare și includ vârsta, genul, statutul social și experiența de viață.

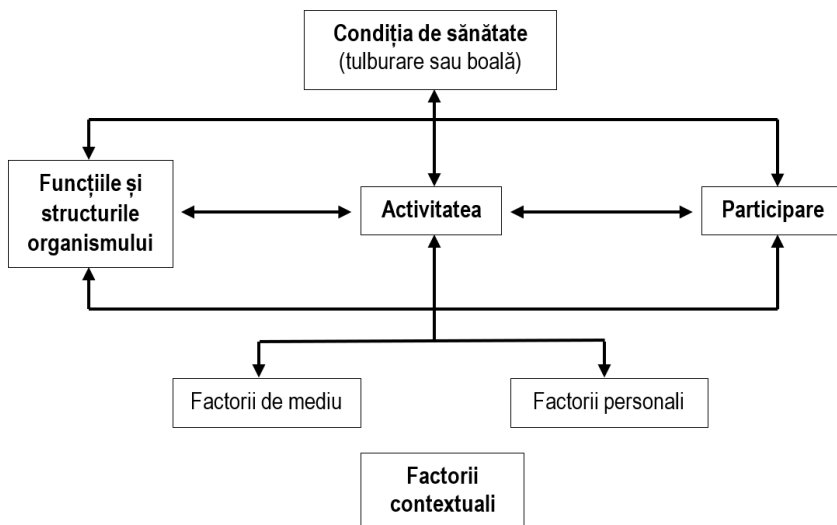


Figura 16. Modelul dizabilității conform Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății

Sursa: adaptat după WHO, 2013 (64)

Exemplu

Un copil de 8 ani are o formă de paralizie cerebrală, numită diplegie spastică. Picioarele copilului sunt rigide, strânse și greu de mișcat. Copilul nu poate să stea și nici să meargă sau să urce treptele.

- *Deficiența* – paralizia membrelor inferioare.
- *Limitările de activitate* – imposibilitatea de a se mișca, merge și urca treptele.
- *Restricțiile de participare* – copilul nu poate duce o viață normală acasă, la școală și în comunitate din cauza barierelor de mediu.
- *Factorii de mediu* – barierele și fac copilul cu dizabilitate, împiedicându-l (sau limitându-l) să își exercite drepturile de a participa pe deplin în societate. Aceste bariere nu se limitează

la cele fizice, dar includ și bariere sociale și politice. Clădirile, drumurile și sistemele de transport inaccesibile și lipsa dispozitivelor de asistență reprezintă bariere în calea participării la educație și formare, iar ulterior – la angajare și la viața de familie și comunitate. Bariere pot fi și atitudinile negative, așteptările reduse și legile și instituțiile care nu sprijină incluziunea.

3.4.2. Abordări privind măsurarea dizabilității

Există trei abordări principale cu privire la măsurarea dizabilității:

- interviuarea directă privind dizabilitatea;
- funcționarea auto-raportată;
- screeningul deficienței sau a stării de sănătate.

Interviurea directă privind dizabilitatea constă în adresarea unei întrebări directe oamenilor dacă ei consideră că au vre-o dizabilitate. Această abordare este simplă și rapidă, dar poate subestima esențial prevalența dizabilității. Oamenii pot să nu se considere ca fiind persoane cu dizabilitate sau să le fie frică de stigmatizare ori discriminare, fiind etichetați ca având dizabilitate. Prin urmare, interviurea directă pentru măsurarea dizabilității nu este recomandată.

Funcționarea auto-raportată este o altă abordare, care constă în măsurarea dizabilității prin intermediul funcționării auto-raportate, adică întrebând oamenii dacă întâmpină dificultăți în diferite domenii de funcționare. Astfel, persoanele sunt întrebate despre faptul dacă întâmpină dificultăți și, respectiv, nivelul de dificultate cu care se confruntă persoanele în viața cotidiană în domeniile principale de activitate.

Grupul de la Washington pentru statisticile privind dizabilitățile (Washington Group on Disability Statistics), un grup de lucru al Organizației Națiunilor Unite, a elaborat un chestionar scurt care conține întrebări limitate la nivelul elementar de funcționare (48). Cele șase domenii principale de funcționare, care le-ar putea limita capacitatea de

participare deplină la viața socială sunt: vedere, auz, mersul pe jos sau urcatul treptelor, memorie sau concentrare, comunicare și îngrijire personală (îmbrăcatul și spălatul).

Tabelul 10. Avantajele și dezavantajele abordărilor privind măsurarea dizabilității

Tipul	Exemplu	Avantaje	Dezavantaje
Intervievare directă	Aveți vreo dizabilitate?	Simplu de administrat	Subraportare din cauza stigmatizării ori discriminării sau lipsei de autoidentificare.
Funcționare auto-raportată	Aveți dificultăți de auz?	Simplu de administrat; lipsa stigmatizării; Informații despre experiență/impact	Nu poate fi utilizată pentru evaluarea nevoilor și planificarea serviciilor de sănătate sau reabilitare.
Screeningul clinic al deficienței	Măsurarea pierderii auzului	Informații despre tipul și severitatea deficienței.	Consumator de resurse; deficiența este doar una din componentele dizabilității.

Screeningul deficiențelor sau a stării de sănătate. Deficiența sau starea de sănătate sunt componente ale dizabilității care pot fi măsurate direct cu ajutorul unor teste obiective. De exemplu, utilizarea unui otoscop portabil cu un audiometru de screening încorporat sau aplicații de audiogramă pe tabletă sunt concepute să măsoare în mod obiectiv deficiențele de auz în rândul populației cu vârsta de 50 de ani și mai mult.

Cu toate acestea, testarea deficiențelor și a stării de sănătate în mod izolat nu ia în considerare modul în care acestea afectează nivelul de funcționare sau de participare al persoanei. Acest tip de evaluare necesită mai multe resurse decât colectarea de informații auto-raportate. Avantajele și dezavantajele fiecărei metode sunt prezentate în *tabelul 10*.

3.4.3. Direcțiile de utilizare a datelor privind dizabilitatea

Datele cu privire la dizabilitate sunt necesare pentru:

- estimarea prevalenței dizabilității;
- identificarea nevoilor persoanelor cu dizabilități, planificarea și evaluarea serviciilor de sănătate, inclusiv de reabilitare, care să răspundă în mod adecvat nevoilor acestora (de exemplu, prestarea operațiilor de cataractă, asigurarea cu aparate auditive, dispozitive de mobilitate);
- monitorizarea incluziunii persoanelor cu dizabilități și pledoarie (advocacy) în vederea promovării incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități;
- evaluarea gradului de atingere a fiecăruia dintre ODD pentru persoanele cu dizabilități și asigurarea faptului că aceste persoane nu sunt lăsate în urmă.

3.5. Indicatorii sintetici ai sănătății

Cei mai frecvent utilizați indicatori privind sănătatea populației sunt indicatorii morbidității și mortalității și speranța de viață.

Majoritatea bolilor cronice netransmisibile au implicații grave asupra stării de sănătate și calității vieții pacienților, dar nu prezintă un pericol direct pentru viața acestora și nu sunt cauze ale decesului.

Indicatorii sintetici ai sănătății populației sunt indicatori care combină informațiile despre diferite aspecte ale sănătății, cum ar fi mortalitatea, starea de sănătate, morbiditatea și starea funcțională sau calitatea vieții pentru a reprezenta sănătatea unei populații cu un singur număr.

Se disting două grupuri de indicatori sintetici ai sănătății: speranțele de sănătate (*eng. health expectancies*) și decalajul în materie de sănătate (*eng. health gap*) (23).

Speranțele de sănătate, cum ar fi speranța de viață sănătoasă (*eng. healthy life expectancy, HALE*) și anii de viață ajustați în funcție de calitate (*eng. quality-adjusted life years, QALY*), reprezintă numărul de

ani de viață trăiți în stare de sănătate deplină și, respectiv, anii trăiți fără anumite boli sau dizabilități. La calcularea acestor indicatori, anii trăiți în sănătate deplină „valorează” mai mult decât anii trăiți în orice altă stare decât cea de sănătate deplină.

Indicatorii decalajului în materie de sănătate, cum ar fi anii de viață ajustați cu dizabilitate (*eng. disability-adjusted life years, DALY*), cuantifică diferența dintre starea de sănătate reală a unei populații și un obiectiv declarat privind sănătatea populației. Prin urmare, acestea reprezintă numărul de ani de viață sănătoasă pierduți din cauza stării de sănătate precare și a decesului prematur.

Conceptul indicatorilor sintetici ai sănătății populației este descris în *figura 17* (23).

Curba din figură este un exemplu de curbă de supraviețuire pentru o populație ipotetică. Pentru fiecare vârstă de-a lungul axei X, curba indică proporția persoanelor din cohorta inițială la naștere care va rămâne în viață la acea vârstă.

Zona A reprezintă timpul trăit în stare de sănătate deplină.

Zona B reprezintă timpul trăit într-o stare de sănătate mai puțin decât deplină, ponderată pentru severitate.

Zona C reprezintă timpul pierdut din cauza mortalității premature.

Speranța de viață la naștere este egală cu suma zonelor A și B;

Speranța de viață sănătoasă ($HALE = A + f(B)$),

unde f este un factor de ponderare care reflectă starea de sănătate pe o scară de la 0 la 1, în care 1 este echivalent cu 1 an de sănătate deplină;

Decalajul în materie de sănătate ($DALY = C + g(B)$),

unde g este un factor de ponderare care reflectă starea de sănătate mai puțin decât deplină, pe o scară de la 0 la 1, în care 1 este echivalent cu 1 an de sănătate deplină pierdut din cauza decesului prematur.

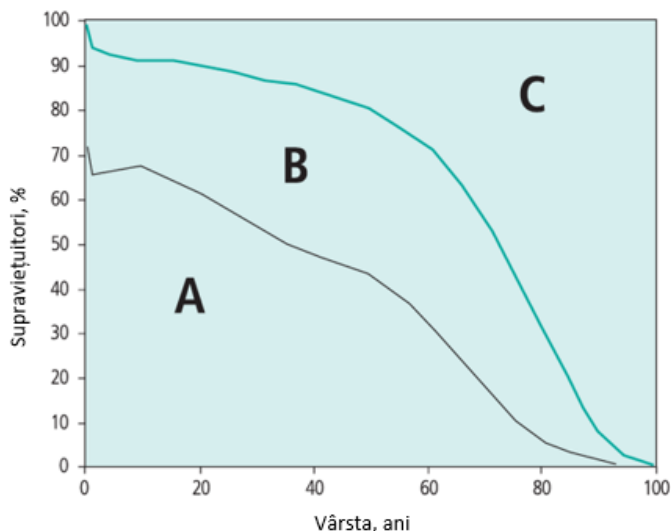


Figura 17. Indicatorii sintetici ai sănătății

Sursa: adaptat după Murray, 2002 (23)

3.5.1. Speranța de viață

Speranța de viață (*eng. life expectancy, LE*) este o estimare a numărului mediu de ani pe care se așteaptă să-i trăiască o persoană în condițiile caracteristicilor patternului de mortalitate pe grupe de vârstă ale populației din care provine persoana, pentru un anumit an. Speranța de viață este deseori raportată ca speranța de viață la naștere (sau durata medie a vieții, e_0), deși aceasta poate fi calculată și la vârsta de 25 de ani (e_{25}) sau o altă vârstă. Speranța de viață se calculează cu ajutorul tabeli de mortalitate (*eng. life tables*), împărțind numărul total de persoane-ani trăiți după vârsta respectivă (0 sau 25 de ani) la numărul de supraviețuitori în vârstă de zero sau 25 de ani, corespunzător. Tabelele de mortalitate sunt derivate din ratele de mortalitate specifice după vârstă și arată probabilitatea de deces (și de supraviețuire) între anumite vârste. Rata mortalității infantile influențează puternic asupra speranței de viață la naștere, dat fiind faptul pierderii unui număr foarte mare de ani potențiali de viață printr-un deces infantil.

Din cauza diferențelor de gen, speranța de viață se calculează separat pentru bărbați și femei. Speranța de viață este un indicator ipotetic al condițiilor actuale de sănătate și mortalitate.

Speranța de viață la naștere este un indicator comun utilizat pentru a compara starea de sănătate în interiorul unei țări și între țări. Speranța de viață măsoară aproximativ, dar cuprinzător, sănătatea generală a populației, rezumând într-un format standardizat, informațiile actuale despre situația privind starea de sănătate a tuturor grupurilor de vârstă și sex ale populației. Ca atare, indică în mod fiabil performanța generală a sistemului de sănătate la un moment dat.

Acest indicator furnizează date indirecte privind nivelul de trai dintr-o țară. Astfel, s-a constatat o legătură directă între durata medie a vieții și produsul intern brut (PIB) pe cap de locuitor. De asemenea, există o corelație similară și cu procentul din venitul național alocat sănătății.

Actualmente, speranța de viață a femeilor este mai mare decât cea a bărbaților, iar această diferență variază considerabil. În Republica Moldova, femeile au o speranță de viață cu circa 8 ani mai mare ca bărbații. Țările cu o mortalitate scăzută au, în general, diferențe de sex mai mari în speranța de viață decât populațiile cu o mortalitate ridicată, reflectând asocierea dintre scăderea mortalității și avantajul în creștere pentru femei. Acest fapt este rezultatul scăderii frecvenței deceselor prin cauze care afectează în mod specific sau în principal femeile (cum ar fi mortalitatea maternă și tuberculoza pulmonară), diferențelor de gen cu privire la comportamentul de sănătate și de expunere la riscuri profesionale. Epidemia utilizării tutunului și a bolilor asociate utilizării de tutun este o cauză majoră a diferențelor de gen privind mortalitatea. Alcoolul este, de asemenea, un factor ce determină diferențele de gen cu privire la mortalitate. În Republica Moldova, prevalența utilizării tutunului printre bărbați (52,0%) este de circa șapte ori mai mare în comparație cu femeile (7,7%). Și consumul de alcool este mai frecvent printre bărbați (73,1%) în comparație cu femeile (53,2%) (40). Creșterea fără precedent a speranței de viață în Republica Moldova pe parcursul campaniei anti-alcoolice din

1985 și înrăutățirea rapidă a situației după abolirea măsurilor restrictive au arătat o dependență majoră a mortalității printre ambele sexe de consumul de abuziv de alcool (30).

3.5.2. Speranța de viață sănătoasă

Speranța de viață sănătoasă (*eng. healthy life expectancy, HALE*) reprezintă numărul mediu de ani pe care se așteaptă să-i trăiască oamenii în stare de sănătate deplină, fără dizabilități. Compararea tendințelor HALE și a speranței de viață arată dacă anii suplimentari de viață sunt ani sănătoși. Speranța de viață sănătoasă se calculează ca diferența dintre speranța de viață (LE) și anii trăiți cu dizabilitate (*eng. years lived with disability, YLD*).

$$HALE = LE - YLD$$

Indicatorul HALE se utilizează pentru a determina: a) dacă creșterea longevității este însoțită de îmbunătățirea sănătății; b) perioada medie de timp în care oamenii trăiesc în stare de sănătate deplină; și c) cota de timp petrecut într-o stare de sănătate mai puțin decât deplină.

Creșterea generală a speranței de viață înseamnă și o creștere generală a numărului de ani de viață sănătoasă, iar proporția vieții petrecută într-o stare de sănătate mai puțin decât deplină este în scădere.

Deși femeile trăiesc în medie mai mult decât bărbații, ele trăiesc o parte mai mică din viața lor în stare de sănătate deplină sau fără dizabilități decât bărbații. Astfel, spre sfârșitul vieții, femeile acumulează o povară asupra sănătății mai mare decât bărbații, ca urmare atât a longevității mai mari, cât și a multimorbidității.

3.6. Povara globală a bolii

Povara bolii reprezintă o măsură a diferenței dintre starea de sănătate actuală a unei populații și starea optimă, în care toți oamenii ating o speranță de viață deplină fără a suferi de boli grave.

Povara globală a bolii (*eng. global burden of disease, GBD*) reprezintă impactul unei probleme de sănătate măsurat prin costuri

financiare, mortalitate, morbiditate și alți indicatori. Conceptul „povara bolii” a fost elaborat în anii '90 de Banca Mondială și OMS pentru a descrie decesele și pierderile de sănătate din cauza bolilor, leziunilor și factorilor de risc în toate regiunile lumii. *Figura 18* prezintă o versiune simplificată a cadrului GBD și indică lanțul causal al evenimentelor care contează pentru rezultatele de sănătate, identificând componentele cheie și determinantele stării de sănătate care necesită cuantificare (19).

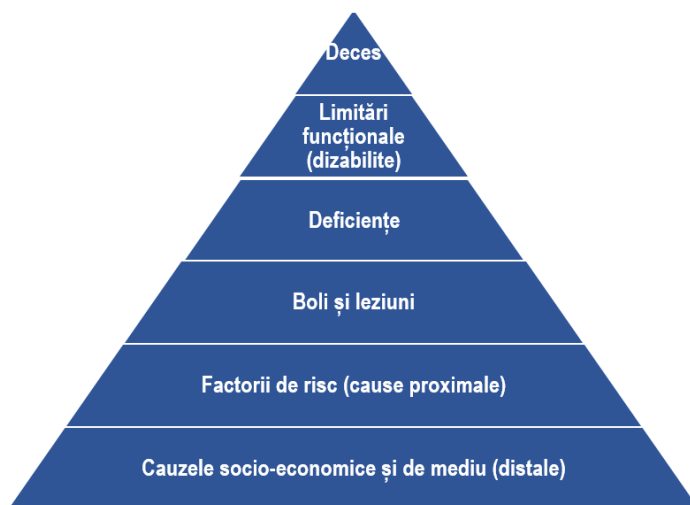


Figura 18. Prezentare generală a cadrului privind povara bolii

Sursa: adaptat după Lopez et al, 2006 (19)

Pe lângă indicatorii sintetici ai sănătății, descriși mai sus, există și alți indicatori sintetici ai sănătății care se utilizează pentru a cuantifica povara bolii asupra societății.

3.6.1. Ani potențiali de viață pierduți

Anii potențiali de viață pierduți (APVP, *eng. potential years of life lost*, PYLL) reprezintă un indicator sintetic al mortalității premature. APVP se definește ca anii potențiali de viață pierduți (de către societate) din cauza decesului prematur.

Calcularea acestui indicator se face în 2 etape. La prima etapă este calculată diferența dintre vârsta de deces a fiecărei persoane și o vârstă prestabilită, de obicei, 70 de ani. Astfel, toate decesele care survin până la vârsta de 70 de ani se consideră premature. Un copil care decedează la vârsta de 5 ani pierde 65 de ani potențiali de viață (70-5), iar o persoană care decedează la vârsta de 65 de ani pierde 5 ani potențiali de viață (70-65). Indicatorul APVP ia în considerare vârsta la care se produce decesul, dând o pondere mai mare deceselor care se produc la vârste mai tinere și o pondere mai mică deceselor care survin la o vârstă mai mare.

La etapa a doua anii de viață pierduți de fiecare persoană se însumează pentru a calcula numărul total de APVP.

Indicatorul APVP poate fi calculat și ca produsul dintre numărul de decese la fiecare vârstă și speranța de viață estimată la vârsta la care a avut loc decesul. Aceste date sunt luate din tabela de mortalitate.

$APVP = \text{numărul de decese} \times \text{speranța de viață standard (ani) la vârsta la care s-au produs decesele.}$

Indicatorul APVP poate fi calculat pentru diferite cauze de deces și se exprimă la 10 000 sau la 100 000 de locuitori.

$$\text{Rata brută a APVP} = \frac{APVP}{N} \times 10\,000,$$

unde N = numărul populației.

Bolile cardiovasculare prioritare au fost responsabile de pierderea a 38,9% din totalul APVP pierduți din cauza bolilor netransmisibile și 21,8% - prin toate cauzele de deces în anul 2015 în Republica Moldova (32).

Indicatorul APVP este utilizat la planificarea în domeniul sănătății publice pentru a compara importanța relativă a diverselor cauze de deces prematur în cadrul unei populații, a compara situația cu privire la mortalitatea prematură între populații și a stabili prioritățile de prevenție.

Însă, evaluarea APVP nu ia în considerare gradul de dizabilitate al persoanei înainte de deces, astfel încât acest indicator tratează o persoană care decedează subit și o persoană care decedează la aceeași vârstă după decenii de boală ca fiind echivalente.

3.6.2. Ani trăiți cu dizabilitate

Anii trăiți cu dizabilitate (*eng. years lived with disability, YLD*) cuantifică pierderile de sănătate nefatale și reprezintă un indicator al impactului bolii asupra calității vieții înainte ca boala să se rezolve sau să conducă la deces. Indicatorul dat se calculează pentru cazurile incidente ale bolii sau problemei de sănătate. Pentru a estima YLD pentru o anumită cauză într-o anumită perioadă de timp, numărul de cazuri incidente din perioada respectivă se înmulțește cu durata medie a bolii și cu un factor de ponderare care reflectă severitatea / gravitatea bolii pe o scară de la 0 (sănătate perfectă) la 1 (deces).

$$YLD = I \times DW \times L,$$

unde

I = numărul cazurilor incidente;

DW = factorul de ponderare;

L = durata medie a cazului până la remisie sau deces (ani).

3.6.3. Ani de viață ajustați cu dizabilitate

Anii de viață ajustați cu dizabilitate (*eng. disability-adjusted life years, DALY*) este un indicator al decalajului în sănătate care extinde conceptul anilor potențiali de viață pierduți (APVP) prin includerea echivalentului anilor de viață „sănătoasă” pierduți din cauza stării de sănătate precare sau dizabilității. Povara bolii (suma DALY-urilor pentru toată populația) este un indicator al decalajului dintre starea actuală de sănătate și o situație ideală în care toată populația trăiește până la o vârstă înaintată, fără boli și dizabilități. Indicatorul DALY facilitează compararea diferitelor tipuri de stări de sănătate sau rezultate de sănătate. Folosind DALY, povara bolilor care provoacă deces prematur, dar dizabilități reduse (de exemplu, înec sau rujeolă) poate fi comparată cu cea a bolilor care nu provoacă deces, dar provoacă dizabilități (de exemplu, cataracta care provoacă orbire).

Povara unei anumite boli sau stări de sănătate măsurată prin indicatorul sintetic DALY se estimează prin însumarea numărului de ani de viață, pe care persoana i-a pierdut ca urmare a decesului prematur din cauza bolii (APVP) și numărului de ani de viață, pe care persoana i-a trăit cu dizabilitatea cauzată de boală (YLD pentru cazurile incidente ale bolii).

$$\text{DALY} = \text{APVP} + \text{YLD}$$

Un DALY reprezintă, de obicei, un an de viață sănătoasă pierdut.

O boală cu o morbiditate crescută, dar cu o mortalitate scăzută, are un DALY ridicat și un YLD scăzut. Bolile cardiace și accidentele vasculare cerebrale cauzează cele mai multe pierderi de vieți omenești, iar afecțiunile neuropsihiatrice, cum ar fi tulburările depresive principale, provoacă pierderea celor mai mulți ani de viață sănătoasă din cauza bolii.

3.6.4. Ani de viață ajustați în funcție de calitate

Anii de viață ajustați în funcție de calitate (*eng. quality adjusted life years, QALY*) măsoară gradul în care diferite tipuri de tratamente medicale prelungesc și / sau îmbunătățesc calitatea vieții pacienților. Dacă dovezile arată că un tratament contribuie la prelungirea vieții sau la îmbunătățirea calității vieții, aceste beneficii sunt însumate în mod cuprinzător pentru a calcula numărul QALY suplimentari pe care îi oferă tratamentul dat. Ulterior, acest beneficiu suplimentar pentru sănătate este comparat cu beneficiul suplimentar pentru sănătate al altor tratamente pentru aceeași populație de pacienți.

Indicatorul QALY folosește o scară de la 0 (deces) la 1 (sănătate perfectă) pentru fiecare stare de sănătate. El este produsul duratei vieții și un indicator al calității vieții. De exemplu, 4 ani de sănătate deplină = 4 QALY. Prin urmare, 4 ani într-o stare măsurată ca 0,5 din sănătatea deplină urmată de 4 ani de sănătate deplină = 6 QALY.

Exemplu

Un pacient care suferă de o boală gravă, administrează în prezent medicamentul X. Dacă pacientul va continua să administreze acest medicament, el va trăi 5 ani, iar calitatea vieții va fi în medie de 0,6 din sănătatea deplină. În cazul când pacientului i se va administra un medicament nou, Y, el va trăi 6 ani, iar calitatea vieții va fi în medie de 0,7 din sănătatea deplină.

$$\text{QALY pentru medicamentul X} = 5 \times 0,6 = 3$$

$$\text{QALY pentru medicamentul Y} = 6 \times 0,7 = 4,2$$

Astfel, administrarea medicamentului Y va rezulta în 1,2 QALY adiționali în comparație cu medicamentul X.

Indicatorul QALY se utilizează la măsurarea utilității în analizele de cost-utilitate și a eficacității în analizele de cost-eficacitate.

Anii de viață ajustați în funcție de calitate (QALY) reprezintă o ajustare sau o reducere a speranței de viață care reflectă afecțiuni cronice și dizabilitate, derivate din studiu, externare din spital sau alte date. Ponderarea numerică a severității dizabilității este stabilită pe baza raționamentului pacientului și a specialiștilor din domeniul sănătății.

3.7. Direcțiile de utilizare a indicatorilor sintetici ai sănătății

Indicatorii sintetici ai sănătății se utilizează pentru:

- măsurarea poverii globale a bolii și cuantificarea poverii bolii în costuri monetare;
- compararea stării de sănătate a două sau mai multe populații (evaluarea performanței sistemelor de sănătate);
- monitorizarea schimbărilor în starea de sănătate a populației (evaluarea performanței sistemului de sănătate și a progresului privind atingerea obiectivelor sistemului de sănătate);

- compararea impactului diferitelor boli și factori de risc asupra reducerii duratei și / sau a calității vieții;
- identificarea și cuantificarea inegalităților în sănătate;
- informarea politicilor publice de sănătate cu privire la prioritățile de acțiune;
- alocarea corespunzătoare a resurselor pentru bolile prioritizate cu cea mai mare povară;
- informarea dezbatelor privind prioritățile de cercetare și dezvoltare;
- îmbunătățirea programelor de instruire profesională în domeniul sănătății publice;
- analiza beneficiilor intervențiilor de sănătate pentru utilizare în analiza cost-eficacității;
- monitorizarea și evaluarea impactului intervențiilor de sănătate publică;
- elaborarea de noi reglementări / standarde pentru boli și factori de risc.

3.8. Sănătatea și calitatea vieții

Conceptele de sănătate și boală sunt în strânsă legătură cu conceptul calitatea vieții. Calitatea vieții este un concept larg multidimensional care încorporează toate aspectele vieții unei persoane, inclusiv sănătatea. Organizația Mondială a Sănătății definește **calitatea vieții** ca fiind „percepția persoanei despre poziția sa de viață în contextul culturii și a sistemelor de valori în care trăiește și în raport cu obiectivele, așteptările, normele culturale și preocupările sale” (52). Calitatea vieții este influențată într-un mod complex de sănătatea fizică și starea psihologică a persoanei, autonomie, relațiile sociale, convingerile personale și relația acestora cu caracteristicile esențiale ale mediului. Conceptul calitatea vieții include atât dimensiunea obiectivă, cât și pe cea subiectivă. Dimensiunea obiectivă se referă la satisfacerea nevoilor

legate de condițiile sociale și materiale de viață și de sănătatea fizică. Dimensiunea subiectivă este legată de aspectele emoționale și de satisfacția generală de viață.

Calitatea vieții considerată în contextul sănătății și al bolii este denumită în mod obișnuit **calitatea vieții determinată de starea de sănătate** (*eng. health-related quality of life, HRQOL*). Calitatea vieții determinată de starea de sănătate se concentrează pe impactul stării de sănătate asupra capacității persoanei de a trăi o viață împlinită. Ea reprezintă percepția generală a pacientului sau grupului de persoane despre efectele bolii și tratamentului asupra bunăstării fizice, emoționale și sociale. Prin urmare, măsurarea calității vieții determinată de starea de sănătate surprinde calitatea vieții în raport cu sănătatea și boala persoanei sau grupului de persoane (*figura 19*).

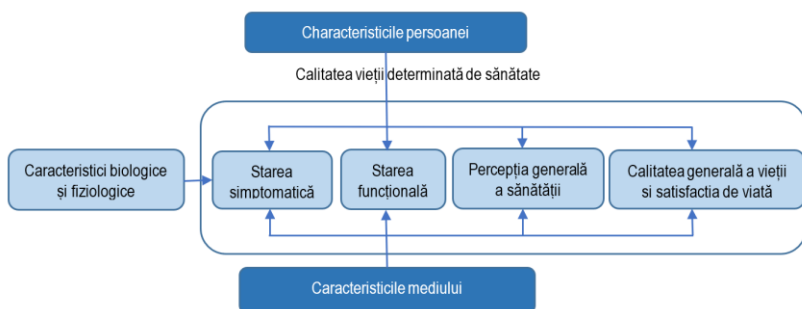


Figura 19. Modelul conceptual al calității vieții determinată de sănătate

Sursa: adaptat după Wilson, 1995 (49)

În sănătatea publică și în medicină, conceptul calității vieții determinată de sănătate se referă la percepția personală sau de grup asupra sănătății fizice și mentale de-a lungul timpului. Medicii utilizează frecvent calitatea vieții determinată de sănătate pentru a măsura efectele unei boli cronice asupra pacienților lor pentru a înțelege mai bine cum interferează boala cu viața de zi-cu-zi a persoanei. În mod similar,

profesioniștii din domeniul sănătății publice folosesc calitatea vieții determinată de sănătate pentru a măsura efectele diverselor tulburări, dizabilităților și bolilor asupra diferitelor populații. Urmărirea calității vieții determinată de sănătate în diferite populații poate identifica subgrupurile cu o stare de sănătate fizică sau mentală precară și ajuta la ghidarea politicilor publice sau intervențiilor de îmbunătățire a sănătății lor.

Conceptul calitatea vieții determinată de starea de sănătate:

- încorporează atât aspectele pozitive, cât și pe cele negative ale bunăstării și vieții;
- este unul multidimensional, care cuprinde sănătatea din punct de vedere social, psihologic și fizic;
- este un concept personal și dinamic, având în vedere că, pe măsură ce starea de sănătate se deteriorează, se schimbă și perspectivele asupra vieții, rolurilor, relațiilor și experiențelor;
- include o anumită evaluare a nivelului de satisfacție al pacientului privind tratamentul, rezultatul acestuia și starea de sănătate, și perspectivele de viitor;
- este diferit de calitatea vieții în ansamblu, care include și caracterul adecvat al locuinței, veniturile și percepțiile asupra mediului imediat.

3.8.1. Măsurarea calității vieții determinată de starea de sănătate

Există mai multe instrumente pentru măsurarea calității vieții (*eng. quality of life*, QOL) și calității vieții determinată de starea de sănătate (HRQOL). Acestea evaluează calitatea vieții și funcționarea persoanelor cu anumite boli în diverse domenii și oferă, de asemenea, informații despre satisfacția pacienților cu privire la funcționarea lor și efectele tratamentului asupra sănătății. Instrumentele date se utilizează pentru a identifica subgrupurile de persoane cu o stare de sănătate mai precară și o calitate a vieții mai scăzută și a orienta intervențiile de îmbunătățire a situației și de evitare a consecințelor mai grave.

Măsurarea poate fi făcută cu ajutorul instrumentelor generice, cum ar fi chestionarul OMS privind calitatea vieții (*eng. World Health Organization Quality of Life Questionnaire, WHOQOL*), formularul scurt pentru studii de sănătate (*eng. Short Form Health Survey, SF-36*) sau instrumentelor specifice bolii (de exemplu, chestionarul pentru boala Parkinson cu 39 de întrebări, PDQ-39).

Instrumentele generice:

- au ca scop să abordeze calitatea vieții și să cuprindă sănătatea fizică, mentală și socială;
- sunt cele mai potrivite pentru studii asupra populațiilor generale;
- permit compararea rezultatelor între diferite boli sau deficiențe;
- nu permit identificarea aspectelor specifice ale unei boli.

Cel mai frecvent utilizat instrument generic este chestionarul OMS privind calitatea vieții (WHOQOL). Grupul WHOQOL consideră că cunoașterea gradului de satisfacție sau insatisfacție al pacienților de aspectele deosebite ale vieții lor este importantă, iar această interpretare este o chestiune foarte individuală. WHOQOL-100 este un instrument auto-administrat cu 100 de întrebări, care acoperă 6 domenii ale calității vieții: sănătate fizică, stare psihologică, autonomie, relații sociale, mediul ambiant și spiritualitate (53). Pe baza WHOQOL-100 a fost creată o versiune mai scurtă, instrumentul (chestionarul) privind calitatea vieții – formularul scurt (WHOQOL-BREF), care conține 26 de întrebări și măsoară următoarele domenii: sănătate fizică, stare psihologică, relații sociale și mediu (72).

Un alt instrument generic utilizat frecvent pentru măsurarea stării de sănătate percepute este formularul scurt pentru studii de sănătate (SF-36). Chestionarul SF-36 este un chestionar din 36 de întrebări care cuprinde 8 domenii: funcționare fizică, funcționare socială, sănătate mintală, limitări de rol din cauza problemelor fizice, limitări de rol din cauza

problemelor emoționale, vitalitate (energie și oboseală), dureri corporale și percepții generale despre sănătate. Fiecare dintre aceste domenii este evaluat separat pe o scară de la 0 (cel mai rău) la 100 (cel mai bun).

Instrumentele specifice bolii:

- au ca scop să identifice aspectele specifice ale unei boli;
- sunt sensibile la schimbările mici, dar semnificative din punct de vedere clinic;
- pot compara nivelurile de severitate la pacienții cu aceeași boală sau deficiență.

3.8.2. Direcțiile de utilizare a instrumentelor QOL și HRQOL

Instrumentele privind calitatea vieții (QOL) și calitatea vieții determinată de starea de sănătate (HRQOL) se utilizează:

În practica clinică, pentru:

- identificarea domeniilor în care un pacient este mai afectat și sprijinirea luării deciziilor privind îngrijirea acestuia;
- măsurarea modificărilor calității vieții pe parcursul tratamentului;
- pronosticul mortalității în practica cotidiană;
- îmbunătățirea interacțiunii dintre pacient și medic prin o mai bună înțelegere de către medic a modului în care boala afectează calitatea vieții pacientului;
- măsurarea relației dintre serviciile de îngrijire a sănătății și calitatea vieții pacientului și ca indicator al percepției pacientului cu privire la calitatea și disponibilitatea îngrijirilor de sănătate;
- oferirea de noi perspective asupra naturii bolii prin evaluarea modului în care boala afectează bunăstarea subiectivă și funcționarea zilnică a unei persoane într-o gamă largă de domenii;
- sprijinirea dezvoltării și evaluării de noi tratamente și dispozitive medicale.

În sănătatea publică, pentru:

- identificarea problemelor legate de sănătatea populației și planificarea politicii publice de sănătate;
- analiza deciziilor, evaluarea economică a intervențiilor de sănătate și evaluarea politicilor publice de sănătate;
- estimarea poverii bolii (HRQOL) și evaluarea impactului diferitelor boli asupra calității vieții (QOL).

Exerciții de recapitulare

1. La 1 octombrie 2023, 1500 copii de 7 ani au fost examinați în cadrul programului de supraveghere privind obezitatea la copii. 30 de copii au prezentat un IMC care denotă obezitate. Același grup integral de copii a fost examinat și la 1 octombrie 2024, 65 dintre ei, inclusiv cei 30 depistați în anul 2023, prezentând un IMC care denotă obezitate. Calculați prevalența de moment, incidența cumulată și șansele incidenței.
2. După prânz, copiii dintr-o tabără de vară au prezentat simptome de toxinfecție alimentară, inclusiv grețuri, vomă și temperatură ridicată. Datele cu privire la numărul de copii în tabără și numărul de copii care au prezentat semne de toxinfecție alimentară pe sexe sunt prezentate în tabelul de mai jos.

Genul	Numărul de copii	Numărul de cazuri
Fete	130	45
Băieți	120	50
Total	350	95

- a) Care este rata de atac printre toți copiii?
- b) Care este rata de atac printre fete și băieți?
- c) Care este proporția cazurilor printre fete?

3. Într-un studiu de cohortă 15 persoane au fost observate pe parcursul a 5 ani. În această perioadă, 5 persoane s-au îmbolnăvit, iar 2 persoane au fost pierdute din urmărire, datele fiind prezentate în tabelul de mai jos. Examenul medical s-a efectuat anual la 1 ianuarie.

Anii / persoanele	2020	2021	2022	2023	2024	Ani la risc
1	-----	-----	-----	---X		
2		-----	-----	-----	-----	
3	-----	-----	-----	-----	-----	
4	-----	-----	-----	-----	-----	
5	---	-----	-----	-----	---●	
6	-----	-----X				
7	-----	-----	-----	-----	-----	
8	-----	-----	-----	---X		
9	-----	-----	-----●			
10	-----	-----	-----	-----	-----	
11	-----	-----	---X			
12	-----	-----	-----	-----	-----	
13		-----	-----	-----	-----	
14	-----	-----	-----	-----	-----X	
15	-----	-----	-----	-----	-----	

Note:

--- = timp la risc

x = s-a îmbolnăvit

● = pierdut din urmărire

- Calculați prevalența de moment la 1 ianuarie 2022 și la 1 ianuarie 2023.
 - Calculați incidența cumulată la 1 ianuarie 2022 și la 1 ianuarie 2023.
 - Calculați șansele incidenței la 1 ianuarie 2022 și la 1 ianuarie 2023.
 - Calculați numărul total de persoane-ani la risc de boală observat în studiu.
 - Calculați densitatea incidenței.
4. O persoană a trăit 5 ani cu dizabilitate și a decedat la vârsta de 55 de ani. Câți ani de viață sănătoasă au fost pierduți?
5. Completați tabelul de mai jos cu informația privind categoria problemei.

Problema	Boală sau condiția de sănătate	Deficiență	Limitări de activitate	Restricții de participare
Cataractă				
Paralizie				
Imposibilitatea utilizării calculatorului				
Pierderea unui membru inferior				
Imposibilitatea participării la conferințe în lipsa aparatelor auditive asistate și a interpreților în limbajul semnelor				
Tulburări de anxietate				
Imposibilitatea urcării treptelor				
Refuzul unui loc de muncă din cauza diagnosticului de schizofrenie				
Imposibilitatea continuării studiilor din cauza lipsei materialelor în Braille				
Incapacitatea de a înțelege limbajul utilizat în emisiunile de știri de la TV				
Autism				
Lipsa abilităților motorii fine				

6. O persoană care suferă de o boală gravă ce îi pune viața în pericol administrează în prezent medicamentul A. Dacă va continua să administreze acest medicament, persoana va trăi 10 ani, iar calitatea vieții ei va fi în medie de 0,5 din sănătatea deplină. Dacă persoana va administra un medicament nou, B, pentru aceeași boală, ea va trăi în medie 12 ani, iar calitatea vieții ei va constitui 0,7 din sănătatea deplină. Comparați cele două medicamente prin prisma QALY și trageți concluzia.

Întrebări de recapitulare

1. Ce tipuri de morbiditate există?
2. Care sunt sursele de date pentru fiecare tip de morbiditate?
3. Ce neajunsuri are fiecare tip de morbiditate?
4. Dați definiția prevalenței de moment și prevalenței de perioadă.
5. Dați definiția incidenței. Ce reprezintă numărătorul pentru incidența cumulată, șansele incidenței și densitatea incidenței.
6. Când se folosește rata de atac?
7. Care este diferența dintre incidența cumulată și șansele incidenței?
8. Ce înseamnă densitatea incidenței?
9. Ce înseamnă persoane-timp la risc? Pentru ce tip de populație se calculează aceasta?
10. Care este scopul Clasificării Statistice Internaționale a Bolilor și Condițiilor de Sănătate Înrudite?
11. Câte capitole conține revizia a X-a a CIM în versiunea OMS 2019?
12. Descrieți sistemul de codificare al bolilor utilizat în revizia a X-a a CIM, versiunea OMS 2019?
13. Cine sunt destinatarii CIM?
14. Ce îmbunătățiri conține revizia a XI-a a CIM în comparație cu revizia a X-a?
15. Definiți dizabilitatea.
16. Care sunt dimensiunile dizabilității și prin ce se caracterizează fiecare dimensiune?
17. Ce prevede noua paradigmă a dizabilității care stă la baza Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF, 2001)?
18. Care este importanța CIF 2001?
19. Care sunt abordările de măsurare a dizabilității? Caracterizați fiecare dintre ele.
20. Care sunt indicatorii sintetici al sănătății?
21. Care este diferența dintre speranța de viață și speranța de viață sănătoasă?
22. Ce înseamnă conceptul „povara bolii”?
23. Ce măsoară indicatorul DALY?
24. Care este utilitatea indicatorului DALY?
25. Dați definiția calității vieții.
26. Ce instrumente se utilizează pentru măsurarea calității vieții?

4. PREVENIREA ȘI CONTROLUL BOLILOR NETRANSMISIBILE. SCREENINGUL

4.1. Bolile netransmisibile. Definiție, tipuri și factori de risc

4.1.1. Definiție. Tipurile principale de boli netransmisibile

Bolile netransmisibile (BNT) reprezintă un grup de boli, care nu rezultă dintr-un proces infecțios acut și au o etiologie complexă cu factori de risc multipli. Ele au o perioadă de latență îndelungată și o durată prelungită a bolii care duce la deces prematur și/sau dizabilitate, reduc calitatea vieții și implică tratament și îngrijiri pe termen lung. Bolile netransmisibile rareori pot fi vindecate. Acest grup de boli este responsabil de circa 74% din toate decesele care au loc anual în lume. Din totalul deceselor înregistrate anual în Republica Moldova, peste trei pătrimi sunt provocate de BNT. Bolile netransmisibile constituie o provocare majoră de sănătate și de dezvoltare a secolului al XXI-lea.

Conform OMS, cele **4 tipuri principale de BNT** sunt: bolile cardiovasculare, cancerul, diabetul și bronhopneumopatiile obstructive cronice. Aceste 4 tipuri de BNT sunt responsabile de peste 80% din toate decesele premature provocate de BNT. Unele definiții ale BNT cuprind și tulburările neurologice cronice (boala Alzheimer, demențele), artritele / bolile musculoscheletice.

Deși BNT deseori se asociază cu grupele de populație mai în vârstă, dovezile arată că toată populația este vulnerabilă la acțiunea factorilor de risc care contribuie la apariția BNT, cum ar fi regimul alimentar nesănătos, inactivitatea fizică, utilizarea de tutun și expunerea la fumul de tutun, consumul de alcool și poluarea aerului.

Aceste boli sunt conduse de forțe care includ urbanizarea rapidă neplanificată, globalizarea stilurilor de viață nesănătoase și îmbătrânirea populației.

Factorii de risc (determinantele proximale) sunt atribute, caracteristici sau expuneri / comportamente care cresc probabilitatea unei persoane de a dezvolta o boală sau o tulburare. Printre factorii de risc principali ai BNT se numără:

- factorii de risc comportamentali modificabili, care cresc probabilitatea apariției BNT: regimul alimentar nesănătos, utilizarea de tutun, consumul de alcool și inactivitatea fizică;
- factorii de risc metabolici, care contribuie la patru modificări metabolice principale ce cresc riscul pentru BNT: tensiunea arterială crescută, colesterolul total crescut, glucoza sanguină crescută și supragreutatea / obezitatea.

Toți acești factori de risc în asociere cu determinantele socio-economice (distale), cum ar fi globalizarea și comerțul internațional, urbanizarea rapidă neplanificată și îmbătrânirea populației, conduc la apariția BNT (*figura 20*).

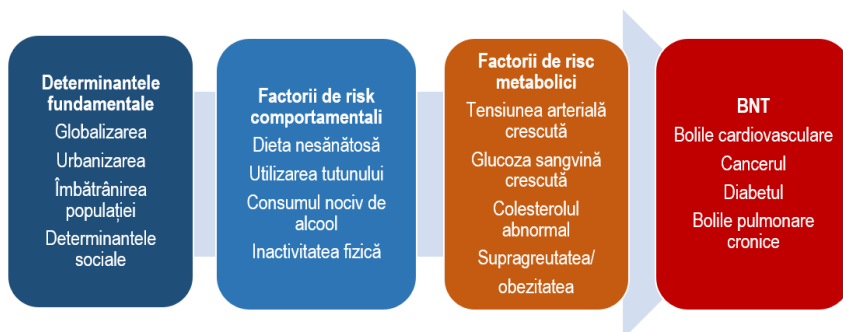


Figura 20. Determinantele bolilor netransmisibile

4.1.2. Impactul socio-economic

Bolile netransmisibile amenință progresul către Agenda 2030 pentru Dezvoltare Durabilă, unul dintre obiectivele căreia este reducerea cu o treime, până în 2030, a probabilității de deces din cauza celor patru BNT principale la vârste cuprinse între 30 și 70 de ani.

Există o relație strânsă între sărăcie și BNT. Persoanele vulnerabile și social dezavantajate se îmbolnăvesc și decedează mai devreme decât persoanele cu un statut social mai înalt. Acest fapt se datorează, în special, riscului mai mare de expunere la produse dăunătoare, cum ar fi tutunul și alcoolul sau la practici alimentare nesănătoase, și accesului limitat la serviciile de sănătate.

4.1.3. Prevenția și controlul bolilor netransmisibile

Bolile netransmisibile pot fi prevenite și controlate prin reducerea factorilor de risc asociați. Există intervenții cost-eficace pentru a reduce factorii de risc modificabili comuni. Monitorizarea riscurilor și a tendințelor BNT, precum și a progresului în vederea prevenirii și controlului acestora este importantă pentru a stabili prioritățile și a orienta politicile publice.

Pentru a diminua impactul BNT asupra persoanelor și societății, este necesară o abordare cuprinzătoare care să implice colaborarea tuturor sectoarelor, inclusiv al sănătății, al finanțelor, al transportului, al educației, al agriculturii, și altora, pentru a reduce riscurile asociate cu BNT și a promova intervenții pentru prevenirea și controlul lor.

Un management mai bun al BNT este, de asemenea, esențial. Managementul BNT include screening-ul, detectarea, și tratarea acestor boli și asigurarea accesului la îngrijiri paliative pentru persoanele aflate în nevoie. Intervențiile esențiale pentru BNT cu impact ridicat pot fi prestate prin abordarea de asistență medicală primară, care consolidează depistarea precoce și tratamentul în timp util. Dovezile arată că astfel de intervenții sunt investiții excelente din punct de vedere economic, deoarece fiind prestate timpuriu pacienților, pot reduce nevoia unor tratamente mai costisitoare. Intervențiile de gestionare a BNT sunt esențiale pentru atingerea țintei 3.4 a ODD 3 „Reducerea cu o treime până în 2030 a mortalității premature cauzate de bolile netransmisibile prin prevenire și tratament și promovarea sănătății mintale și a bunăstării” (45) și a celor nouă ținte globale către anul 2030 (63).

4.2. Prevenția. Nivelele de prevenție

4.2.1. Concepte de bază

Patternurile schimbătoare în timp a mortalității și morbidității și diferențele geografice privind morbiditatea între diferite regiuni și țări, arată că cauzele principale ale bolilor sunt modificabile și, prin urmare, pot fi prevenite. Reducerea ratelor mortalității în secolul al XIX-lea și în prima jumătate a secolului al XX-lea s-a datorat în special îmbunătățirii calității apei potabile și sanitației, nutriției, condițiilor de trai și altor măsuri de mediu. Măsurile de prevenție sunt implementate cu scopul de a schimba distribuția factorilor de risc în întreaga populație.

Prevenția este una din cele 3 operațiuni esențiale de sănătate publică. Prevenirea bolilor cuprinde măsuri atât de prevenire a apariției unei boli, cum ar fi reducerea factorilor de risc, cât și de împiedicare a progresării acesteia și de reducere a consecințelor sale, odată stabilite.

Există trei nivele de prevenție care corespund diferitor stadii ale dezvoltării bolii (*tabelul 11*): prevenția primară, prevenția secundară și prevenția terțiară.

Prevenția primară contribuie cel mai mult la sănătatea întregii populații.

Tabelul 11. Nivelele de prevenție

Nivelul de prevenție	Stadiul bolii	Scopul	Acțiunile	Ținta
Primară	Factorii de risc specifici	Reducerea incidenței bolii	Protecția sănătății prin eforturi personale și comunitare, cum ar fi îmbunătățirea statutului nutrițional (suplimentarea cu fier și acid folic), asigurarea imunizărilor și eliminarea riscurilor de mediu. Se realizează prin programe de sănătate publică.	Toată populația / anumite grupuri de populație cu risc crescut.
Secundară	Etapa timpurie / precoce a bolii	Reducerea prevalenței bolii prin scurtarea duratei acesteia	Măsurile disponibile persoanelor și comunităților pentru depistarea precoce și intervenția promptă în vederea controlului bolii și minimizarea dizabilității (de exemplu, prin programe de screening)	Anumite grupuri de populație
Terțiară	Stadiul tardiv al bolii (tratament, reabilitare)	Reducerea numărului și/sau a impactului complicațiilor	Măsurile destinate să atenueze impactul bolii și al dizabilității pe termen lung. Se realizează prin reabilitarea sau controlul medicamentos al bolii pentru prevenirea complicațiilor	Pacienții

4.2.2. Prevenția primară

Prevenția primară are drept scop prevenirea apariției unor boli specifice prin reducerea riscului, modificarea comportamentelor sau expunerilor care pot contribui la apariția bolii sau prin creșterea rezistenței la efectele expunerii la factorii cauzali. De asemenea, scopul prevenției primare este de a reduce incidența bolii, de exemplu prin vaccinare sau renunțare la fumat. Unele abordări implică participarea activă, cum ar fi periajul dentar obișnuit și folosirea aței dentare pentru a preveni cariile dentare. Alte abordări sunt pasive: adăugarea de fluor în apa potabilă municipală pentru a întări smalțul dinților și a preveni cariile sau adaosul de iod în sare pentru a preveni tulburările prin deficit de iod. Un alt scop al prevenției primare este promovarea mediilor sigure, care să reducă riscul de îmbolnăvire în general, de exemplu igienizarea temeinică a sălilor de operație pentru a preveni infecțiile postoperatorii.

Prevenția primară vizează întreaga populație sau grupurile cu risc crescut de expunere, dar fără dovezi privind boala.

Organizația Mondială a Sănătății recomandă două abordări cu privire la prevenția primară a bolilor, în cazul când au fost stabiliți factorii de risc: strategia populațională și strategia riscului individual crescut.

Strategia populațională este direcționată către întreaga populație sau grupuri de populație, indiferent de nivelele individuale de risc. Scopul principal este de a reduce nivelul mediu al unui anumit factor de risc în întreaga populație sau grupul de persoane. De exemplu, studiile au arătat că chiar și o reducere mică a valorii medii a tensiunii arteriale sau a colesterolului seric într-o populație ar produce o reducere semnificativă a incidenței bolilor cardiovasculare.

Strategia riscului individual crescut se concentrează asupra persoanelor care prezintă cel mai mare risc pentru o anumită boală sau tulburare. Această strategie implică identificarea activă a persoanelor expuse la risc crescut, eliminarea factorilor de risc (de exemplu,

încurajarea pacienților să renunțe la fumat ori să reducă consumul de sare) sau creșterea rezistenței specifice la factorul cauzal (de exemplu, vaccinarea).

Fiecare dintre aceste două abordări are avantaje și dezavantaje (*tabelul 12*). În majoritatea cazurilor, combinarea ambelor strategii este mai eficientă.

Tabelul 12. Avantajele și dezavantajele celor două abordări ale OMS privind prevenția primară

	Avantaje	Dezavantaje
Strategia populațională Scopul – reducerea nivelului mediu al factorului de risc în populație și schimbarea distribuției riscului	- Încearcă să elimine cauzele fundamentale; - potențial mare de îmbunătățire la nivelul întregii populații; - încearcă să schimbe normele la nivelul populației.	- Beneficiu mic pentru majoritatea persoanelor - (paradoxul prevenției); - motivație slabă de a se conforma; - posibil motivație slabă a profesioniștilor din sănătate din cauza efectului mai puțin perceput; - raportul risc-beneficiu la nivelul persoanei poate fi o preocupare.
Strategia riscului individual crescut Scopul – identificarea persoanelor care prezintă cel mai mare risc și intervenirea pentru a reduce riscul individual	- Intervenție adecvată pentru persoană; - motivație ridicată; - motivația lucrătorilor din domeniul sănătății este de asemenea ridicată; - poate fi cost-eficace; - un raport risc-beneficiu mai mare pentru persoană.	- Dificultăți și costuri ale intervenției; - nu este radicală, nu abordează cauzele; - potențial limitat de îmbunătățire a sănătății populației; - nu abordează normele sociale care structurează comportamentul de sănătate.

Paradoxul prevenției. Legătura dintre cuantificarea riscului și țintirea intervențiilor de promovare a sănătății și prevenire a bolilor a fost descrisă de Geoffrey Rose (1985) drept paradoxul prevenției: „O măsură preventivă care aduce multe beneficii la nivelul populației oferă adesea puțin fiecăreia dintre persoanele participante” (34). Paradoxul

prevenției apare deoarece multe intervenții care vizează îmbunătățirea sănătății au o influență relativ mică asupra sănătății majorității oamenilor. Astfel, pentru ca o persoană să beneficieze, mulți oameni vor trebui să-și schimbe comportamentul, dar să nu beneficieze de aceste schimbări.

4.2.3. Prevenția secundară

Prevenția secundară vizează detectarea și stoparea modificărilor patologice preclinice și, prin urmare, controlul progresiei bolii. Prevenția secundară este îndreptată spre perioada dintre debutul bolii și diagnosticarea ei.

Prevenția secundară poate fi aplicată numai bolilor, a căror istorie naturală include o perioadă timpurie, când boala poate fi ușor identificată și tratată, astfel încât progresarea la stadiile mai grave să poată fi stopată. Astfel, pentru un program util de prevenție secundară sunt esențiale două cerințe: o metodă sigură și precisă de depistare a bolii în stadiul incipient, și metode cost-eficace și eficiente de intervenție. Cea mai frecvent utilizată măsură de prevenție secundară este screeningul pentru depistarea precoce a unei boli sau tulburări. De exemplu, screeningul pentru depistarea cancerului (cervical, mamar sau de colon), fenilcetonuriei, deficienței de iod la nou-născuți, acuității vizuale și a scoliozei printre copiii de vârstă școlară și screeningul hipertensiunii arteriale și a nivelului crescut de glucoză sanguină la vârsta medie.

4.2.4. Prevenția terțiară

Prevenția terțiară urmărește să reducă progresarea sau complicațiile unei boli deja existente și constituie un aspect important al medicinei clinice și de reabilitare. Aceasta cuprinde măsuri de atenuare a impactului bolii asupra funcționării, longevității și calității vieții pacientului.

Scopul principal al prevenției terțiare este menținerea calității vieții pacientului. În cazul în care o boală este ireversibilă, prevenția terțiară se concentrează pe reabilitare, ajutând pacientul să se acomodeze cu dizabilitatea sa. Pentru bolile reversibile, cum ar fi bolile de inimă, prevenția terțiară va reduce prevalența în populație, în timp ce pentru bolile incurabile prevalența poate crește datorită prelungirii perioadei de supraviețuire.

Reabilitarea pacienților cu accident vascular cerebral, leziuni, orbire și alte afecțiuni cronice este esențială pentru capacitatea lor de a participa la viața socială zilnică. Prevenția terțiară poate îmbunătăți bunăstarea și veniturile individuale și ale familiei. În *tabelul 13* sunt prezentate exemple pentru cele trei nivele de prevenție.

Prevenția cuaternară se referă la evitarea supramedicalizării pacienților, protejându-i de intervenții inutile și sugerând alternative etice.

Tabelul 13. Exemple de intervenții de prevenție primară, secundară și terțiară la nivel individual și populațional

Boala	Nivelul intervenției	Primară	Secundară	Terțiară
Diabetul zaharat de tip 2	Individual	Consiliere privind stilul sănătos de viață: consiliere nutrițională și privind activitatea fizică; consiliere privind reducerea masei corporale pentru persoanele cu risc crescut de diabet etc.	Testarea glucozei sanguine a jeune pentru depistarea precoce a diabetului.	Examine de urmărire pentru identificarea complicațiilor: piciorului diabetic, retinopatiei diabetice etc.
	Populație	Campanii de sensibilizare a populației referitor la beneficiile schimbărilor stilului de viață pentru prevenirea diabetului; promovarea menținerii masei corporale sănătoase; promovarea consumului alimentar sănătos pe tot parcursul vieții; taxe pentru băuturile îndulcite cu zahăr; subvenții pentru programele de activitate fizică.	Programe de screening pentru diabet.	Reorganizarea serviciilor de sănătate pentru îmbunătățirea accesului la îngrijiri de urmărire de calitate înaltă.

4.3. Screeningul

4.3.1. Concepte de bază

Screeningul este procesul utilizării testelor la scară largă pentru a identifica probabilitatea prezenței unei boli sau expunerii la un factor de risc pentru boală în populația aparent sănătoasă. Prin urmare, *testul de screening* identifică persoanele asimptomatice care **probabil** au boala.

Screeningul nu înseamnă diagnosticarea precoce a bolii. Prin urmare, *testul de screening* nu este destinat a fi un test de diagnostic. Screening-ul prevede aplicarea testelor la persoanele care nu prezintă simptome, în timp ce diagnosticarea precoce are ca scop depistarea cât mai devreme a afecțiunilor la persoanele care prezintă simptome.

Constatarea pozitivă într-un test de screening trebuie să fie confirmată prin proceduri speciale de diagnostic. *Testul de diagnostic* este utilizat pentru a determina prezența sau absența unei boli atunci când un subiect prezintă semne sau simptome ale bolii. Testul de diagnostic este efectuat după un test de screening pozitiv pentru a stabili diagnosticul definitiv.

Există diferite tipuri de screening:

- *screeningul în masă* are scopul de a examina întreaga populație (sau anumite grupuri de populație);
- *screeningul multiplu sau multifazic* folosește mai multe teste de screening în același timp;
- *screeningul țintit* al grupurilor cu expuneri specifice;
- *screeningul oportunist (de găsim a cazului)* vizează pacienții care consultă medicul pentru alte scopuri.

4.3.2. Principiile screeningului

Principiile (criteriile) de stabilire a unui program de screening cuprind caracteristicile tulburării sau ale bolii, tratamentului acestora și testului de screening. Un program de screening pentru o boală,

tulburare sau factor de risc trebuie să respecte criteriile de bază care sunt fundamentale pentru integritatea procesului (*tabelul 14*).

Tabelul 14. Principiile de bază pentru screening

Categoria	Criteriile
Boala:	- trebuie să reprezinte <i>o problemă importantă de sănătate publică</i> în cadrul populației-țintă în ceea ce privește <i>frecvența și/sau severitatea</i>; - trebuie să aibă o fază preclinică detectabilă pentru depistarea precoce / o etapă timpurie sau latentă recognoscibilă.
Populația-țintă:	- trebuie clar definită. Rata de participare a populației eligibile în programul de screening trebuie să fie înaltă.
Testul de screening:	- trebuie să fie valid, fiabil și fezabil.
Diagnosticul și tratamentul:	- procedurile de diagnostic trebuie să fie adecvate, sigure, acceptabile și disponibile din punct de vedere fizic și financiar pentru toată populația-țintă; - tratamentul pentru pacienții cu diagnosticul confirmat trebuie să fie disponibil, accesibil, acceptabil și eficient; - depistarea precoce trebuie să îmbunătățească pronosticul.
Costul screeningului și găsirii cazului:	- trebuie să fie echilibrat din punct de vedere economic cu costul total al asistenței medicale.

Exemple de teste de screening: testul Papanicolau pentru cancerul cervical, mamografia pentru cancerul mamar, glucoza a jeune pentru diabet, tensiunea intraoculară pentru glaucom.

Validitatea unui test de screening reprezintă capacitatea testului de a identifica corect ceea ce trebuie să identifice (frecvența cu care rezultatele testului sunt confirmate prin procedee diagnostice mai riguroase denumite standardul de aur).

Fiabilitatea (reproductibilitatea) testului reprezintă consecvența rezultatelor în cazul repetării testului de screening pe aceleași persoane și în aceleași condiții.

Fezabilitatea se referă la acceptabilitatea (rapid de aplicat, ușor de interpretat, sigur) și cost-eficacitatea testului (reducerea mortalității sau numărul de DALY salvați/câștigați) și se evaluează înainte de derularea programului de screening.

4.3.3. Evaluarea testelor de screening

Testele de screening sunt utilizate pentru a determina probabilitatea prezenței bolii la persoane, iar cele de diagnostic – pentru a determina severitatea bolii. Astfel, este important să se evalueze performanța ambelor tipuri de teste, atât a celor de screening, cât și a celor de diagnostic înainte de utilizarea lor în instituțiile medico-sanitare. Performanța unui test nou de screening sau de diagnostic este evaluată prin compararea rezultatelor reale ale testelor cu starea reală a bolii la pacient (așa cum este evaluată prin standardul de aur). Cele patru criterii utilizate pentru a evalua un test nou sunt sensibilitatea, specificitatea, valoarea predictivă pozitivă și valoarea predictivă negativă.

Standardul de aur este un termen folosit pentru cea mai riguroasă procedură de diagnostic, de exemplu, examinarea microscopică a unui specimen de țesut sau cel mai bun test de laborator disponibil, de exemplu, anticorpi serici împotriva HIV ori o evaluare clinică cuprinzătoare, de exemplu, evaluarea clinică a artritei. Procedurile standardului de aur pot fi adesea costisitoare, invazive și/sau inconfortabile. Noile teste care sunt mai puțin invazive și mai puțin costisitoare sunt comparate cu standardele de aur pentru a evalua

acuratețea noului test. Un test care detectează un marker al cancerului mamar în sânge poate fi mai puțin sensibil în comparație cu biopsia glandei mamare în sine, dar disconfortul biopsiei poate face ca analiza de sânge să fie o alternativă mai bună.

Calcularea rezultatelor testelor. Tabelul de contingență 2x2 este folosit pentru a grupa persoanele într-una din cele patru categorii de teste de boală.

	Adevărul (standardul de aur)	
Rezultatele testului	Boala prezentă	Boala absentă
Testul pozitiv	a = adevărat pozitiv	b = fals pozitiv
Testul negativ	c = fals negativ	d = adevărat negativ

Sensibilitate vs specificitate. Sensibilitatea și specificitatea sunt criterii care evaluează validitatea testelor de screening sau a celor de diagnostic. Aceste criterii reflectă corectitudinea testului de detectare a bolii și clasifică persoanele în grupuri cu boală și fără boală.

Sensibilitatea (Se) reprezintă capacitatea unui test de a identifica corect boala printre cei cu adevărat bolnavi sau procentul persoanelor cu rezultate pozitive ale testului printre cei bolnavi.

Specificitatea (Sp) reprezintă capacitatea unui test de a identifica corect persoanele fără boală printre cei care cu adevărat nu au boala sau procentul persoanelor cu rezultate negative ale testului printre cei care nu au boala.

$$Se = \frac{\text{adevărat pozitiv}}{\text{adevărat pozitiv} + \text{fals negativ}} \times 100 = \frac{a}{(a+c)} \times 100$$

$$Sp = \frac{\text{adevărat negativ}}{\text{adevărat negativ} + \text{fals pozitiv}} \times 100 = \frac{d}{(b+d)} \times 100$$

Un test foarte sensibil înseamnă că un procent mare dintre persoanele care au boala sunt clasificate corect ca având boala. Un test

foarte specific înseamnă că un procent mare dintre persoanele fără boală sunt clasificate corect ca neavând boală. Un test ideal ar fi atât foarte sensibil, cât și foarte specific, în care boala ar fi detectată la 100% dintre cei care au cu adevărat boală (sensibilitate de 100%) și boala ar fi exclusă la 100% dintre cei care cu adevărat nu sunt bolnavi (100% specificitate).

În realitate, pe măsura creșterii sensibilității, specificitatea scade și invers, pe măsura creșterii specificității, sensibilitatea scade.

Exemplu

Dacă un test are o sensibilitate de 90% și o specificitate de 95%, atunci 10% dintre persoanele bolnave vor avea rezultate negative (testul clasifică incorect 10% dintre persoanele bolnave), iar 5% dintre persoanele fără boală testate vor avea rezultate pozitive ale testului (testul clasifică incorect 5% dintre persoanele fără boală).

Fals pozitivi și fals negativi

Un *fals pozitiv* este o persoană incorect diagnosticată ca fiind caz, când de fapt, nu are boala. Un *fals negativ* este o persoană incorect diagnosticată ca non-caz, când de fapt, persoana are boala.

$100\% - \% \text{ sensibilitate} = \% \text{ fals negativ}$.

$100\% - \% \text{ specificitate} = \% \text{ fals pozitiv}$.

Utilizând exemplul de mai sus vom avea:

$100\% - 90\% = 10\% \text{ fals negativ}$

$100\% - 95\% = 5\% \text{ fals pozitiv}$.

Testele cu sensibilitate mare conduc la pierderea unui număr mic de bolnavi (puțini fals negativi). Acestea sunt recomandate pentru bolile grave și prezintă soluția optimă pentru intervențiile de sănătate publică.

Testele cu specificitate mare prezintă costuri mici pentru diagnosticul ulterior (puțini fals pozitivi). Acestea sunt recomandate pentru boli, diagnosticul cărora este costisitor și reprezintă soluția optimă pentru medicul clinician.

Valoarea predictivă pozitivă și valoarea predictivă negativă

Valoarea predictivă pozitivă (VPP) reprezintă procentul rezultatelor adevărat pozitive printre cei testați ca fiind pozitivi. *Valoarea predictivă negativă* (VPN) reprezintă procentul rezultatelor adevărat negative printre cei testați ca fiind negativi.

La fel ca și sensibilitatea și specificitatea, VPP și VPN arată capacitatea testului de a clasifica persoanele în grupuri cu boală și fără boală, dar numitorul pentru VPP este numărul total de persoane cu testul pozitiv (a+b), în timp ce cel pentru VPN este numărul total de persoane cu testul negativ (c+d). Un test cu o VPP ridicată denotă existența doar a unui mic procent de fals-pozitivi printre toate persoanele cu rezultate pozitive ale testului. Un test cu o VPN mare denotă existența doar a unui mic procent de fals-negativi printre toate persoanele cu rezultate negative ale testului.

$$VPP = \frac{\text{adevărat pozitivi}}{\text{teste pozitive}} \times 100 = \frac{a}{(a+b)} \times 100$$

$$VPN = \frac{\text{adevărat negativi}}{\text{teste negative}} \times 100 = \frac{d}{(c+d)} \times 100$$

Exemplu

Un test de ECG la stres, care are o VPP de 90% și o VPN de 95%, este utilizat pentru screeningul bolii coronariene la 10.000 de persoane. Patruzeci la sută dintre persoane (4.000 de persoane) au rezultate pozitive la test, iar 60% (6.000 de persoane) au rezultate negative. În baza standardului de aur pentru boala coronariană s-a constatat că 3.600 dintre cei care au fost testați pozitivi (90% din 4.000) au cu adevărat boala coronariană, iar 5.700 dintre cei care au fost testați negativ (95% din 6.000) cu adevărat nu au boala coronariană.

Prevalența bolii afectează valorile predictive, VPP și VPN. În cazul unei boli cu o prevalență scăzută și a unui test utilizat pentru evaluarea bolii la persoane care are o sensibilitate și o specificitate mai mici de 100%, rezultatele fals pozitive pot depăși rezultatele pozitive ale testului.

4.4. Tranziția epidemiologică

Teoria tranziției epidemiologice descrie schimbările în modelele de sănătate și tipurile de boli, concentrându-se asupra ratelor mortalității și natalității și asupra interacțiunii variabilelor sociale, economice, demografice și de sănătate (25). Cele patru etape ale tranziției epidemiologice corespund și influențează cele patru etape ale tranziției demografice (*tabelul 15*).

Etapă ciumei și a foametei. În această etapă bolile endemice sunt predominante, nutriția este precară și sunt răspândite bolile infecțioase și foametea. Ratele de natalitate și de mortalitate sunt înalte, iar creșterea populației este minimă. Principalele cauze de deces sunt bolile infecțioase și parazitare, accidentele, atacurile animale și umane (de exemplu, ciuma neagră. S-a menționat că a început în Kârgâzstan și a fost adusă de o armată tătară atunci când aceasta a atacat un avanpost comercial Italian, în zilele noastre Ucraina. Italienii care se retrăgeau au adus șobolanii infectați cu navele lor în alte orașe de coastă din Europa). Predomină familiile numeroase, de dimensiuni mari, gospodăriile cu mai multe generații și modul de viață sedentar. Funcția femeilor era aceea de a fi mamă, fără drepturi sau responsabilități în afara gospodăriei (25).

Etapă pandemiilor (boli care apar într-o zonă geografică largă și afectează o proporție mare de populație) în descreștere. La etapa dată, bolile și foametea scad, rata mortalității se micșorează, crește rata natalității, respectiv, crește și numărul populației. Predomină familiile mari, numeroase, mai ales în regiunile rurale, dar unitățile de familie nucleară devin tot mai obișnuite în centrele urbane. Femeile încep să se implice în activități în afara gospodăriei lor.

Etapă bolilor degenerative și a celor cauzate de om. Pe parcursul acestei perioade se îmbunătățesc condițiile sociale, economice și de mediu; bolile infecțioase și condițiile aferente nutriției precare scad. Ratele de natalitate și de mortalitate sunt mici, iar numărul populației este stabil. Bolile cronice (de exemplu, bolile cardiovasculare, cancerul,

accidentele vasculare cerebrale, bolile cauzate de expunerea profesională) sunt cauzele principale de deces. Familiile nucleare mici devin normă. Femeile sunt tot mai mult implicate în procesul educațional și orientate spre carieră.

Această etapă se caracterizează prin scăderea numărului de decese provocate de bolile infecțioase și printr-o creștere a tulburărilor cronice asociate cu îmbătrânirea. Bolile cardiovasculare și cancerul sunt două cele mai importante tipuri de boli ale acestei etape.

Etapă bolilor degenerative întârziate / încetinite reprezintă o extensie a etapei a III-a. Amânarea apariției bolilor degenerative este rezultatul îmbunătății calității asistenței medicale (a tehnologiilor și a intervențiilor, a medicamentelor noi), îmbunătățirii și „însănătoșirii” regimului alimentar etc. Unii cercetători susțin că bolile infecțioase și parazitare sunt reemergente; alții o văd doar ca o recidivă.

Cauzele acestei emergențe:

- evoluția: microbii sunt imuni la antibiotice etc.;
- sărăcia: boli, precum tuberculoza sunt pe larg controlate în țări ca, de exemplu SUA, dar provoacă încă multe decese în țările mai puțin dezvoltate, inclusiv în Republica Moldova;
- călătoriile / deplasările: răspândirea bolii (de exemplu, SRAS din China la mijlocul anilor 2000, COVID în lume în anii 2020-2023).

Aceste modele ale tranziției epidemiologice sunt evidente la nivel internațional, regional și local, însă este recunoscut faptul că ele nu pot fi unidirecționale. Tranziția epidemiologică poate avea diferite „viteze” în diferite locuri, iar uneori pot fi observate inversări sau modele mixte.

Tabelul 15. Etapele tranziției epidemiologice

Etapă	Descrierea	Speranța de viață obișnuită, ani	% deceselor cauzate de bolile cardiovasculare	Exemple de țări contemporane
Ciumei și a foametei	Predomină malnutriția și bolile infecțioase.	35	5-20	Africa Sub-Sahariană
Pandemiilor în descreștere	Îmbunătățirea nutriției și a măsurilor de sănătate publică conduce la reducerea bolilor infecțioase. Oamenii trăiesc suficient de mult pentru a suferi de boli cronice.	50	15-35	Asia de Sud; zone din America Latină și Caraibe
Bolilor degenerative și a celor cauzate de om	Din cauza creșterii consumului de tutun și de alcool și, ulterior, a consumului de grăsimi și de energie, ponderea deceselor provocate de bolile cronice o depășește pe cea a deceselor provocate de bolile infecțioase.	60	>50	Europa și Asia Centrală; America Latină; Orientul Mijlociu; America de Nord; partea urbană a Indiei.
Bolilor degenerative întârziate / încetinite	Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare și cancerul. Prevenția amână debutul bolii, iar tratamentul prelungește supraviețuirea, astfel că ratele de deces standardizate pe vârste scad. Crește morbiditatea legată de îmbătrânire, cum ar fi boala Alzheimer.	>70	<50	Țările cu venit mare.

4.5. Monitorizarea și supravegherea bolilor netransmisibile

Actualmente există mai multe sisteme de monitorizare și supraveghere, care acoperă diferite aspecte ale BNT și a factorilor lor de risc la nivel mondial. Principalele sisteme de indicatori care cuprind BNT sunt următoarele:

- cadrul global al OMS de monitorizare a BNT (73);
- lista globală de referință a 100 de indicatorii principali de sănătate a OMS (66), care cuprinde și indicatori privind BNT (vezi capitolul I);
- principalii indicatori de sănătate Europeni, inclusiv 28 de indicatori privind BNT (5) (vezi capitolul I);
- indicatorii de sănătate ai Republicii Moldova.

Cadrul global al OMS de monitorizare a BNT include 25 de indicatori pentru urmărirea progresului global cu privire la prevenirea și controlul BNT principale, cum ar fi bolile cardiovasculare, cancerul, bronhopneumopatiile obstructive cronice și diabetul și al factorilor lor de risc principali (*tabelul 16*) (73).

Cei 25 de indicatori ai Cadrului global al OMS de monitorizare a BNT sunt divizați în 3 domenii:

- indicatorii de mortalitate și morbiditate;
- indicatorii privind factorii de risc;
- indicatorii privind răspunsul sistemului național de sănătate.

Tabelul 16. Cadrul global al OMS de monitorizare a BNT (25 de indicatori)

Mortalitatea și morbiditatea	Factorii de risc	Răspunsul sistemului național de sănătate
- Probabilitatea necondiționată de deces la vârsta de 30-70 de ani din cauza bolilor cardiovasculare, cancerului, diabetului și a bronhopneumopatiilor obstructive cronice; - incidența cancerului în funcție de forma acestuia.	- Consumul nociv de alcool (3); - consumul redus de fructe și legume; - inactivitatea fizică (2); - consumul de sare; - consumul de grăsimi saturate; - consumul de tutun (2); - glucoza sanguină crescută / diabet; - tensiunea arterială crescută; - supragreutatea și obezitatea (2).	- Screeningul pentru cancerul de col uterin; - terapie medicamentoasă și consiliere; - medicamente și tehnologii esențiale pentru bolile netransmisibile; - vaccinarea împotriva hepatitei B; - vaccinarea împotriva papilomavirusului uman; - marketingul adresat copiilor; - accesul la îngrijiri paliative; - politicile de limitare a grăsimilor saturate și de eliminare virtuală a grăsimilor <i>trans</i>.

Notă. În paranteze este prezentat numărul total de indicatori de referință.

Sursa: (73)

4.6. Strategiile globale de prevenire și control al bolilor netransmisibile

Asambleea Generală a Națiunilor Unite a adoptat, în anul 2011, Declarația Politică a Întâlnirii la Nivel Înalt a Asambleii Generale cu privire la prevenirea și controlul BNT. Mai mult de 190 de țări au convenit, sub auspiciile OMS, asupra mecanismelor globale de reducere a poverii evitabile a BNT, inclusiv asupra *Planului global de acțiuni de prevenire și control al bolilor netransmisibile pentru anii 2013-2030* (63). Acest Plan are ca scop reducerea cu 25% a numărului de decese premature asociate cu BNT până în anul 2030 în comparație cu 2010. Pentru a măsura progresul, la nivel global au fost convenite 9 ținte voluntare (tabelul 17). Cele 9 ținte se focusează în parte pe abordarea factorilor de risc, cum ar fi consumul de tutun, consumul nociv de alcool, regimul alimentar nesănătos și inactivitatea fizică, care cresc riscul populației de a dezvolta BNT.

Tabelul 17. Nouă ținte voluntare globale cu privire la prevenirea și controlul BNT

Elementul cadrului	Ținta
<i>Mortalitatea și morbiditatea</i>	
Mortalitatea prematură provocată de bolile netransmisibile	1) Reducerea relativă cu 25% a mortalității generale din cauza bolilor cardiovasculare, cancerului, diabetului și a bronhopneumopatiilor obstructive cronice
<i>Factorii de risc comportamentali</i>	
Consumul nociv de alcool	2) Reducerea relativă cu cel puțin 10% a consumului nociv de alcool, corespunzător, în conformitate cu contextul național
Inactivitatea fizică	3) Reducerea relativă cu 10% a prevalenței activității fizice insuficiente

Elementul cadrului	Ținta
Consumul de sare / sodiu	4) Reducerea relativă cu 30% a consumului mediu de sare / sodiu la nivel populațional
Consumul de tutun	5) Reducerea relativă cu 30% a prevalenței consumului de tutun printre persoanele cu vârsta de 15+ ani
<i>Factorii de risc biologici / metabolici</i>	
Tensiunea arterială crescută	6) Reducerea relativă cu 25% a prevalenței tensiunii arteriale crescute, în conformitate cu contextul național
Diabetul și obezitatea	7) Stoparea creșterii diabetului și obezității
<i>Răspunsul sistemului național de sănătate</i>	
Terapie medicamentoasă pentru prevenirea infarctului miocardic și a accidentelor vasculare cerebrale	8) Cel puțin 50% dintre persoanele eligibile primesc terapie medicamentoasă și consiliere (inclusiv controlul glicemic) pentru a preveni infarctul miocardic și accidentele vasculare cerebrale
Medicamente esențiale pentru tratamentul bolilor netransmisibile și tehnologii de bază pentru tratamentul bolilor netransmisibile principale	9) O disponibilitate de 80% de tehnologii de bază și medicamente esențiale permisibile, inclusiv generice, necesare pentru tratamentul principalelor boli netransmisibile atât în instituțiile publice, cât și în cele private

Sursa: (63)

4.7. Programele naționale de prevenire și control al bolilor netransmisibile

Monitorizarea și supravegherea BNT și a factorilor lor de risc în Republica Moldova se efectuează prin colectarea de rutină a datelor cu privire la incidența și prevalența bolilor, dizabilitate și mortalitate, precum și prin studii periodice. Bolile netransmisibile constituie o povara considerabilă pentru Republica Moldova. Incidența și prevalența prin bolile cardiovasculare, cancer și diabet sunt crescute și au o tendință de creștere în ultimii zece ani, implicând costuri semnificative pentru societate.

Pentru a preveni și a controla cele patru BNT principale (bolile cardiovasculare, cancerul, diabetul și bronhopneumopatiile obstructive cronice) și factorii lor de risc principali, au fost adoptate mai multe programe naționale de prevenire și control. Realizarea acestora implică colaborarea multisectorială și intervenții de promovare a sănătății și de prevenție la toate cele trei nivele (primară, secundară și terțiară). Ministerul Sănătății este promotorul acestor intervenții, iar realizarea este efectuată prin programe naționale aprobate de către guvern. Actualmente se implementează următoarele programe naționale:

Programul național de prevenire și control al bolilor netransmisibile prioritare pentru anii 2023-2027 (10);

Programul național de prevenire și control al cancerului pentru anii 2016-2025 (8).

Ministerul Sănătății coordonează implementarea și monitorizarea realizării programelor la nivel național și asigură evaluarea lor periodică în vederea stabilirii gradului de atingere a ȋntelor și a altor obiective trasate.

Exerciții de recapitulare

1. Completați tabelul de mai jos cu exemple de intervenții la nivel individual și populațional pentru cele trei nivele de prevenție.

Boala	Nivelul intervenției	Prevenție primară	Prevenție secundară	Prevenție terțiară
Hipertensiunea arterială	Individual			
	Populațional			

2. Completați celulele goale și calculați sensibilitatea și specificitatea testului de screening pentru exemplul dat.

Rezultatele screeningului	Caracteristicile reale ale populației		Total
	Boala prezentă	Boala absentă	
Pozitivi	240		
Negativi		600	
Total	300	700	1000

3. Un test folosit pentru screeningul hepatitei B în populație are o sensibilitate de 96% și o specificitate de 98%. Numărul total al persoanelor care urmează a fi supuse screeningului pentru hepatita B este de 100.000. Prevalența adevărată a hepatitei B în populație este de 150 cazuri la 100.000 de locuitori.

- Completați tabelul de contingență 2x2.
- Calculați numărul celor adevărat pozitivi.
- Calculați numărul celor adevărat negativi.

4. Faceți cunoștință cu Programul național de prevenire și control al bolilor netransmisibile prioritare în Republica Moldova pentru anii 2023-2027

https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=136642&lang=ro

și răspundeți la următoarele întrebări:

- Care sunt țintele cu privire la prevenirea și controlul bolilor netransmisibile și al factorilor lor de risc stabilite în Programul dat?

- b) Cum se raportează aceste ținte la cele nouă ținte voluntare privind bolile netransmisibile ale OMS?
- c) Ce acțiuni sunt planificate spre implementare pentru realizarea țăintelor Programului?

Întrebări de recapitulare

1. Care sunt cele patru tipuri de boli netransmisibile principale?
2. Care sunt factorii de risc principali comuni pentru bolile netransmisibile?
3. Care sunt cei 4 factori de risc metabolici pentru bolile netransmisibile?
4. Ce înseamnă prevenție?
5. Care sunt cele trei nivele de prevenție?
6. Cine constituie populația-țintă în cazul prevenției primare?
7. Cine constituie populația-țintă în cazul prevenției secundare?
8. Cine constituie populația-țintă în cazul prevenției terțiare?
9. Care sunt cele două abordări ale OMS cu privire la prevenția primară? Numiți avantajele și dezavantajele fiecăreia.
10. Care este diferența dintre prevenția primară și cea secundară, cea secundară și cea terțiară?
11. Dați exemple de prevenție primară, prevenție secundară și prevenție terțiară.
12. Dați definiția și prezentați tipurile de screening.
13. Care sunt principiile de stabilire a unui program de screening?
14. Care sunt criteriile de evaluare a unui program de screening?
15. Ce înseamnă sensibilitatea și specificitatea unui test de screening și care este importanța lor practică?
16. Care este importanța valorii predictive pozitive și a valorii predictive negative?
17. Care sunt etapele tranziției epidemiologice și prin ce se caracterizează fiecare etapă?
18. Care sunt sistemele principale de indicatori de monitorizare a bolilor netransmisibile la nivel internațional și al Uniunii Europene?
19. Care sunt cele nouă ținte voluntare globale cu privire la prevenirea și controlul bolilor netransmisibile?

5. MANAGEMENTUL, ORGANIZAREA ȘI FUNCȚIONAREA SISTEMELOR DE SĂNĂTATE

5.1. Sistemul de sănătate

5.1.1. Concepte de bază

În ultimele decenii s-au înregistrat progrese științifice considerabile în ceea ce privește tratamentul și prevenirea bolilor. S-a lărgit și spectrul intervențiilor de prevenire și control disponibile pentru cele mai frecvente boli. Totuși aceste boli încă mai persistă, având adesea o prevalență și o incidență ridicate. Vom încerca să explorăm această enigmă din perspectiva **organizării, managementului și prestării serviciilor de sănătate**, care să fie accesibile pentru persoanele care au nevoi de ele. Prestarea serviciilor de sănătate este de obicei percepută din perspectiva „sistemului”. Sistemul de sănătate, ca și orice alt sistem, este un set de părți interconectate care trebuie să lucreze împreună pentru a fi eficiente.

În Raportul privind sănătatea în lume pentru anul 2000, OMS a definit **sistemul de sănătate** ca „fiind format din toate organizațiile, oamenii și instituțiile care produc acțiuni a căror scop principal este promovarea, restabilirea sau menținerea stării de sănătate” (57).

Conceptul sistemului de sănătate este unul mai amplu și diferă de cel al sistemului de îngrijiri medicale (*eng. health care system*). În Raportul privind sănătatea în lume pentru anul 2003, OMS a definit **sistemul de îngrijiri medicale** ca „referindu-se la instituțiile, oamenii și resursele implicate în prestarea de îngrijiri medicale persoanelor” (59).

Sistemul de sănătate include: servicii de sănătate formale, acțiuni ale tămăduitorilor tradiționali, utilizarea de medicamente, indiferent de faptul dacă acestea sunt prescrise de un prestator de servicii de sănătate sau nu, îngrijirea bolnavilor la domiciliu și educația pentru sănătate.

Granițele sistemului de sănătate se limitează la actorii și acțiunile a căror intenție principală este îmbunătățirea sănătății și care au un

efect direct asupra sănătății. Activitățile cu efect indirect asupra sănătății oamenilor nu sunt considerate ca părți ale sistemului sănătății (de exemplu, sistemul de învățământ general este în afara granițelor sistemului de sănătate).

Sistemele de sănătate au apărut la finele secolului al XIX-lea, dezvoltându-se în special după cel de-al Doilea Război Mondial. În 1946 a fost înființată Organizația Mondială a Sănătății. Eforturile sale de promovare a unor servicii de sănătate viabile și eficiente au culminat cu Declarația de la Alma Ata din 1978, care a susținut **conceptul și strategia îngrijirilor primare de sănătate** (*eng. primary health care*) ca mijloc de asigurare a **sănătății pentru toți și de acoperire universală cu servicii de sănătate**. Acestea au menirea să ofere tuturor rezidenților unei țări serviciile de sănătate de care aceștia au nevoie, fără a întâmpina bariere financiare.

Un sistem de sănătate reprezintă toate organizațiile, instituțiile și resursele, care împreună finanțează și oferă servicii de sănătate unei populații definite și al căror scop principal este îmbunătățirea sănătății. Sistemul de sănătate este și o chestiune importantă de sănătate publică.

Sistemul de sănătate este o **determinantă directă** semnificativă a sănătății. El poate reduce morbiditatea și mortalitatea prin BNT principale și contribui la eliminarea și prevenirea bolilor infecțioase.

Sistemele de sănătate au, de asemenea, **efecte indirecte** asupra sănătății, cum ar fi:

- crearea unui sentiment de securitate, siguranță și bunăstare în rândul persoanelor care au acces sigur și convenabil la servicii de sănătate de calitate înaltă;
- crearea unei piețe pentru bunuri și servicii;
- crearea locurilor de muncă;
- reducerea inechităților în materie de sănătate:
 - ✓ prin inițiative de îngrijire a sănătății și de sănătate publică care îmbunătățesc sănătatea;

- ✓ prin caracteristicile lor organizaționale, care afectează patternurile de utilizare a serviciilor în cadrul grupurilor sociale.

5.1.2. Caracteristicile sistemelor de sănătate

Sistemele de sănătate sunt sisteme deschise, fiind influențate de mulți factori externi. Deși diferă între ele, sistemele de sănătate împart caracteristici comune, cum ar fi complexitatea, influența mediului extern, pluralismul și evoluția dinamică.

Complexitatea sistemului de sănătate este determinată de:

- diversitatea sarcinilor în cadrul prestării serviciilor de sănătate;
- interdependența prestatorilor de servicii de sănătate;
- diversitatea pacienților, medicilor și a altui personal;
- numărul mare de relații dintre pacienți, îngrijitori, prestatori de servicii de sănătate, personalul de suport, administratori, membrii familiei și ai comunității;
- vulnerabilitatea pacienților;
- variații ale aspectului fizic al mediilor clinice;
- variabilitatea reglementărilor sau lipsa lor;
- implementarea de noi tehnologii;
- diversitatea traseelor de îngrijire și a instituțiilor implicate;
- specializarea sporită a profesioniștilor din domeniul sănătății, care pe de o parte permite o gamă mai largă de tratamente și servicii pentru pacienți, iar pe de altă parte comportă mai multe șanse ca lucrurile să meargă prost și să apară erori.

Mediul. Sistemele de sănătate sunt sisteme deschise influențate de factorii externi, printre care sărăcia, educația și infrastructura. Sistemul de sănătate este, de asemenea, influențat de mediul economic, politic, social, istoric și cultural, local și național, și este deschis influențelor internaționale și globale.

Pluralismul. Există o pluralitate de sisteme de sănătate în majoritatea țărilor.

Sistemele de sănătate sunt **dinamice** și evoluează în timp prin intermediul reformelor.

Un sistem de sănătate performant trebuie să corespundă următoarelor cerințe minime (57):

- să asigure *accesul* la servicii de calitate pentru nevoile de sănătate acute și cronice;
- să presteze *servicii eficiente de promovare a sănătății și prevenire a bolilor*;
- să asigure *un răspuns adecvat la amenințările noi* pe măsură ce acestea apar.

Starea precară a sistemelor de sănătate din multe țări este una dintre cele mai mari bariere privind accesul la îngrijirile de sănătate esențiale. Condițiile inechitabile de protecție socială sau creșterea costurilor din cauza utilizării ineficiente a resurselor se numără printre cauzele precarității sistemelor de sănătate.

5.1.3. Obiectivele și funcțiile sistemului de sănătate

Scopul unui sistem de sănătate este de a îmbunătăți sănătatea populației prin prestarea de servicii eficiente și de înaltă calitate într-un mod echitabil și care să răspundă nevoilor populației.

Potrivit OMS, un sistem de sănătate urmărește atingerea a **trei obiective generale** (*figura 21*) (57):

- îmbunătățirea sănătății populației;
- sensibilitatea la așteptările (legitime) nemedicale ale populației (centrarea pe oameni);
- echitatea contribuției financiare (protecția împotriva riscurilor financiare);

și a **două obiective transversale**:

- echitatea sistemului de sănătate;
- eficiența sistemului de sănătate.

Starea de sănătate a populației se măsoară cu ajutorul indicatorilor demografici, ai stării de sănătate, determinantelor sănătății, indicatorilor sistemului de sănătate și politicilor de sănătate, discutați în capitolele precedente.

Un sistem de sănătate **sensibil** la așteptările nemedicale ale populației și **centrat pe oameni** este unul care satisface atât nevoile de îngrijiri de sănătate ale populației, cât și așteptările nemedicale, cum ar fi:

- asigurarea acceptabilității serviciilor de sănătate;
- asigurarea respectului față de persoană, inclusiv a demnității, autonomiei și confidențialității;
- orientarea către client (satisfacția pacientului), inclusiv atenție promptă la nevoile de sănătate, condițiile și dotările de bază, acces la rețelele de sprijin social pentru persoanele beneficiare de îngrijiri și alegerea prestatorului de servicii de sănătate;
- implicarea utilizatorilor de servicii în luarea deciziilor.

Acest obiectiv reflectă produsul interacțiunilor nemedicale ale întregii populații cu sistemul, inclusiv încrederea în sistemul de sănătate și percepțiile asupra calității și accesului la îngrijiri de sănătate, și nu se concentrează doar pe experiența și/sau satisfacția pacientului, deși acestea sunt produse importante ale îngrijirii centrate pe pacient.

Protecția împotriva riscurilor financiare se măsoară în termeni de plăți directe sau **plăți din buzunar** (*eng. out-of-pocket, OOP*): plăți catastrofale și plăți care duc la sărăcie. *Plățile (cheltuielile) catastrofale* sunt plățile din buzunar pentru servicii de sănătate care depășesc un anumit prag (sau proporție) din cheltuielile totale ale gospodăriilor. *Plățile (cheltuielile) pentru sănătate care duc la sărăcie* sunt plățile din buzunar pentru serviciile de sănătate care împing gospodăria sub pragul sărăciei.

Echitatea sistemelor de sănătate se referă la diferențele și inechitățile între diferite grupuri de populație în atingerea obiectivelor sistemului de sănătate.

Eficiența sistemelor de sănătate se referă la modul de utilizare a resurselor pentru realizarea obiectivelor sistemului de sănătate. Creșterea eficienței unui sistem de sănătate îi permite sistemului să producă mai mult cu aceleași resurse.

Sistemul de sănătate are **patru funcții principale**: guvernanta (administrarea), generarea de resurse, finanțarea și prestarea serviciilor (figura 21).

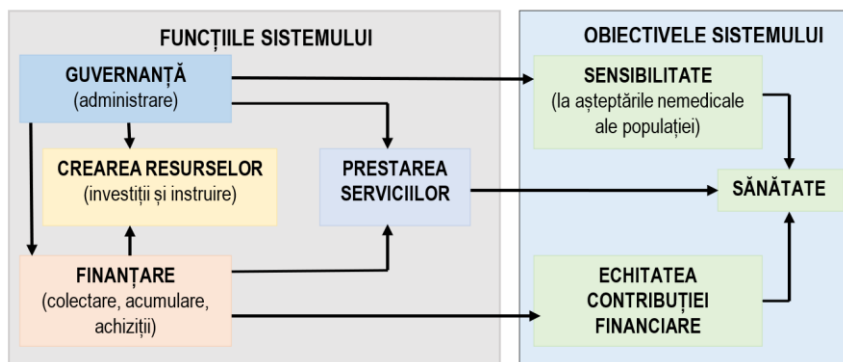


Figura 21. Legătura dintre funcțiile și obiectivele sistemului de sănătate

Sursa: (57)

Organizația Mondială a Sănătății a structurat cele patru funcții în șase elemente constitutive (piloni de bază) corespunzător funcțiilor, funcția *Crearea resurselor* cuprinzând trei elemente:

- guvernanta (administrarea);
- prestarea serviciilor;
- crearea resurselor cu cele 3 elemente:
 - ✓ resurse umane în sănătate;
 - ✓ sistemul informațional în domeniul sănătății;
 - ✓ produse, vaccinuri și tehnologii medicale;
- finanțarea.

5.2. Guvernanța

5.2.1. Definiție

Guvernanța (administrarea) se referă la rolul guvernului în domeniul sănătății și la relația sa cu alți actori ale căror activități au un anumit impact asupra sănătății. **Guvernanța sistemelor de sănătate** se referă la procesele, structurile și instituțiile existente pentru supravegherea și gestionarea sistemului de sănătate al unei țări.

Actualmente sistemele de sănătate se confruntă cu o multitudine de provocări, printre care:

- schimbări de ordin demografic, în special îmbătrânirea populației și migrația;
- modificări epidemiologice, cum ar fi creșterea frecvenței bolilor cronice și netransmisibile, precum și amenințarea mereu prezentă a izbucnirilor de boli infecțioase;
- schimbări economice, cum ar fi creșterea numărului locurilor de muncă cu fracțiuni de normă și în sectorul serviciilor și schimbări în dezvoltarea și prosperitatea diferitelor țări;
- schimbări politice, cum ar fi necesitatea respectării legislației Uniunii Europene;
- schimbări de ordin medical, cum ar fi noile tehnologii aparent interminabile, multe dintre ele foarte scumpe, și limitele resurselor umane;
- schimbări sociale, inclusiv schimbări în viziunea pacienților și a profesioniștilor asupra rolurilor lor.

Guvernanța sistemului de sănătate **modelează capacitatea** acestuia **de a răspunde** diverselor provocări cu care se confruntă sistemele de sănătate și de a produce servicii de sănătate echitabile, durabile și de calitate.

5.2.2. Componentele guvernantei

Se disting următoarele componente ale guvernantei:

- politică și viziune;
- colaborare și formare de coaliții;
- informații (*eng. information and intelligence*) și supraveghere;
- legislație și reglementări.

Componenta **Politică și viziune** se referă la capabilitatea și capacitatea guvernantei de:

- asigurare a unei viziuni strategice pentru sectorul sănătății, articulată clar într-un set de politici publice, legi și/sau linii directe și, pentru care guvernele sunt responsabile;
- definire a obiectivelor, direcțiilor și priorităților de cheltuieli între servicii;
- identificare a rolurilor actorilor publici, privați și voluntari și a rolului societății civile.

Colaborarea și formarea de coaliții. Implicarea părților interesate în politica publică de sănătate și luarea deciziilor este o dimensiune critică a funcției de guvernare. Prin urmare, această subfuncție se referă la implicarea și contribuția principalelor părți interesate, cum ar fi mediul academic, prestatorii de servicii de sănătate, societatea civilă, comunitățile vulnerabile și marginalizate și publicul general în luarea deciziilor privind politica de sănătate. Contribuția „vocii părților interesate” conduce la adoptarea de politici publice centrate pe oameni, care reflectă nevoile populației și fac guvernul mai responsabil.

Colaborarea și formarea de coaliții între sectoarele guvernamentale și cu actori din afara guvernului, inclusiv societatea civilă este importantă pentru:

- a influența proactiv politicile publice din alte sectoare care afectează sănătatea, acțiunile asupra determinantelor principale ale sănătății și accesul la serviciile de sănătate;
- a genera sprijin pentru politicile publice de sănătate;
- a menține conectate diverse părți.

Componenta **Informații** (eng. *Information and Intelligence*) prevede colectarea, analiza și utilizarea informațiilor cu privire la:

- tendințele și diferențele cu privire la intrări (inputuri), accesul la serviciile de sănătate, acoperirea cu servicii și siguranța lor;
- sensibilitatea, protecția financiară și rezultatele în materie de sănătate (starea de sănătate), în special pentru grupurile vulnerabile;
- efectele politicilor publice și reformelor;
- mediului politic și oportunitățile de acțiune;
- opțiunile de politici.

Colectarea și utilizarea informațiilor este esențială pentru a îmbunătăți serviciile de sănătate și performanța sistemului de sănătate. Această subfuncție se concentrează pe cultura managerială și voința politică, necesare pentru a susține un mediu în care generarea și utilizarea dovezilor este o normă, schimbările din cadrul sistemului de sănătate și efectele lor asupra performanței sistemelor sunt monitorizate, învățate în mod constant și asupra cărora se acționează. Un sistem informațional performant și accesibil părților interesate este esențial pentru realizarea acestor obiective.

Componenta **Legislație și reglementări** cuprinde elaborarea de acte normative (legi, reglementări) și stimulente, și asigurarea punerii echitabile în aplicare a acestora.

5.2.3. Actorii guvernancei în domeniul sănătății

Se disting trei categorii de **actori principali** care determină cadrul guvernancei sistemului de sănătate: statul, prestatorii de servicii de sănătate și cetățenii sau populația.

Prin **stat** se au în vedere politicienii și factorii de decizie din instituțiile guvernamentale de la nivelul central / național și cel local. Cea de-a doua categorie o reprezintă **prestatorii de servicii de sănătate**, care pot fi publici sau privați, clinicieni sau non-clinicieni, para-medici,

asociații profesionale sau rețele de îngrijiri sau de servicii. Categoria **cetățenii** include utilizatorii serviciilor de sănătate, cum ar fi populația în general, asociațiile de pacienți, ONG-urile etc. (vezi exemple pentru Republica Moldova în *tabelul 18*).

Tabelul 18. Actorii guvernancei în sănătate

Statul: politicienii și factorii de decizie	Prestatorii de servicii de sănătate	Cetățenii
Parlamentul și comisiile parlamentare	Instituțiile medico-sanitare publice și private	Grupurile comunitare
Ministerul sănătății	Medicii și asociațiile lor	Grupurile de sprijin HIV/SIDA, TB
Ministerul finanțelor	Asistentele medicale și alți lucrători în domeniul sănătății și asociațiile lor	Organizațiile de pledoarie
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Producătorii și furnizorii de produse farmaceutice	Câinii de pază (<i>eng. watchdogs</i>) ai societății civile
Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	USMF „Nicolae Testemițanu”, colegiile de medicină	Organizațiile pentru drepturile omului
Agencia Națională pentru Sănătate Publică	Lucrătorii comunitari în domeniul sănătății	Partidele politice
Centrul pentru achiziții publice centralizate în sănătate	Companii de asigurări private	ONG-urile de servicii juridice
Centrul Național Anticorupție		
Instanțele judecătorești		
Sindicatul lucrătorilor medicali		

Relațiile dintre actorii sistemului de sănătate. Fiecare dintre cele trei categorii de actori are anumite responsabilități, iar între ele există relații de interdependență (*figura 22*). Astfel, **statul** stabilește obiectivele în domeniul sănătății, standardele și procedurile de prestare a serviciilor de sănătate, oferă resursele și sprijinul necesar prestatorilor de servicii de sănătate și asigură supravegherea acestora.

Prestatorii, la rândul lor, raportează statului (pentru responsabilitate), furnizând date și informații, care sunt utilizate pentru elaborarea politicilor publice bazate pe dovezi. Prestatorii pot face lobby pentru anumite servicii.

Cetățenii își exprimă nevoile, preferințele și cerințele pentru servicii de sănătate către stat, iar statul trebuie să fie sensibil la nevoile, preferințele și solicitările cetățenilor.

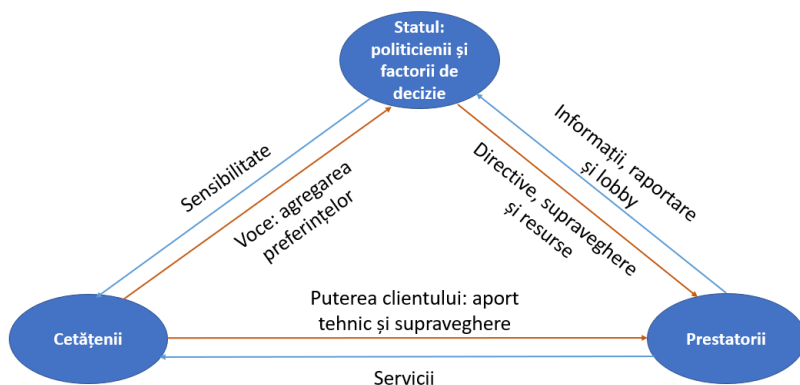


Figura 22. Cadrul guvernantei în sănătate

5.2.4. Principiile guvernantei

Se disting cinci principii ale guvernantei: responsabilitatea, transparența, participarea, integritatea și capacitatea.

Prin **responsabilitate** se au în vedere mecanismele formale prin care fiecare actor care acționează poartă răspundere pentru acțiunile sale față de ceilalți actori și, pornind de la rezultatul acestor acțiuni de care este responsabil, acesta poate fi recompensat sau pedepsit. Din perspectiva pacienților se au în vedere mecanismele formale prin care pacienții pot responsabiliza actorii principali cu privire la accesul la servicii de calitate, satisfacție și finanțare echitabilă.

În cadrul unei guvernante **transparente**, instituțiile aprobă decizii clare și informează publicul despre motive și factorii de decizie.

Participarea înseamnă asigurarea faptului, că persoanele care sunt afectate de deciziile propuse, își pot exprima poziția asupra acestora într-un mod care să garanteze că cel puțin sunt auzite.

Prin **integritate** se are în vedere definirea clară a rolurilor și responsabilităților și procese clare de relaționare a acestora.

Capacitatea reprezintă capacitatea guvernantei de a dezvolta politici publice de sănătate care să fie aliniate cu resursele pentru atingerea obiectivelor stabilite.

5.3. Generarea resurselor

Generarea resurselor este funcția care asigură toate **intrările** necesare pentru funcționarea sistemului de sănătate. Această funcție înseamnă producerea, procurarea și punerea la dispoziție a tuturor resurselor necesare la locul și în momentul potrivit. Generarea resurselor face posibilă prestarea serviciilor de sănătate și influențează obiectivele intermediare și performanța generală a sistemului de sănătate.

Funcția dată conține trei elemente constitutive:

- resursele umane în domeniul sănătății, infrastructura și echipamentele medicale;
- sistemul informațional în domeniul sănătății;
- produsele farmaceutice și alte consumabile.

5.3.1. Resursele umane și resursele fizice (infrastructura și echipamentele medicale)

Conform OMS, **lucrători în domeniul sănătății** se consideră toate persoanele implicate în acțiuni a căror intenție principală este de a proteja și îmbunătăți starea de sănătate a populației. Forța de muncă din domeniul sănătății este formată din prestatorii de servicii de sănătate, managerii din domeniul sănătății și lucrătorii de sprijin. Aceasta include atât resursele umane din sectorul public, cât și cel

privat, lucrătorii plătiți și cei neplătiți, personalul profesionist și cel laic (pacientul și comunitatea sunt părți legitime ale îngrijirilor de sănătate).

Trei factori principali determină performanța resurselor umane în domeniul sănătății: producția, distribuția și retenția resurselor umane în sănătate.

Sistemele de sănătate se confruntă cu multiple provocări referitor la resursele umane. Printre acestea se numără insuficiența de personal și solicitările suplimentare față de resursele umane din domeniul sănătății cauzate de: creșterea complexității și a costurilor sistemelor de sănătate; confruntarea cu pacienți cronici, mult mai diverși din punct de vedere social; munca în echipă, pe care o solicită managementul pacienților, și creșterea explozivă a cunoștințelor și tehnologiilor.

Pentru abordarea acestor probleme pot fi utilizate strategii, precum recrutarea lucrătorilor în domeniul sănătății, crearea de personal medical de nivel mediu, utilizarea lucrătorilor sanitari comunitari și modificarea programelor de pregătire a medicilor și asistenților medicali.

Infrastructura și echipamentele medicale sunt resursele fizice necesare pentru a presta servicii de sănătate eficiente și eficace. Componentele principale ale infrastructurii sanitare sunt: clădirile și echipamentele (infrastructură fizică); utilitățile și sistemele de alimentare cu apă și energie electrică necesare pentru buna funcționare a instalațiilor și echipamentelor; sistemele de eliminare a deșeurilor medicale; infrastructura tehnologiei informației și comunicațiilor și infrastructura de transport / logistică. *Echipamentele medicale* reprezintă articole, instrumente, aparate sau mașini care sunt utilizate pentru prevenirea, diagnosticarea sau tratamentul bolii sau pentru detectarea, măsurarea, restaurarea, corectarea sau modificarea structurii sau funcției organismului în scop de sănătate.

5.3.2. Sistemul informațional în sănătate

Informațiile sigure și fiabile stau la baza luării deciziilor cu privire la toate elementele constitutive ale sistemului de sănătate. Ele sunt esențiale pentru: guvernanta (dezvoltarea și implementarea politicilor publice de sănătate, reglementare); cercetare în domeniul sănătății; dezvoltarea resurselor umane, educație și formare în sănătate; prestarea serviciilor și finanțare.

Sistemul informațional în domeniul sănătății (*eng. Health Information Systems - HIS*) este unul din elementele constitutive ale sistemului de sănătate și cuprinde două OESP (supravegherea și monitorizarea stării de sănătate). El este utilizat pentru a colecta, standardiza și codifica datele, prelucra, raporta, gestiona și utiliza informații relevante privind îmbunătățirea eficienței și eficacității serviciilor de sănătate printr-un management mai bun la toate nivelurile serviciilor de sănătate.

Sistemul informațional în sănătate are trei atribute principale:

- **Generarea de date la nivel individual, instituțional și populațional** din surse multiple: platforme de supraveghere a sănătății publice, fișe medicale și alte înregistrări medicale, date de înregistrare civilă, studii în gospodării, recensăminte, date privind acoperirea cu servicii de sănătate și date privind resursele sistemului de sănătate (de exemplu, resurse umane, infrastructura de sănătate și finanțare).
- **Capacitatea de a detecta, investiga, comunica și controla** (*eng. contain*) evenimentele care amenință securitatea sănătății publice în locul unde acestea apar și de îndată ce acestea apar.
- **Capacitatea de a sintetiza informații** și de a promova cererea și oferta (disponibilitatea) și utilizarea datelor în managementul clinic și al sănătății publice, finanțare, planificare și implementare.

Sistemul informațional în domeniul sănătății oferă o bază solidă pentru procesul decizional și constă din patru componente:

- generarea de date (colectarea datelor);
- compilarea datelor;
- analiza și sinteza (prelucrarea datelor);
- comunicarea (raportarea) și utilizarea.

Sistemul informațional în sănătate colectează date din sectorul sănătății și din alte sectoare relevante, analizează datele și asigură calitatea, relevanța și actualitatea indicatorilor statistici și transformă datele în informații pentru a sprijini procesul decizional în domeniul sănătății.

Sistemul informațional în domeniul sănătății este esențial pentru:

- monitorizare și evaluare;
- alertă și avertizare timpurie;
- managementul pacienților și al instituțiilor medico-sanitare;
- planificare;
- sprijinirea și stimularea cercetării, permițând analiza situației și a tendințelor privind starea de sănătate;
- sprijinirea raportării și comunicării despre provocările de sănătate către diverși utilizatori.

Astfel, informațiile trebuie să fie disponibile în formate care să răspundă nevoilor diversilor utilizatori, cum ar fi factori de decizie, planificatori, manageri, prestatori de servicii de sănătate, comunități și persoane. Prin urmare, diseminarea și comunicarea sunt atribute esențiale ale sistemului informațional în domeniul sănătății.

5.3.3. Produse farmaceutice, vaccinuri și alte consumabile

Produsele farmaceutice, vaccinurile și alte consumabile reprezintă principalele inputuri care trebuie să vină simultan, în combinație potrivită, la locul potrivit și în momentul potrivit în cadrul funcției de prestare a serviciilor, susținută de guvernanță și finanțare.

Această componentă se concentrează pe procesele de fabricație și de achiziție, necesare pentru a asigura disponibilitatea continuă a produselor date și consumabilelor. Produsele farmaceutice trebuie să fie sigure, eficiente și de bună calitate și fie prescrise și utilizate în mod rațional.

Disponibilitatea produselor farmaceutice este un element fundamental al îngrijirilor de sănătate de calitate în cadrul drepturilor omului. Creșterea disponibilității medicamentelor este esențială pentru a reduce povara bolii și inegalitățile în materie de sănătate.

ODD 3b3 „Proporția instituțiilor medico-sanitare care dispun de un set de bază de medicamente esențiale relevante disponibile și accesibile în mod durabil” evidențiază legătura dintre disponibilitatea medicamentelor, accesibilitatea acestora, precum și existența unui set de bază de medicamente esențiale relevante (13). Prin **medicamente esențiale** se au în vedere cele mai eficiente, sigure și cost-eficace medicamente pentru bolile prioritare. În Republica Moldova, lista națională a medicamentelor esențiale a fost aprobată prin ordinul ministrului sănătății nr. 1033 din 11 noiembrie 2021 (26).

5.4. Finanțarea sistemelor de sănătate

5.4.1. Contextul cheltuielilor pentru sănătate

Sistemele de sănătate au nevoie de resurse financiare pentru a-și realiza obiectivele. Finanțarea este esențială pentru realizarea celorlalte funcții ale sistemului de sănătate: guvernanță, generarea de resurse și acoperirea universală cu servicii de sănătate.

Finanțarea sistemelor de sănătate afectează disponibilitatea, accesibilitatea și solvabilitatea serviciilor de sănătate. Capacitatea unei țări de a atinge obiectivele în domeniul finanțării sistemului de sănătate este influențată de factori externi, în special de contextul fiscal.

Contextul fiscal se referă la capacitatea actuală și viitoare a guvernului de a cheltui. Unul dintre indicatorii contextului fiscal actual este raportul dintre cheltuielile publice, inclusiv cheltuielile pentru

sănătate, și produsul intern brut (PIB). Capacitatea fiscală este afectată de mai mulți factori, printre care factorii demografici (de exemplu, raportul de dependență) și eficacitatea sistemului fiscal ca atare (de exemplu, capacitatea de impunere a conformității cu legislația, de colectare a veniturilor).

Guvernul își desfășoară activitatea în limitele sale bugetare. Cheltuielile guvernului nu pot acoperi toate nevoile societății, și nici toate nevoile sistemului de sănătate. Astfel, suma pe care guvernul o cheltuiește pentru sănătate depinde de contextul său fiscal general și de deciziile cu privire la priorități.

Prin cheltuieli pentru sănătate se au în vedere cheltuielile din toate sursele pentru întregul sistem de sănătate, indiferent de prestatorul de servicii. Alocarea resurselor financiare implică un proces abil de planificare pentru a echilibra cheltuielile pe diferite componente ale sistemului și pentru a asigura echitatea între unități administrativ-teritoriale și diferitele grupuri socio-economice.

Cheltuielile curente pentru sănătate măsoară consumul anual final de bunuri și servicii de sănătate, inclusiv îngrijiri personale de sănătate (de exemplu, de tratament, de recuperare, îngrijiri pe termen lung, servicii auxiliare și bunuri medicale) și servicii colective prestate la nivelul populației (de exemplu, servicii de prevenție și alte servicii de sănătate publică) și de administrare a sănătății.

Cheltuielile curente pentru sănătate și investițiile de capital în infrastructura sănătății (clădiri, utilaje, tehnologii informaționale) formează **cheltuielile totale de sănătate**.

Pentru a compara nivelurile de cheltuieli între țări sau evoluția cheltuielilor într-o țară, de obicei, se folosesc următorii indicatori:

- cheltuielile curente pentru sănătate ca pondere (%) din PIB;
- cheltuielile curente pentru sănătate pe cap de locuitor în dolari SUA (ajustate pentru a ține cont de puterea de

cumpărare diferită a monedelor naționale, pentru a compara nivelurile de cheltuieli).

SUA este țara cu cele mai mari cheltuieli curente pentru sănătate, atât pe cap de locuitor, cât și ca pondere din PIB, urmată de țările din Europa de Vest.

Cheltuielile pentru sănătate, fie pe cap de locuitor, fie ca pondere din PIB nu reflectă eficiența utilizării resurselor. Totuși, indiferent de eficiența alocării resurselor financiare, în țările care cheltuiesc mai puțin de 4% din PIB pentru sănătate, serviciile de sănătate sunt slab dezvoltate. Țările care cheltuiesc între 4 și 5% din PIB pot tinde spre o acoperire universală cu servicii de sănătate, dar adesea reușesc acest lucru prin salarizarea neadecvată a personalului, echipamente inadecvate și împrăștierea resurselor limitate. Țările care cheltuiesc între 8 și 16% din PIB pentru servicii de sănătate plasează îngrijirile de sănătate printre prioritățile vitale ale societăților lor.

Consolidarea finanțării sănătății este unul dintre obiectivele Obiectivului de Dezvoltare Durabilă 3 (ținta ODD 3.c). Nivelurile și tendințele datelor privind cheltuielile de sănătate identifică probleme cheie, cum ar fi punctele slabe și punctele forte și domeniile care necesită investiții, de exemplu unități sanitare suplimentare, sisteme informaționale în sănătate mai bune sau resurse umane mai bine pregătite. Finanțarea sănătății este, de asemenea, esențială pentru atingerea acoperirii universale cu servicii de sănătate (accesul tuturor persoanelor la servicii de sănătate de calitate de care acestea au nevoie fără a suporta dificultăți financiare) (ODD 3.8). Datele privind cheltuielile din buzunar sunt un indicator de bază în ceea ce privește protecția financiară și, prin urmare, progresul către acoperirea universală cu servicii de sănătate.

În Republica Moldova, se atestă o tendință generală de creștere a cheltuielilor pentru sănătate, \$ SUA per capita, cu excepția a.a. 2015-2016, când s-a atestat o scădere. Ponderea cheltuielilor ca procent din PIB are, însă, o tendință de scădere, situându-se între 6 și 7% (*figura 23*) (70).

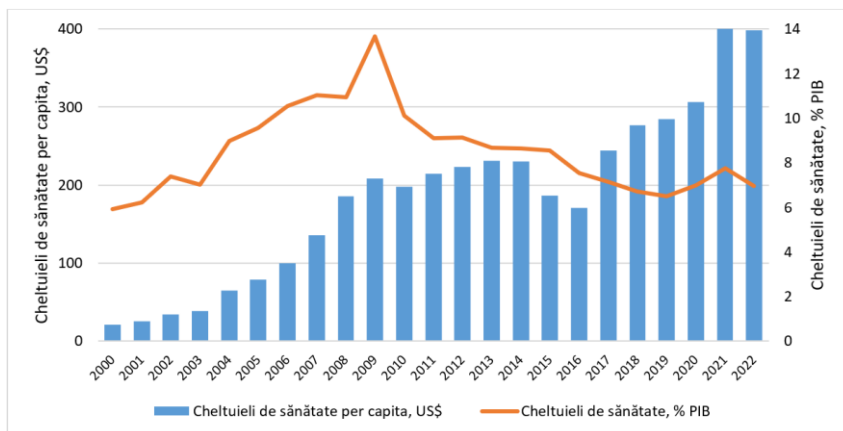


Figura 23. Cheltuieli pentru sănătate în Republica Moldova, % din PIB și \$ SUA per capita, 2000-2022

Sursa: WHO Global Health Expenditure Database, 2024 (70).

5.4.2. Componentele finanțării sistemului de sănătate

Finanțarea în domeniul sănătății este formată din următoarele componente (figura 24):

- colectarea veniturilor;
- acumularea resurselor (fondurilor);
- achiziționarea serviciilor.

Finanțarea include, de asemenea, politici referitoare la acoperirea cu servicii, pachetul de beneficii (în Republica Moldova – Programul Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală) și de partajare a costurilor (taxe de utilizator). Modul în care fiecare dintre aceste componente și politici este realizată sau aplicată poate influența semnificativ asupra realizării obiectivelor politicii de finanțare în domeniul sănătății. Obiectivele politicii de finanțare în domeniul sănătății a Republicii Moldova sunt: acoperire universală; solidaritate în finanțare; echitate privind accesul; prestarea de îngrijiri medicale de înaltă calitate.

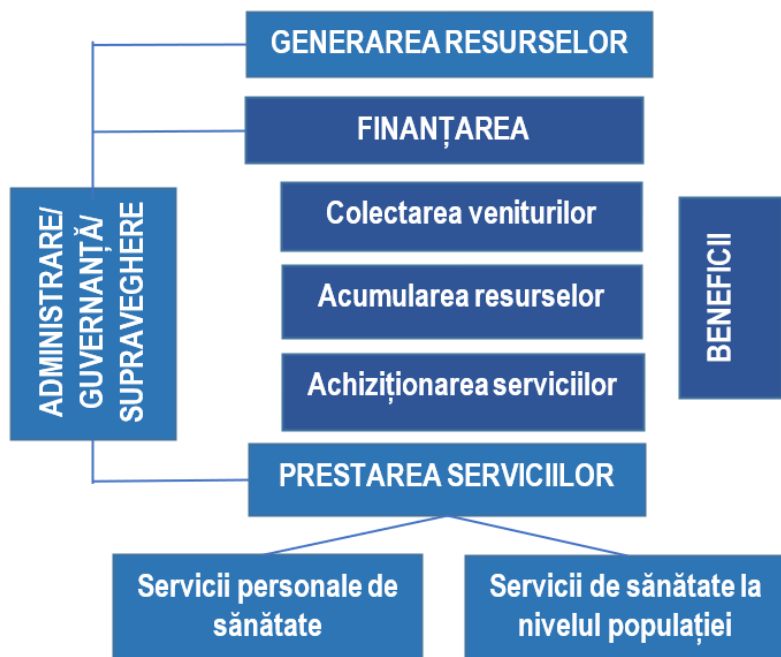


Figura 24. Subfuncțiile finanțării în domeniul sănătății

5.4.2.A. Colectarea veniturilor

Colectarea veniturilor reprezintă modul în care sistemele de sănătate colectează bani de la persoane, gospodării, întreprinderi și alte surse externe.

Procesul de colectare a veniturilor implică următoarele trei elemente: sursele de finanțare, mecanismele de colectare a veniturilor (mecanismele de contribuție) și organizațiile responsabile de colectarea veniturilor (*tabelul 19*).

Tabelul 19. Procesul de colectare a veniturilor

Surse de finanțare	Mecanisme de colectare	Instituții responsabile de colectarea veniturilor
- Persoane fizice, gospodării și angajați. - Întreprinderi și angajatori. - ONG-uri. - Guverne externe și agenții multilaterale (donatori).	Publice - Impozite directe și indirecte. - Contribuții obligatorii de asigurări sociale de sănătate. Private - Asigurări private de sănătate. - Plățile din buzunar (plăți directe sau partajarea costurilor / taxe de utilizator).	- Guvernul, la nivel central sau local. - Organism public independent sau agenție de securitate socială. - Fonduri de asigurări publice sau fonduri de asigurări private non-profit sau cu profit.

Sursele de finanțare. Persoanele fizice și întreprinderile sunt sursele principale de finanțare a serviciilor de sănătate, deși unele fonduri pot fi canalizate prin organizații neguvernamentale și agenții multilaterale, cum ar fi Banca Mondială și donatorii externi.

Mecanismele de colectare. În funcție de sursele de finanțare a serviciilor de sănătate, se disting sisteme de sănătate finanțate din fonduri publice și sisteme de sănătate finanțate din fonduri private.

Colectarea veniturilor se realizează prin patru mecanisme principale de contribuție financiară (*figura 25*):

- impozitare (directă și indirectă);
- contribuții obligatorii de asigurări sociale de sănătate;
- prime de asigurare voluntară (asigurări private de sănătate);
- plățile din buzunar.

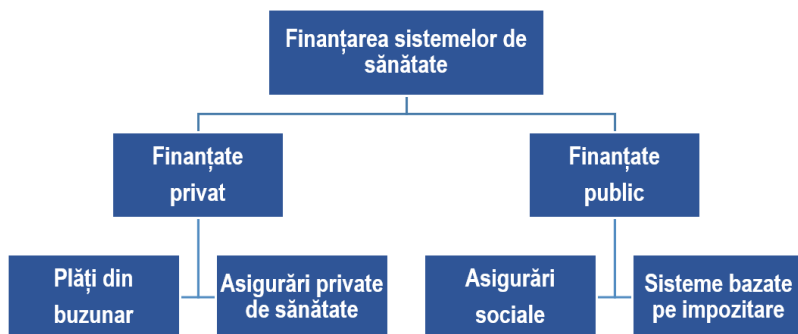


Figura 25. Finanțarea sistemelor de sănătate

Impozitarea directă și impozitarea indirectă

Impozitele directe sunt percepute de la persoanele fizice, gospodării sau întreprinderi (de exemplu, impozitul pe venit, impozitul imobiliar, impozitul pe profit). Impozitele directe, bazate pe venit, sunt **progresive**, deoarece populația cea mai înstărită contribuie cu o parte mai mare din venitul ei decât cea mai săracă. În țările cu venituri mici, opțiunea bazată pe impozitare poate fi imposibilă.

Impozitele indirecte sunt impozite percepute pentru consumul de bunuri și mărfuri ((de exemplu, taxa pe valoarea adăugată (TVA), impozitul pe vânzările de bunuri, taxele de export și de import)). Impozitele indirecte sunt **regresive**, deoarece cei înstăriți plătesc o parte relativ mai mică din venitul lor decât cei săraci. Însă, impozitarea mărfurilor dăunătoare (de exemplu, a tutunului, alcoolului, băuturilor răcoritoare cu adaos de zahăr) poate reduce consumul și poate îmbunătăți sănătatea.

În țările finanțate predominant prin impozitare la nivel central (de exemplu, Marea Britanie, Irlanda, Portugalia), agenția responsabilă cu colectarea impozitelor transferă veniturile către ministerul finanțelor, care la rândul său alocă fonduri pentru serviciile de sănătate ministerului sănătății. Așadar, mărimea bugetului depinde de considerentele politice și de capacitatea de negociere a ministerului sănătății cu ministerul finanțelor.

Asigurările sociale de sănătate

Contribuțiile de asigurări sociale de sănătate sunt, de regulă, obligatorii și partajate între angajat și angajator. De obicei, acestea sunt stabilite ca o proporție fixă din venitul salarial. De exemplu, dacă contribuția totală la asigurările sociale este de 9%, aceasta poate fi alcătuită dintr-o contribuție de 4,5% din partea angajatului și o contribuție de 4,5% din partea angajatorului (cum este la moment în Republica Moldova).

Agentul de colectare poate varia în funcție de țară, de la un singur fond național de asigurări (cum ar fi în Republica Moldova) la sucursale locale ale fondului național (de exemplu, în România) și la fonduri independente mai mici (de exemplu, în Franța).

Asigurările private de sănătate

Asigurările private de sănătate sunt definite ca un set de servicii de sănătate finanțate de către o terță parte prin plăți private, numite *prime*, care nu au legătură cu veniturile. Înrolarea în asigurările private de sănătate este *voluntară*. Asigurările private de sănătate sunt unul din mecanismele principale de finanțare în domeniul sănătății, dar în practică joacă un rol limitat în majoritatea țărilor.

Plățile din buzunar

Plăți din buzunar sunt plățile efectuate de către o persoană direct către prestatorul de servicii de sănătate în momentul utilizării serviciului. Se disting următoarele forme de plăți din buzunar (*eng. out-of-pocket payments, OOP*):

- plățile directe pentru serviciile neacoperite de pachetul de beneficii statutare (plăți formale);
- partajarea costurilor (taxe de utilizator) pentru serviciile acoperite de pachetul de beneficii;
- plățile directe informale.

Plățile din buzunar fac parte din peisajul finanțării în domeniul sănătății din toate țările. Ele se bazează pe plățile utilizatorilor și co-plăți

pentru a mobiliza veniturile, a raționaliza utilizarea serviciilor de sănătate, a limita costurile sistemului de sănătate sau a îmbunătăți eficiența sistemului de sănătate și calitatea serviciilor.

Plățile directe nereglementate constituie adesea o barieră majoră de acces la îngrijirile de sănătate necesare și contribuie la plăți din buzunar ridicate, generând probleme de protecție financiară.

Printre dezavantajele plăților din buzunar se numără:

- costisitoare, prezentând dificultăți financiare pentru gospodării;
- nevoi nesatisfăcute din cauza barierelor financiare în vederea accesării serviciilor de sănătate;
- continuitate redusă a îngrijirilor.

5.4.2.B. Acumularea resurselor

Acumularea se referă la acumularea veniturilor sau a fondurilor preplătite de la populație. Acumularea și gestionarea veniturilor permit membrilor grupului populațional să împartă riscurile colective pentru sănătate, protejând membrii individuali ai grupului de cheltuieli mari, imprevizibile pentru sănătate. Plata anticipată permite membrilor grupului să plătească în avans **costurile medii așteptate**, îi scutește de incertitudine și asigură compensarea în cazul producerii unei pierderi.

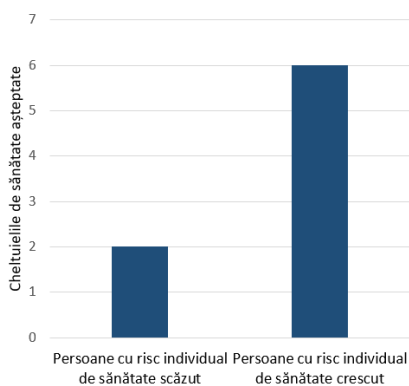


Figura 26. Cheltuielile pentru sănătate fără acumularea riscului

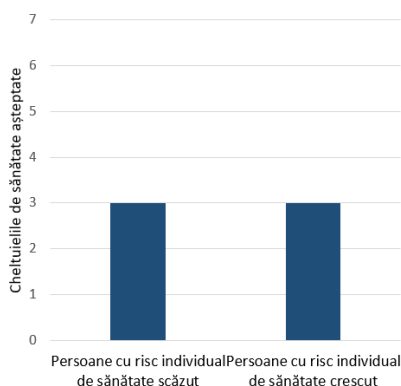


Figura 27. Cheltuielile pentru sănătate cu acumularea riscului

Acumularea împreună cu plata în avans permite stabilirea asigurărilor și redistribuirea cheltuielilor pentru sănătate între persoanele cu un risc de sănătate crescut și cele cu risc scăzut și între persoanele cu venituri mari și cele cu venituri mici (*figura 26, figura 27*).

5.4.2.C. Achiziționarea și prestarea serviciilor de sănătate

Plata pentru serviciile de sănătate poate fi făcută prin două modalități de bază: plățile din buzunar, cea mai simplă și mai timpurie formă de tranzacție între pacient și prestatorul de servicii și plățile către terți, prestatorii sunt plătiți de către o companie de asigurări sau de guvern.

În majoritatea țărilor, oamenii aleg să finanțeze serviciile de sănătate prin plăți către o terță parte, care are rolul de achizitor (*figura 28*). Motivele unei asemenea alegeri sunt costurile ridicate ale serviciilor de sănătate și echitatea. Partea terță poate fi un organism public sau privat.

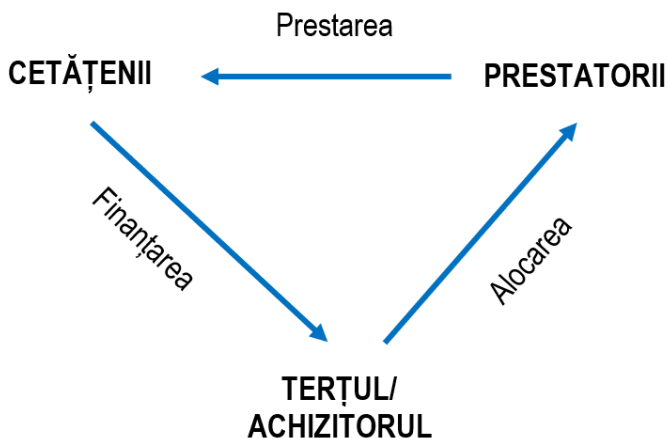


Figura 28. Triunghiul îngrijirilor de sănătate

Sursa: adaptat după Reinhardt, 1990 (21).

Achiziționarea serviciilor se referă la transferul, în numele populației, a resurselor acumulate către prestatorii de servicii,

permițând astfel persoanelor „să fie acoperite cu servicii de sănătate”. Modul de achiziționare a serviciilor de sănătate este esențial pentru prestarea serviciilor, asigurarea eficienței și calității îngrijirilor. Achiziționarea implică trei seturi de decizii:

- identificarea intervențiilor sau a serviciilor de sănătate care urmează să fie achiziționate, ținând cont de nevoile populației, prioritățile naționale de sănătate și cost-eficacitate;
- alegerea prestatorilor de servicii pe baza unor criterii precum calitatea serviciilor, eficiența și echitatea;
- determinarea modului în care vor fi achiziționate serviciile, inclusiv aranjamentele contractuale și mecanismele de plată (achitare) a prestatorilor.

Fondurile de asigurări de sănătate sau guvernul (achizitorul) sunt responsabile pentru achiziționarea serviciilor de sănătate de la prestatorii publici sau privați. Relația dintre achizitor și prestator este în mod tradițional una contractuală. În Republica Moldova, Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) achiziționează servicii de sănătate de la prestatori (publici și privați) în bază contractuală, stabilind termenele și agreând condițiile (27).

Achiziționarea nu trebuie confundată cu cumpărarea, care se referă în general doar la cumpărarea de medicamente și alte consumabile medicale.

Politicile de acoperire determină categoriile persoanelor acoperite (cine), spectrul serviciilor și al bunurilor (pentru ce) care vor fi plătite din veniturile acumulate și orice restricții sau condiții de acces. Toate țările limitează drepturile la serviciile de sănătate într-un fel sau altul. Deciziile privind politica de acoperire determină specificul modului în care beneficiile sunt raționale și influențează astfel performanța sistemului de sănătate și progresul către obiectivele acoperirii universale cu servicii de sănătate. Unii pot considera politicile de acoperire ca parte a achiziției, deoarece reflectă decizii cu privire la

drepturile la servicii de sănătate, dar aceste decizii nu se iau de achizitor, ci de Ministerul Sănătății, care este direct responsabil față de cetățeni și care poate fi mai puțin preocupat de implicațiile costurilor.

Pentru a ilustra legăturile inextricabile dintre finanțare și politica de acoperire, cubul de acoperire (*figura 29*) descompune acoperirea cu servicii de sănătate în trei dimensiuni: acoperirea populației (lățimea), tipul și numărul serviciilor acoperite (adâncimea) și protecția financiară sau proporția din costurile totale ale serviciilor de sănătate care sunt finanțate din fonduri publice (înălțimea), cu caseta galbenă reprezentând fondurile comune (50). Performanța sistemului de sănătate reflectă în cele din urmă nenumărate opțiuni de politică de acoperire în cadrul acestor dimensiuni, iar acestea sunt strâns legate de alte aspecte ale funcției de finanțare și depind de acestea.

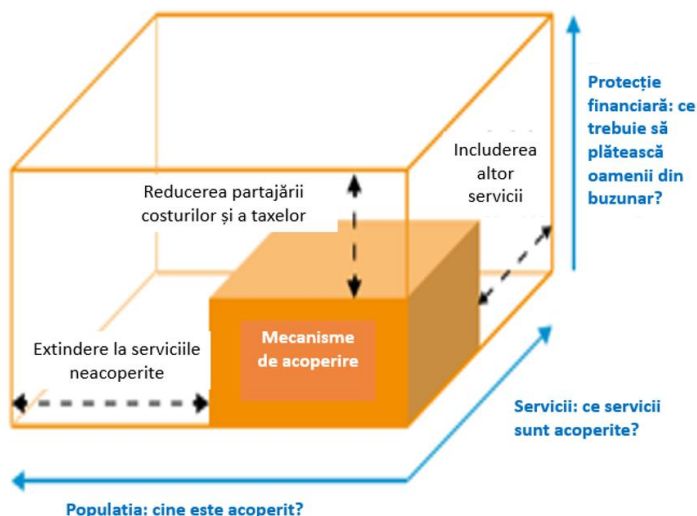


Figura 29. Cubul acoperirii universale cu servicii de sănătate

Sursa: (50)

Acoperire universală cu servicii de sănătate înseamnă asigurarea accesului pentru toți oamenii la servicii de promovare a sănătății, preventive, curative și de reabilitare necesare, de o calitate suficientă pentru a fi eficiente, asigurând totodată că oamenii nu suferă dificultăți financiare atunci când plătesc pentru aceste servicii. Cu alte cuvinte, aceasta presupune reducerea decalajului dintre acces, nevoi și utilizarea serviciilor, îmbunătățirea calității și îmbunătățirea protecției financiare (*figura 29*).

Pachetul de servicii (beneficii). Drepturile (*eng. entitlement*) sau eligibilitatea persoanelor pentru servicii de sănătate se referă la actul normativ în baza căruia beneficiarii au dreptul să acceseze servicii de sănătate. Setul de bază de servicii de sănătate include, de obicei, consultații medicale, investigații, examinări și îngrijiri spitalicești. Pachetul de servicii oferit populației Republicii Moldova este reglementat prin Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat de către Guvern (12) și ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (28). Acoperirea ia în considerare numărul sau ponderea populației acoperite cu servicii de sănătate.

5.4.3. Plata pentru prestarea serviciilor. Metodele principale de plată

Plata (achitarea) pentru prestarea serviciilor de sănătate, utilizate în sistemele de sănătate poate fi **prospectivă** sau **retrospectivă**. Plățile prospective se referă la alocarea de fonduri prestatorilor de servicii înainte de prestarea serviciilor de sănătate, pe baza nivelurilor de activitate predefinite și a costurilor anticipate. **Metodele de plată prospective** operează sub următoarele forme:

- *linii bugetare*, alocarea unei sume fixe de fonduri prestatorului pentru acoperirea anumitor costuri de intrare;
- *buget global*, alocarea unei sume fixe de fonduri prestatorului, pentru o anumită perioadă de timp, care să acopere cheltuielile agregate;

- *capitație / per capita*, alocarea în avans a unei sume fixe per persoană înscrisă pe lista prestatorului serviciilor de sănătate pentru a-i oferi un set definit de servicii.

Plățile retrospective se referă la plata prestatorilor după prestarea serviciilor. Metodele de plată retrospective operează sub următoarele forme:

- *plata per serviciu* sau un element de serviciu. Aceasta se referă la rambursarea retroactivă completă pentru toate cheltuielile suportate. Prestatorii sunt plătiți pentru fiecare serviciu individual prestat. Plățile sunt stabilite în avans pentru fiecare serviciu sau grup de servicii;
- *plată pentru performanță* (bonus pentru performanță). Aceasta se referă la plata prestatorilor pentru fiecare serviciu sau caz individual ori țintă definită (rezultat). Plata se stabilește în avans;
- *plata per caz tratat sau „DRG”*. Aceasta se referă la plata spitalelor cu o sumă fixă per internare, în funcție de caracteristicile pacientului și spital. „DRG” (grup legat de diagnostice) este un sistem de clasificare care repartizează pacienții pe categorii în funcție de costul probabil al episodului lor de îngrijiri spitalicești;
- *plata per diem*, se referă la plata spitalelor cu o sumă fixă pe zi.

Modalitățile de achitare a serviciilor medicale acordate de către instituțiile medico-sanitare publice în Republica Moldova sunt stabilite prin ordin comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (27).

5.4.4. Tipologia sistemelor de sănătate. Caracteristici, avantaje și dezavantaje

Sistemele de sănătate diferă mult de la o țară la alta. În funcție de amploarea acoperirii cu servicii de sănătate, modul de finanțare și de

prestare a serviciilor de sănătate și reglementare se disting trei modele de sisteme de sănătate (*tabelul 20*):

- *Sistemul bazat pe impozitare* sau sistemul național de sănătate (modelul Beveridge), se caracterizează prin acoperire universală, finanțare din impozitele generale, prestatori publici de servicii de sănătate și reglementare de către guvern.
- *Modelul asigurărilor sociale de sănătate* (modelul Bismarckian), se caracterizează prin acoperire universală, finanțare din contribuții de asigurare socială (obligatorie), prestatori publici și/sau privați și reglementare de către guvern.
- *Modelul asigurărilor private*, se bazează doar pe asigurările voluntare private de sănătate, care este sursa principală de finanțare, și prestatori de servicii privați.

Clasificarea dată nu ține cont de faptul că majoritatea sistemelor de sănătate sunt de tip mixt.

Tabelul 20. Tipologia sistemelor de sănătate

Tipul	Finanțarea și reglementarea	Prestatorii de servicii
Sistemul bazat pe impozitare	Finanțare din impozitele impuse de către guvern; reglementare de către guvern.	Prestatori publici
Modelul asigurărilor sociale de sănătate	Finanțare prin contribuții salariale obligatorii, partajate între angajat și angajator; reglementare de către guvern.	Prestatori publici și/sau privați
Modelul asigurărilor private de sănătate	Finanțare prin asigurări voluntare private de sănătate.	Prestatori privați

5.4.4.A. Sistemul de sănătate bazat pe impozitare (modelul Beveridge)

Sistemul național de sănătate britanic a fost înființat în 1948 ca și componentă majoră a reformelor sociale recomandate de William Beveridge, cu scopul de a oferi servicii de sănătate pentru întreaga populație (acoperire universală cu servicii de sănătate).

Finanțarea se bazează pe impozitare, adică fondurile de la plătitorii de impozite sunt folosite pentru a finanța prestarea serviciilor de sănătate către populația generală. Fondurile pot curge direct către prestatorii de servicii de sănătate sau printr-un intermediar care achiziționează servicii în numele populației (asigurând o divizare între achizitor și prestator). Serviciile de sănătate sunt prestate în principal de prestatori publici.

Printre țările în care funcționează un asemenea sistem se numără Marea Britanie, Irlanda, țările nordice (Norvegia, Finlanda, Danemarca, Suedia, Islanda), Spania, Portugalia, Italia, Canada, Australia, Noua Zeelandă.

Printre **avantajele** sistemului bazat pe impozitare se numără următoarele:

- este progresiv, adică cei bogați plătesc o contribuție mai mare din venit decât cei săraci;
- are capacitatea de a crea o acumulare mare a riscurilor prin plata anticipată a fondurilor;
- mobilizează fonduri de la toată lumea, indiferent de starea de sănătate, venit sau ocupație;
- reunește într-un mod eficient riscurile pentru sănătate într-o populație mare care contribuie;
- acoperirea populației cu servicii nu are limitări în teorie;
- finanțarea prin impozitare este singura metodă sigură de acoperire cu servicii de sănătate a grupurilor greu accesibile;
- relativ simplu de administrat.

Sistemul bazat pe impozitare comportă și anumite **dezavantaje**, printre care:

- bugetul sănătății trebuie să concureze cu alte nevoi ale statului, cum ar fi, de exemplu, apărarea, educația, afacerile interne;
- presiuni politice pentru a servi grupurile privilegiate;
- probleme asociate cu responsabilitatea slabă și instabilitate.

5.4.4.B. Modelul asigurărilor sociale de sănătate (modelul Bismarckian)

Asigurările sociale de sănătate au fost introduse în Germania în 1883 de cancelarul Otto von Bismarck. Finanțarea se bazează pe contribuții salariale obligatorii, de obicei partajate între angajat și angajator. Sistemul de asigurări sociale de sănătate este condus de organisme publice, fie organizații unice (o singură agenție guvernamentală centrală care colectează contribuțiile sociale și plătește pentru servicii), fie multiple (case de asigurări de sănătate care plătesc serviciile pe bază contractuală). Prestatorii de servicii pot fi atât publici, cât și privați.

Modelul asigurărilor sociale de sănătate se regăsește în majoritatea țărilor europene. Printre acestea sunt: Germania, Franța, Țările de Jos, Belgia, Austria, Elveția, Luxemburg, Israel, Japonia, țări din Europa Centrală și de Sud-Est, inclusiv Republica Moldova.

Printre **avantajele** modelului de sistem bazat pe asigurări sociale de sănătate se numără:

- capacitatea de a crea o acumulare mare de riscuri prin plata anticipată a fondurilor (ca și în cazul finanțării bazată pe impozitare);
- fondurile pentru îngrijirile de sănătate sunt clar identificate și nu concurează cu alte nevoi ale guvernului, cum ar fi apărarea, ordinea publică, asigurările sociale;
- modelul este mai acceptabil din punct de vedere social pentru public.

Modelul menționat comportă și anumite **dezavantaje**, cum ar fi:

- sistemul este unul complex și costisitor de administrat;
- sistemul de sănătate nu are venituri garantate, suma colectată variind în funcție de numărul de angajați;
- implică costuri pentru colectarea fondurilor de la angajați și angajatori (costuri suplimentare care nu apar în sistemele bazate pe impozitare);
- povara finanțării este concentrată asupra angajaților din sectorul formal, care, în special în țările în curs de dezvoltare, pot reprezenta o parte destul de mică din populația totală;
- asigurările sociale de sănătate sunt o formă de impozitare a forței de muncă (adică sunt plătite de cei angajați în câmpul muncii), iar acest lucru poate descuraja angajatorii să creeze noi locuri de muncă și să conducă la subraportarea salariilor.

5.4.4.C. Modelul asigurărilor private de sănătate

Modelul asigurărilor private de sănătate folosește asigurările private în combinație cu prestatori privați de servicii. Finanțarea sistemului se bazează pe primele plătite companiilor private de asigurări. În SUA, finanțarea asistenței medicale este predominant privată, cu excepția asistenței medicale pentru cei săraci și pentru vârstnici, care este asigurată prin programele finanțate de către guvern „Medicare” și, respectiv, „Medicaid”.

Printre **avantajele** modelului dat se numără:

- opțiuni multiple și posibilitatea alegerii celui mai bun plan pentru satisfacerea nevoilor individuale de sănătate;
- oferă mai multă flexibilitate și un acces mai mare la îngrijiri de sănătate decât asigurările publice de sănătate;
- poate acoperi costurile asistenței medicale costisitoare, care pot apărea în mod neașteptat.

Printre **dezavantajele** modelului dat sunt următoarele:

- este scump, iar primele de asigurare cresc anual;
- nu garantează accesul deplin la îngrijirile de sănătate;
- acces inechitabil la îngrijiri de sănătate pentru cei săraci și cei vârstnici.

Un sistem de sănătate funcțional este esențial pentru asigurarea unei stări de sănătate mai bune a populației și trebuie să demonstreze performanțe bune. Îmbunătățirea stării de sănătate contribuie la bunăstarea socială prin impactul său asupra dezvoltării economice, competitivității și productivității. Prin urmare, un sistem de sănătate performant contribuie la dezvoltarea economică și la bunăstare, iar fiecare țară trebuie să se asigure că sistemul său de sănătate:

- distribuie în mod echitabil povara finanțării în funcție de capacitatea oamenilor de plăți, astfel încât persoanele și familiile să nu sărăcească ca urmare a stării de sănătate precare sau a utilizării serviciilor de sănătate;
- este sensibil la nevoile și preferințele oamenilor, tratându-i cu demnitate și respect atunci când intră în contact cu sistemul.

Prin urmare, finanțarea publică a sistemului de sănătate este superioară finanțării private.

În majoritatea țărilor în curs de dezvoltare, finanțarea în domeniul sănătății este asigurată de o combinație de cheltuieli guvernamentale, cheltuieli private (în mare parte din buzunar) și ajutoare externe (de la donatori).

În *figura 30* sunt prezentate sursele cheltuielilor pentru sănătate în Republica Moldova în perioada 2000-2020 (70). Sursele principale de finanțare sunt asigurarea obligatorie de asistență medicală (AOAM) și bugetul de stat, contribuția cărora are o tendință de creștere. Plățile din buzunar reprezintă o cotă importantă a cheltuielilor pentru sănătate, deși, în ultimii ani se observă o tendință de scădere.

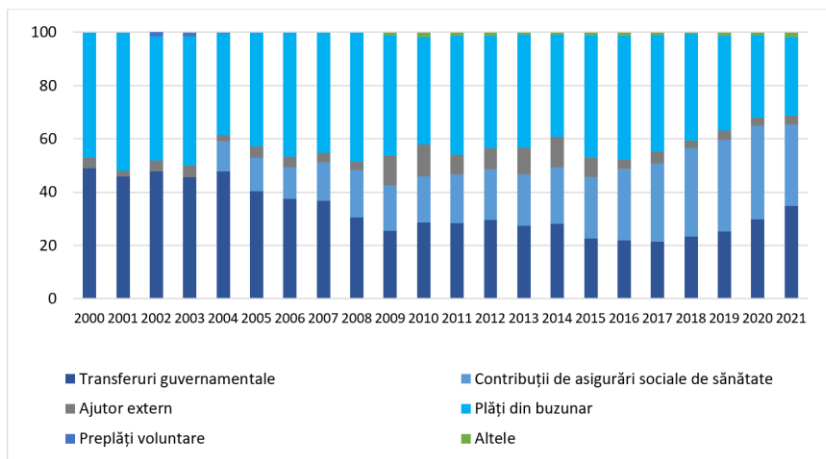


Figura 30. Sursele cheltuielilor pentru sănătate în Republica Moldova, 2000-2021, % din totalul cheltuielilor

Sursa: (70)

5.5. Serviciile de sănătate

5.5.1. Concepte de bază

Prestarea serviciilor este o funcție de bază a sistemelor de sănătate, iar aceasta este influențată de și influențează guvernanta, finanțarea și generarea de resurse. Prestarea serviciilor are un impact direct asupra obiectivelor intermediare și a celor finale ale sistemului de sănătate. Murray și Frenk (2000) au definit prestarea de servicii ca „combinația dintre intrări într-un proces de producție care are loc într-un anumit cadru organizațional și care duce la prestarea unei serii de intervenții” (22).

Serviciu de sănătate este orice serviciu (care nu se limitează la asistența medicală), care are ca scop să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate sau la diagnosticarea, tratamentul și reabilitarea persoanelor bolnave.

Serviciile de sănătate reprezintă întreaga gamă de activități care sunt întreprinse în primul rând din motive de sănătate. Serviciile de sănătate sunt întreprinse pentru a avea un efect direct asupra sănătății oamenilor. Activitățile cu efect indirect asupra sănătății oamenilor nu sunt considerate ca și servicii de sănătate. Exemple de astfel de tipuri de servicii sunt alimentarea cu apă și canalizare, educația și utilizarea centurii de siguranță etc.

5.5.2. Clasificarea serviciilor de sănătate

Organizația Mondială a Sănătății distinge două tipuri de servicii de sănătate: servicii de sănătate personale și servicii de sănătate populaționale.

Prin **servicii de sănătate personale** se subînțeleg serviciile prestate persoanelor în mod individual. Acestea includ servicii de educație pentru sănătate prestate la nivel individual, de prevenire a bolilor, diagnosticare și tratament, reabilitare, îngrijiri paliative, servicii de îngrijiri acute și îngrijiri pe termen lung.

Servicii de sănătate populaționale sunt serviciile prestate unui grup sau unei întregi populații (de exemplu, campanii de imunizare, purtarea măștilor, distanțarea fizică, educație privind igiena orală, fortificarea produselor alimentare pentru a preveni deficiențele de micronutrimente, intervenții privind controlul tutunului și alcoolului, activitatea fizică).

Serviciile de sănătate pot fi clasificate și în funcție de următoarele criterii:

- după scopul primar al consumului (de exemplu, servicii preventive, curative, de reabilitare, îngrijiri pe termen lung);
- după platforma de prestare (de exemplu, instituție de asistență medicală primară, spital);
- după nivelul prestării (de exemplu, asistență medicală primară, secundară, terțiară);

- după modul de prestare (de exemplu, îngrijiri spitalicești, îngrijiri ambulatorii, îngrijiri de zi, îngrijiri la domiciliu).

5.5.3. Componentele prestării de servicii

În cadrul funcției de prestare a serviciilor se disting următoarele componente:

- sănătate publică;
- îngrijiri primare de sănătate;
- asistență medicală specializată, care cuprinde asistența medicală secundară și asistența medicală terțiară.

5.5.3.A. Servicii de sănătate publică

Sănătatea publică este un concept social și politic care vizează îmbunătățirea sănătății, prelungirea vieții și îmbunătățirea calității vieții în rândul întregii populații. Astfel, **serviciile de sanatate publica** se concentrează pe promovarea sănătății, prevenirea bolilor și protecția sănătății și alte forme de intervenție și sunt realizate prin programe de sănătate publică (inclusiv de screening) și comunitare. Sănătatea publică acoperă spectrul sănătății și bunăstării, de la eradicarea anumitor boli până la o recunoaștere tot mai mare a factorilor politici, comerciali, economici, sociali și de mediu ca determinante ale sănătății și ale inegalităților sociale (vezi capitolul I).

Atât sănătatea publică, cât și medicina clinică se străduiesc să integreze comportamentele de îngrijiri preventive în stilul de viață personal. Serviciile preventive sunt, în general, mai cost-eficace decât prestarea serviciilor de asistență medicală specializată (secundară și terțiară).

5.5.3.B. Îngrijiri primare de sănătate

Definirea îngrijirilor primare de sănătate, așa cum a fost articulată în Declarația de la Alma Ata din 1978, a fost o primă încercare la nivel internațional de a unifica gândirea despre sănătate într-un cadru politic unic. Abordarea dezvoltată în Declarația menționată are la bază

principiile echității, participării, acțiuni intersectoriale, tehnologii adecvate și rolul central al sistemului de sănătate pentru „a oferi **servicii universal accesibile persoanelor și familiilor în comunitate** prin participarea lor deplină și cu un cost pe care comunitatea și țara și le pot permite să le mențină în fiecare etapă a dezvoltării lor, în spiritul încrederii în sine și al autodeterminării” (54).

Îngrijirile primare de sănătate reprezintă punctul primar de contact al populației (portar) cu sistemul de sănătate pentru probleme de sănătate nespecificate și comune. Acestea cuprind trei componente reciproc dependente: servicii integrate de îngrijiri primare și operațiuni esențiale de sănătate publică; politici și acțiuni multisectoriale; și împuternicirea individuală și implicarea comunității. Îngrijirile primare includ îngrijiri de sănătate cuprinzătoare și coordonate oferite persoanelor, indiferent de sex, boală sau sistem de organe afectat, de-a lungul unui continuum, de la promovarea sănătății și prevenirea bolilor până la diagnostic, tratament, reabilitare și îngrijiri paliative. În cadrul îngrijirilor primare de sănătate se prestează diverse tipuri de servicii. De exemplu, asistență medicală generală, servicii de diagnostic, chirurgie minoră, reabilitare, planificare familială, îngrijiri perinatale, primul ajutor, prescrierea medicamentelor, certificare, disponibilitate 24/24, vizite la domiciliu, îngrijiri prestate de asistența medicală pentru boli acute și cronice, îngrijiri paliative, servicii specifice pentru probleme de sănătate mentală, servicii preventive (de exemplu, imunizare, screening), servicii de promovare a sănătății (de exemplu, educație pentru sănătate).

5.5.3.C. Asistența medicală specializată

Asistență medicală specializată este prestată dincolo de triajul primului contact și implică aptitudini de specialitate. Ea include atât îngrijiri ambulatorii, cât și spitalicești. În multe țări, inclusiv în Republica Moldova, aceasta este divizată pe două nivele - asistență medicală secundară și asistență medicală terțiară.

Asistența medicală secundară cuprinde îngrijiri specializate, care de multe ori pot fi accesate numai prin referire de către lucrătorul medical din asistența medicală primară și este, de obicei, prestată în „policlinicile” sau spitalele locale. Cu toate acestea, oamenii se pot auto-trimite la spital (*îngrijiri secundare*), atunci când sunt răniți și au nevoie de îngrijiri urgențe.

Asistența medicală terțiară se referă la îngrijirile de înaltă specializare, care de multe ori pot fi accesate numai prin referire de către asistența medicală secundară. Aceasta este, de obicei prestată în instituții medico-sanitare înalt specializate, de nivel regional sau național. Asistența medicală terțiară se caracterizează prin utilizarea tehnologiilor avansate și un volum mare de proceduri. Instituțiile medicale terțiare sunt o resursă vitală pentru educația medicală, servind ca instituții pentru diverse profesii în domeniul sănătății.

5.5.3.D. Provocări privind prestarea serviciilor de sănătate

Printre provocările cu care se confruntă actualmente sistemele de sănătate se numără: îmbătrânirea populației și creșterea poverii bolilor netransmisibile, creșterea frecvenței comorbidităților, multimorbidității și cronicității, disponibilitatea redusă a medicamentelor esențiale, prevalența înaltă a factorilor de risc, precum utilizarea de tutun și alcool, obezitatea și inactivitatea fizică, care rămân probleme majore de sănătate publică, povara mare cauzată de cheltuielile din buzunar pentru sănătate, insuficiența sau chiar lipsa de personal medical, globalizarea cu răspândirea foarte rapidă a unor noi boli (infecțioase, de exemplu, COVID-19).

Aceste noi provocări impun noi cerințe pentru prestarea serviciilor de sănătate. Sistemele de sănătate se confruntă din ce în ce mai mult cu cerințe de îngrijiri **proactive, cuprinzătoare și continue** (comparativ cu situația din trecut, când serviciile erau mai reactive și episodice), specifice bolii și bazate pe **o relație de durată pacient-prestator**.

Serviciile integrate de sănătate se referă la gestionarea și prestarea serviciilor de sănătate, astfel încât oamenii să beneficieze de un continuum de servicii de promovare a sănătății, prevenire a bolilor, diagnosticare, tratament, management al bolii, servicii de reabilitare și de îngrijiri paliative prin intermediul diferitelor funcții, activități și locuri de îngrijire din cadrul sistemului de sănătate.

5.6. Calitatea serviciilor de sănătate

5.6.1. Definiție

Calitatea se măsoară prin compararea unui set de caracteristici inerente ale unui produs sau serviciu cu un set de cerințe. În cazul în care, caracteristicile inerente corespund tuturor cerințelor, calitatea este înaltă, iar dacă aceste caracteristici nu corespund tuturor cerințelor, nivelul calității este unul scăzut.

Calitatea este esențială pentru performanța prestării serviciilor de sănătate. Calitatea îngrijirilor de sănătate a fost definită în diferite moduri. În *tabelul 21* sunt prezentate cele mai frecvent utilizate definiții ale calității îngrijirilor de sănătate.

Tabelul 21. Definirea calității îngrijirilor de sănătate

Autorul/organizația	Definiția
Donabedian (1980)	Calitatea îngrijirilor de sănătate – acele îngrijiri care se așteaptă să maximizeze dimensiunea bunăstării pacienților, luând în considerare echilibrul între câștigurile și pierderile așteptate, care apar în toate etapele procesului îngrijirilor de sănătate (3).
Institutul de Medicină (IOM, 1990)	Calitatea îngrijirilor de sănătate reprezintă gradul în care serviciile de sănătate pentru persoane și populație cresc probabilitatea rezultatelor dorite de sănătate și sunt în concordanță cu cunoștințele profesionale actuale (17).

OMS (2000)	Calitatea îngrijirilor de sănătate reprezintă „măsura în care serviciile de sănătate oferite persoanelor și populațiilor de pacienți îmbunătățesc rezultatele dorite de sănătate. Pentru a realiza acest lucru, serviciile de sănătate trebuie să fie sigure, eficiente, acordate în timp util, eficiente, echitabile și centrate pe oameni” (74).
------------	--

5.6.2. Măsurarea calității serviciilor de sănătate

Măsurarea calității trebuie să ia în considerare componentele serviciilor de sănătate. Modelul lui Donabedian este considerat de obicei ca model de bază pentru evaluarea calității îngrijirilor de sănătate. Donabedian a susținut că îngrijirile de sănătate trebuie evaluate în funcție de structură, proces și rezultat, deoarece „o structură bună crește probabilitatea unui proces bun, iar un proces bun crește probabilitatea unui rezultat bun” (3).

Structura, procesul și rezultatul nu sunt atribute ale calității. Acestea sunt doar tipuri de informații care pot fi obținute și pe baza cărora se poate deduce dacă calitatea este bună sau nu (*figura 31*). În mod ideal, orice sistem de evaluare include indicatori de structură, de proces și de rezultat, deoarece aceștia examinează diferite aspecte ale îngrijirilor oferite în cadrul sistemelor de sănătate.

Structura (intrările) reprezintă condițiile prestatorului de servicii de sănătate și resursele necesare pentru aceste servicii. Structura include: resursele materiale (de exemplu, clădirile, echipamentele, medicamentele etc.), resursele intelectuale (de exemplu, cunoștințele medicale, sistemele informaționale) și resursele umane (de exemplu, numărul, varietatea, calificările lucrătorilor din domeniul sănătății). Indicatorii de structură reprezintă condițiile necesare pentru prestarea serviciilor de sănătate de o anumită calitate, dar ei nu sunt suficienți. Prezența lor nu asigură desfășurarea adecvată a proceselor și obținerea unor rezultate satisfăcătoare de către sistemul de sănătate.

Exemple de indicatori de structură: numărul instituțiilor medico-sanitare, asigurarea cu paturi de spital, asigurarea cu medici ((total și pe specialități, pe sectoare (spital, AMP) și personal medical mediu)).

Procesele reprezintă utilizarea resurselor pentru acordarea și primirea de îngrijiri. Procesele se împart în procese legate de pacient (de exemplu, prevenire, diagnostic, intervenții de tratament, educație, etc.) și procese organizaționale: (a) de suport și logistică (de exemplu, administrativ, tehnic, aprovizionare cu medicamente) și b) manageriale (de exemplu, marketing, managementul calității, finanțare).

Indicatorii de proces reprezintă cea mai apropiată aproximare a serviciilor de sănătate efectiv oferite și, din punct de vedere clinic, sunt cei mai specifici dintre cele trei tipuri de indicatori. Indicatorii de proces sunt adesea, indicatori de calitate mai sensibili, decât cei de rezultat, deoarece un rezultat slab nu rezultă neapărat dintr-un eșec în prestarea serviciilor de sănătate. Indicatorii de proces sunt de obicei indicatorii de calitate predominanți ai serviciilor de sănătate.

Exemple de indicatori de proces:

- *în legătură cu pacienții:* ratele de intervenții, ratele de referire, numărul de nașteri, numărul mediu de vizite la un locuitor pe an, numărul mediu de zile-pat utilizat pe an, durata medie de spitalizare a bolnavului, ponderea utilizării patului de spital, nivelul de spitalizare a bolnavilor la 100 de locuitori;
- *organizaționali:* aprovizionarea cu medicamente, gestionarea listelor de așteptare, plata personalului.

Rezultatele reprezintă efectele serviciilor de sănătate asupra stării de sănătate a pacienților și populației. Rezultatele pot fi intermediare (rezultate) și finale (impact).

Exemple de indicatori de rezultat: modificări ale cunoștințelor dobândite de pacienți și membrii familiei care pot influența viitoarele îngrijiri, modificări ale comportamentului pacienților sau ale membrilor familiilor lor care pot influența starea de sănătate în viitor.

Indicatorii de impact măsoară modificările stării de sănătate (de exemplu, mortalitate, morbiditate, dizabilitate și calitatea vieții) și satisfacția pacienților și a membrilor familiilor lor cu privire la îngrijirile primite și rezultatele acestora.

Rezultatele intermediare și finale sunt percepute în general ca indicatori mai slabi ai calității îngrijirilor, deoarece sunt doar parțial atribuite serviciilor de sănătate și pot fi influențate mai puternic de alți factori precum hrana, mediul, stilul de viață sau condițiile socio-economice.

5.6.3. Dimensiunile calității serviciilor de sănătate

Dimensiunile calității îngrijirilor de sănătate sunt atribute definibile, de preferință măsurabile și acționabile, ale sistemului de sănătate care sunt legate de funcționarea acestuia pentru menținerea, restabilirea sau îmbunătățirea sănătății. Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995, prevede la art. 20, alin. (1) „...dreptul cetățenilor Republicii Moldova în obținerea de asistență medicală oportună și calitativă...” (16).

Institutul de Medicină a identificat 6 dimensiuni pentru evaluarea calității îngrijirilor de sănătate: siguranță, eficacitate, centrare pe pacient, promptitudine, eficiență și echitate (17). Alte dimensiuni sunt: accesul, acceptabilitatea și continuitatea, deși există anumite suprapuneri între dimensiuni.

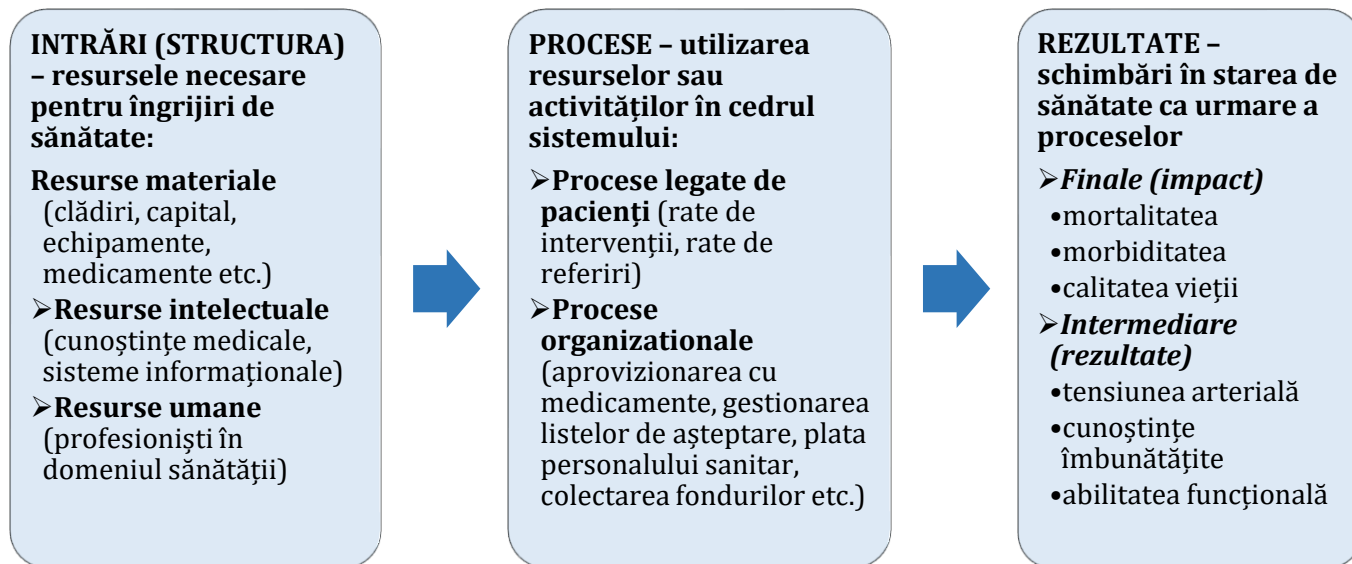


Figura 31. Modelul calității îngrijirilor de sănătate după Donabedian

Sursa: (3)

Siguranța reprezintă prestarea de îngrijiri de sănătate care reduc la minimum riscurile și daunele pentru consumatorii de servicii. Utilizarea excesivă, insuficientă sau abuzivă a antibioticelor și a altor medicamente eliberate pe bază de rețetă contribuie la creșterea rezistenței antimicrobiene și reprezintă cheltuieli inutile.

Exemple de indicatori: cantitatea medie de antibiotice, prescripții de opioide și anticoagulante pe termen lung.

Eficacitatea reprezintă măsura în care un serviciu de sănătate atinge rezultatele sau efectele dorite, la nivel de pacient sau de populație. Eficacitatea reprezintă prestarea îngrijirilor de sănătate bazate pe dovezi.

Exemple de indicatori:

- *Privind eficacitatea îngrijirilor primare de sănătate:* internările evitabile în spital pe motiv de astm, BPOC, diabet sau insuficiență cardiacă congestivă. Bolile cronice menționate pot fi tratate și gestionate în mare parte în cadrul îngrijirilor primare de sănătate. Internările în spital pentru astfel de afecțiuni pot semnaliza probleme de calitate în cadrul îngrijirilor primare de sănătate.
- *Privind eficacitatea îngrijirilor preventive:* screeningul pentru cancerul cervical. Cancerul cervical este unul din cancerele cu cea mai mare incidență în rândul femeilor și una din cele mai frecvente cauze de deces prin cancer în rândul femeilor. Screeningul precoc este esențial pentru identificarea cazurilor, permițând începerea tratamentului într-un stadiu incipient al bolii.
- *Privind eficacitatea îngrijirilor medicale acute / secundare / spitalicești:* ratele mortalității la 30 de zile după un atac de cord sau un accident vascular cerebral.

Centrarea pe pacient înseamnă prestarea de îngrijiri de sănătate care iau în considerare preferințele și aspirațiile pacienților și ale familiilor acestora.

Exemple de indicatori: procentul pacienților spitalizați care au declarat că au fost implicați suficient în luarea deciziilor privind îngrijirea lor; gradul de satisfacție față de lucrătorul medical.

Promptitudinea se referă la gradul în care pacienții pot să obțină prompt (în timp util) îngrijirile de care au nevoie. Îngrijiri prompte înseamnă reducerea timpilor de așteptare și a întârzierilor uneori dăunătoare.

Exemple de indicatori: timpul de așteptare pentru consultația medicului de familie, timpul de așteptare pentru o intervenție de cataractă.

Eficiența înseamnă prestarea de îngrijiri de sănătate într-un mod care să maximizeze utilizarea resurselor și să evite risipa.

Exemple de indicatori: durata medie de spitalizare, numărul mediu zile-pat utilizat pe an.

Echitatea definește măsura în care prestarea îngrijirilor de sănătate nu variază în calitate pe motivul caracteristicilor personale ale beneficiarului, cum ar fi genul, rasa, etnia, locația geografică sau statutul socio-economic.

Accesul reprezintă măsura în care serviciile sunt disponibile și accesibile în timp util, fără a submina protecția financiară (solvabile). Accesul poate fi fizic, financiar sau psihologic și implică disponibilitatea a priori a serviciilor de sănătate (de exemplu, distanța față de instituția medico-sanitară, transportul, factorii organizatorici, cum ar fi programul de lucru, preferințele etnice și religioase).

Exemple de indicatori: acoperirea populației cu servicii de sănătate. Ponderea populației care beneficiază de un set de bază de servicii de sănătate oferă o primă măsură a accesului la îngrijire și protecție financiară.

Continuitatea se referă la măsura în care îngrijirile de sănătate pentru pacient sunt coordonate în timp între prestatori și instituții.

5.7. Performanța sistemului de sănătate

Performanța sistemului de sănătate a fost adesea definită ca măsura în care sistemele de sănătate își îndeplinesc obiectivele generale. Cadrele de performanță divizează obiectivele generale ale sistemului de sănătate în două categorii mari: obiective finale și obiective intermediare, care sunt esențiale pentru atingerea obiectivelor finale și care conectează funcționarea sistemului de sănătate cu rezultatele (*figura 32*) (61).

Se disting următoarele obiective intermediare ale sistemului de sănătate: accesul, acoperirea, eficiența, echitatea, calitatea și durabilitatea, care se utilizează pentru evaluarea performanței sistemului de sănătate. Aceste obiective reprezintă și rezultatele performanței funcției de prestare a serviciilor și, de aceea, coincid cu domeniile de evaluare a prestării serviciilor.

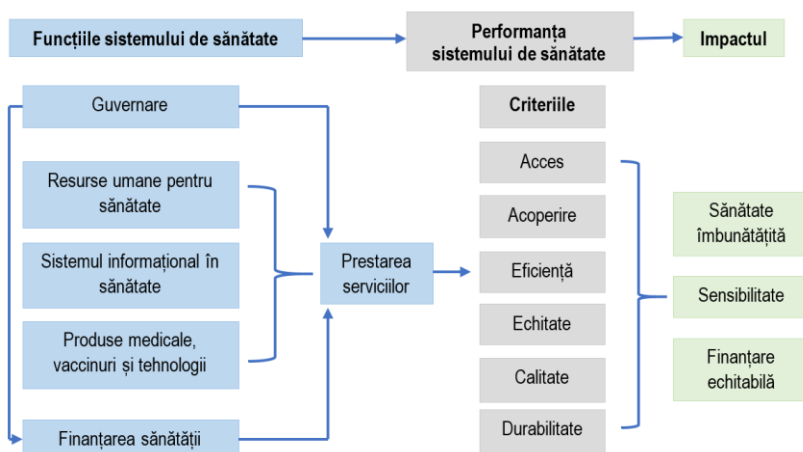


Figura 32. Criteriile de performanță ale sistemului de sănătate

Sursa: (61)

Durabilitatea. Un sistem de sănătate durabil este un sistem de sănătate organizat astfel, încât să asigure satisfacerea nevoilor de sănătate ale populației actuale, fără a compromite resursele de mediu,

economice sau sociale pentru generațiile viitoare. Serviciul de sănătate durabil presupune înțelegerea faptului că sănătatea noastră, și cea a mediului din jurul nostru, sunt intrinsec legate și acționează într-un mod care sprijină atât sănătatea oamenilor, cât și a planetei.

Exerciții de recapitulare

1. Selectați caracteristicile sistemelor de sănătate:
 - d) pluraliste
 - e) sensibile la așteptările populației
 - f) dinamice
 - g) standardizate
 - h) complexe
2. Selectați obiectivele sistemului de sănătate:
 - a) prestarea serviciilor
 - b) echitatea contribuției financiare
 - c) finanțarea
 - d) sensibilitatea la așteptările populației
 - e) dezvoltarea dinamică
3. Selectați actorii principali ai sistemului de sănătate:
 - a) Ministerul Sănătății
 - b) distribuitorii privați de medicamente
 - c) asociația pacienților
 - d) asociația profesorilor de biologie
 - e) ONG-uri pentru protecția intereselor chiriașilor
4. Selectați principiile guvernării în sănătate:
 - a) echitatea
 - b) transparența
 - c) eficiența
 - d) responsabilitatea
 - e) participarea

5. Selectați mecanismele principale de finanțare a sistemelor de sănătate:
- a) impozitarea
 - b) achiziționarea
 - c) asigurarea socială obligatorie
 - d) colectarea veniturilor
 - e) contractarea
6. Selectați metodele de plată pentru serviciile de sănătate:
- a) per spital
 - b) per capita
 - c) per prestator de servicii
 - d) per caz tratat
 - e) per lucrător medical
7. Selectați componentele îngrijirilor de sănătate după Donabedian:
- a) managementul
 - b) procesele
 - c) pacienții
 - d) rezultatele
 - e) intrările
8. Completați tabelul de mai jos, menționând tipul indicatorilor de calitate a îngrijirilor de sănătate.

Nr. d/o	Denumirea indicatorului	De intrare	De proces	De rezultat (intermediar)	De impact
1.	Utilizarea fișei medicale în format electronic				
2.	Raportul medici / pacienți				
3.	Procentul copiilor alăptați exclusiv până la vârsta de 6 luni				
4.	Prevalența utilizatorilor actuali de tutun				
5.	Procentul copiilor vaccinați împotriva rujeolei				
6.	Gestionarea listei de așteptare a pacienților înscriși pentru intervenții de cataractă				
7.	Procentul femeilor supuse screeningului pentru cancerul de col uterin				
8.	Procentul persoanelor hipertensive care își controlează tensiunea arterială				
9.	Procentul pacienților care au decedat în rezultatul intervenției chirurgicale				
10.	Rata infecțiilor intraspitalicești				

Întrebări de recapitulare

1. Dați definiția sistemului de sănătate după OMS.
2. Care sunt caracteristicile comune ale sistemelor de sănătate?
3. Care sunt obiectivele sistemului de sănătate?
4. Care sunt funcțiile sistemului de sănătate?
5. Ce înseamnă guvernanta sistemului de sănătate?
6. Care sunt componentele guvernantei sistemului de sănătate?
7. Numiți cele trei categorii de actori ai sistemului de sănătate. Dați exemple de fiecare categorie.
8. Care sunt principiile guvernantei sistemului de sănătate?
9. Prin ce se caracterizează funcția sistemului de sănătate „generarea resurselor”?
10. Care sunt caracteristicile sistemului informațional în sănătate?
11. Ce înseamnă cheltuieli pentru sănătate?
12. Ce indicatori se utilizează pentru măsurarea cheltuielilor pentru sănătate?
13. Care sunt componentele funcției de finanțare a sistemului de sănătate?
14. Ce înseamnă colectarea veniturilor? Dați exemple de surse de finanțare, mecanisme de colectare și instituții responsabile de colectarea veniturilor.
15. Dați caracteristica finanțării sistemelor de sănătate prin impozitare.
16. Care este diferența dintre impozitarea directă și cea indirectă?
17. Dați caracteristica asigurărilor sociale de sănătate.
18. Dați caracteristica asigurărilor private de sănătate.
19. Dați caracteristica plăților din buzunar pentru servicii de sănătate.
20. Ce înseamnă acumularea resurselor?
21. Prin ce se caracterizează achiziționarea serviciilor de sănătate?
22. Ce înseamnă acoperire universală cu servicii de sănătate?
23. Ce mecanisme de plată pentru servicii există? Caracterizați fiecare mecanism.

24. Dați caracteristicile, avantajele și dezavantajele sistemului de sănătate bazat pe impozitare.
25. Dați caracteristicile, avantajele și dezavantajele modelului asigurărilor sociale de sănătate.
26. Dați caracteristicile, avantajele și dezavantajele modelului asigurărilor private de sănătate.
27. Dați definiția serviciilor de sănătate.
28. Cum se clasifică serviciile de sănătate după OMS?
29. Care sunt componentele funcției „prestarea serviciilor”?
30. Ce înseamnă îngrijiri primare de sănătate?
31. Ce înseamnă asistență medicală specializată?
32. Dați definiția calității serviciilor de sănătate.
33. Dați caracteristica calității serviciilor de sănătate folosind triada lui Donabedian.
34. Care sunt dimensiunile calității îngrijirilor de sănătate?
35. Ce înseamnă performanța sistemului de sănătate?

6. POLITICA DE SĂNĂTATE. MONITORIZARE ȘI EVALUARE

6.1. Politica publică de sănătate

6.1.1. Definirea politicii publice

Politica publică reprezintă un set de acțiuni adoptate de către guvern pentru a aborda o problemă ce afectează un domeniu al vieții publice. Longest (2006) a definit politicile publice ca „deciziile adoptate oficial în domeniile legislativ, executiv sau judiciar cu scopul de a direcționa sau influența acțiunile, comportamentele sau deciziile altora” (18). Politica publică de sănătate (în continuare politica de sănătate) cuprinde deciziile adoptate de către guvern în domeniul sănătății.

Organizația Mondială a Sănătății a definit **politica de sănătate** ca fiind „un acord sau un consens cu privire la problemele de sănătate, scopurile și obiectivele prioritare care urmează a fi abordate și direcțiile principale pentru atingerea acestora” (56). Politica publică de sănătate urmărește să îmbunătățească starea de sănătate a populației. Deciziile politice într-un sector interacționează cu cele din alte sectoare. De exemplu, „Mediul și sănătatea”, „Siguranța rutieră și sănătatea”.

6.1.2. Sănătate publică versus politică de sănătate

Politica de sănătate și sănătatea publică sunt concepte înrudite, dar acestea diferă prin focalizare și domeniul de aplicare (*tabelul 22*).

Sănătatea publică se referă la știința și practica de prevenire a bolilor, promovare și protecție a sănătății populației. Ea cuprinde o gamă largă de activități care au ca obiectiv îmbunătățirea sănătății populației.

Politica de sănătate implică decizii și acțiuni întreprinse pentru a atinge obiective specifice în domeniul sănătății.

Politica de sănătate se concentrează pe dezvoltarea, implementarea și evaluarea politicilor publice, cum ar fi strategii, legi, reglementări, priorități de finanțare și linii directoare care guvernează

sistemele de sănătate, prestarea serviciilor de sănătate și influențează asupra stării de sănătate a populației și echității în sănătate.

Tabelul 22. Sănătate publică versus politică de sănătate

Criterii	Sănătatea publică	Politica de sănătate
Definiție:	folosește eforturi susținute de dovezi pentru a ajuta populația să trăiască o viață mai sigură și mai sănătoasă.	implică strategii, legi și reglementări pentru promovarea sănătății și prevenirea bolilor.
Focalizare pe:	îmbunătățirea sănătății populației.	obiective specifice de sănătate.
Domeniul de aplicare:	promovarea și protecția sănătății și prevenirea bolilor.	dezvoltarea, implementarea și evaluarea politicilor publice de sănătate.
Interrelația dintre ele:	activitățile de sănătate publică informează și conduc politica de sănătate.	politica de sănătate asigură structura și resursele necesare pentru realizarea inițiativelor de sănătate publică.
Exemple:	programe de vaccinare sau de screening, campanii de educație pentru sănătate, supravegherea bolilor, inițiative de promovare a consumului de fructe și legume, inițiative de reducere a consumului de sare.	acoperirea populației cu asigurări de sănătate, reglementarea prestatorilor de servicii de sănătate, finanțarea în domeniul sănătății, accesul la serviciile de sănătate, calitatea serviciilor de sănătate, legislație privind controlul tutunului și alcoolului.

De fapt, sănătatea publică este un domeniu mai larg și cuprinde politica de sănătate ca una din componentele sale. Sănătatea publică și politica de sănătate lucrează împreună pentru a atinge obiective similare: protejarea și îmbunătățirea sănătății și bunăstării populației. Activitățile de sănătate publică informează și conduc politica de sănătate, în timp ce politica de sănătate oferă structura și resursele necesare pentru ca inițiativele de sănătate publică să fie realizate. Această colaborare este

esențială pentru a aborda provocările actuale de sănătate publică și pentru a promova sănătatea și bunăstarea populației.

6.2. Planificarea în domeniul sănătății

6.2.1. Concepte de bază

Scopul politicii de sănătate este de a facilita guvernanta. **Procesul politic** sau **planificarea în domeniul sănătății** este descris ca procesul de evaluare a nevoilor generale de sănătate ale populației și de determinare a modului în care aceste nevoi pot fi satisfăcute într-un mod eficient prin alocarea resurselor necesare.

Planificarea este o metodă prin care se asigură utilizarea eficientă a resurselor disponibile la moment și a celor preconizate pentru viitor pentru atingerea unor obiective explicite. Ea include și organizarea și pregătirea intervențiilor necesare pentru îndeplinirea acestor obiective.

Politica în domeniul sănătății se extinde dincolo de „îngrijirile de sănătate” și acoperă agenda largă de sănătate publică, inclusiv pregătirea pentru dezastre, managementul riscurilor și Regulamentul Sanitar Internațional (60), acțiuni privind determinantele sociale ale sănătății și interacțiunea dintre sectorul sănătății și alte sectoare ale societății.

Planificarea este o funcție de management ce vizează atât managerii de diferit nivel, cât și pe toți lucrătorii din domeniul sănătății.

6.2.2. Tipurile de planificare

Se disting trei tipuri de planificare utilizate în mod obișnuit în sectorul sănătății:

- planificarea pe termen mediu sau lung, folosită în special pentru orientarea strategică și care poartă denumirea de **planificare strategică**;
- planificarea pe termen scurt, folosită pentru ghidarea implementării documentelor strategice, denumită **planificare operațională**;

- **planificarea ad-hoc** sau planurile de pregătire pentru dezastre, care sunt necesare în situații cu evoluții imprevizibile (de exemplu, COVID-19).

Planificarea strategică este procesul de determinare a acțiunilor care urmează a fi realizate de către sectorul sănătății în viitor și a modului de desfășurare a acestor acțiuni pentru a obține rezultatele dorite. Planificarea strategică se deosebește de planificarea operațională prin următoarele caracteristici:

- se concentrează pe un termen mediu (3-5 ani, programul) sau lung (5-10 ani, strategia);
- vizează o perspectivă cuprinzătoare „întregul sistem” (strategia) sau un subdomeniu (programul);
- se preocupă de încadrarea sistemului de sănătate în mediul extern, care poate afecta sistemul pe termen lung.

Planificarea strategică urmărește să identifice, să stabilească succesiunea și să sincronizeze într-un mod cuprinzător intervențiile pe termen mediu sau lung pentru sectorul sănătății. Această planificare trebuie să ghideze activitățile și investițiile necesare pentru atingerea rezultatelor și a impactului dorit.

Planificarea strategică în sectorul sănătății este una complexă și acoperă următoarele domenii:

- prestarea de servicii de sănătate comprehensive, inclusiv servicii personale și populaționale, clinice și non-clinice;
- finanțarea și generarea de resurse pentru a face posibilă prestarea serviciilor de sănătate;
- guvernanta sistemelor de sănătate;
- cercetarea în domeniul sănătății;
- dezvoltarea generală a sistemului de sănătate;
- reformele în domeniul sănătății (instituționale, organizaționale și administrative, inclusiv de descentralizare);
- colaborarea cu alte sectoare.

Planificarea strategică include:

- secvențierea și sincronizarea intervențiilor;
- atribuirea de responsabilități generale;
- corelarea intervențiilor cu alocarea de resurse (pentru activități și investiții);
- stabilirea unui sistem de monitorizare și evaluare sectorială care să permită măsurarea implementării politicii publice, eficacității ei, rezultatelor și impactului;
- ajustări ale documentului strategic pe parcursul implementării acestuia, după caz.

Planificarea strategică pune accent pe domenii și intervenții prioritare și este legată direct de analiza situației, de stabilirea costurilor și de bugetare. Strategia este documentul de referință pe baza căruia toate activitățile ulterioare din sectorul sănătății vor fi evaluate, orientate și revizuite.

În Republica Moldova, strategia și programul se consideră documente de planificare strategică (9). **Strategia** determină viziunea și obiectivele generale sau direcțiile de dezvoltare ale sistemului de sănătate și este un document de politică publică pe termen lung (5-10 ani). De exemplu, Strategia națională de sănătate „Sănătatea 2030” (11). **Programul** determină obiectivele generale și specifice într-un subdomeniu și este un document pe termen mediu (3-5 ani). De exemplu, Programul național de prevenire și control al bolilor netransmisibile prioritare în Republica Moldova pentru anii 2023-2027 (10).

Cele trei categorii de actori ai guvernanței în domeniul sănătății au roluri specifice în procesul de planificare strategică.

Ministerul Sănătății coordonează și conduce la nivel central dezvoltarea documentului național de planificare strategică în domeniul sănătății și este responsabil pentru informarea, instruirea și îndrumarea părților interesate la toate etapele procesului de planificare.

Rolul esențial al populației constă în oferirea de feedback și de dovezi cu privire la prioritățile de sănătate presante, abordate în procesul de planificare strategică.

Prestatorii de servicii de sănătate au un rol important în vederea furnizării de informații și de dovezi în cadrul stabilirii agendei, implementării și monitorizării documentului de planificare strategică în domeniul sănătății. De aceea, contribuția lor, concomitent cu cea a populației, este una crucială.

Subiectele evidențiate în documentul de planificare strategică vor fi în centrul dialogului de politici pe parcursul tuturor etapelor procesului de planificare.

Dialogul de politici reprezintă ansamblul de schimburi și consultări formale și informale menite să faciliteze schimbări politice, să influențeze dezvoltarea politicilor și să promoveze procesele ulterioare de luare a deciziilor. Acesta folosește abordările „întregul guvern” și „întreaga societate” și urmărește să asigure participarea celor trei categorii de actori ai guvernanței sistemului sănătății, inclusiv a prestatorilor de servicii și a populației în procesul de luare a deciziilor, monitorizare și evaluare.

Planificarea strategică urmează fazei de stabilire a priorităților și precede planificării operaționale. O strategie definește viziunea și direcția de dezvoltare a sectorului sănătății, în timp ce un plan operațional descrie detaliat modalitatea de realizare a strategiei (*tabelul 23*).

Planificarea operațională (plan de implementare a strategiei sau programului) reprezintă legătura dintre obiectivele documentului strategic și implementarea activităților. Acest tip de planificare se realizează după finalizarea dezvoltării documentului strategic, bugetare și aprobare. Planificarea operațională transformă documentul strategic în sarcini acționabile; identifică activitățile care trebuie realizate pentru atingerea obiectivelor documentului strategic.

Planul operațional este un plan pe termen scurt, care acoperă perioade de timp de până la un an, fiind denumit, de regulă, plan operațional anual. El determină activitățile de zi cu zi ale instituției pentru care a fost elaborat.

Un plan operațional include:

- o descriere succesivă a activităților pentru fiecare dintre obiectivele strategiei sau programului;
- termenele de realizare pentru fiecare activitate;
- responsabilii de implementare;
- resursele necesare, inclusiv resursele financiare și sursele de finanțare;
- indicatorii de monitorizare.

Tabelul 23. Planificarea strategică versus planificarea operațională

	Planificarea strategică	Planificarea operațională
Perspectiva:	Dezvoltare pe termen mediu sau lung.	Intervenții pe termen scurt.
Focusarea:	Direcții strategice pentru sectorul sănătății.	Implementarea activităților concrete.
Intervalul de timp:	Documente pe termen mediu (3-5 ani) sau lung (6-10 ani).	Un an sau intervale mai scurte de timp.
Flexibilitate:	Schimbările pe durata implementării sunt mai puțin probabile.	Poate fi ușor adaptat și modificat în funcție de schimbarea circumstanțelor.

6.2.3. Etapele procesului de planificare strategică

Planificarea strategică este un proces ciclic și, esențial, constă din patru etape: stabilirea agendei, formularea politicii, implementarea și monitorizarea și evaluarea (*figura 33*). Acest ciclu este un proces continuu.

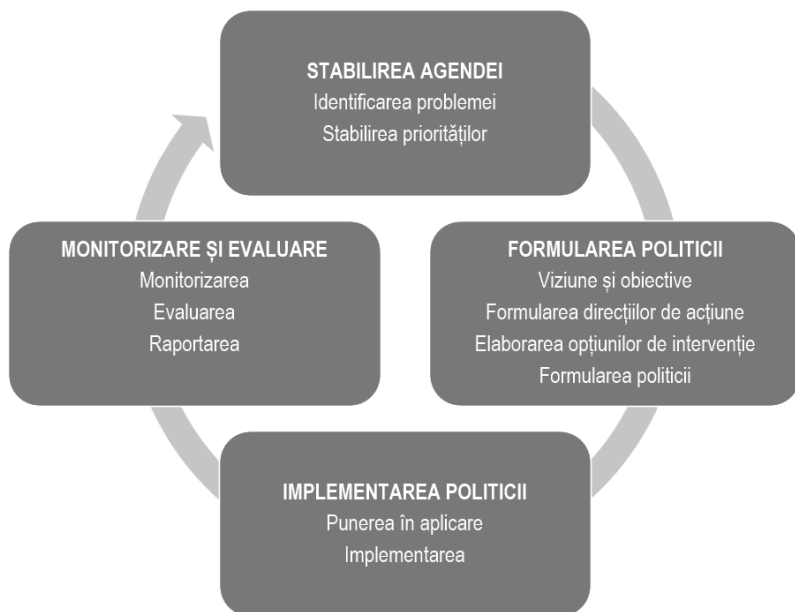


Figura 33. Etapele ciclului politicii publice

Etapa 1. Stabilirea agendei

Faza 1. Analiza situației și identificarea problemelor

Această fază implică activități de analiză a situației pentru a identifica și defini problemele care necesită abordare prin politici publice.

O problemă reprezintă un decalaj perceput între situația existentă și situația ideală cu referire la o chestiune. O problemă de politică publică poate fi o condiție (de exemplu, boală) sau o situație (de exemplu, insuficiența resurselor umane) care generează nevoi sau insatisfacții, pentru corecția cărora este necesară intervenția guvernului.

Definirea corectă a problemei și identificarea cauzelor acesteia sunt elemente fundamentale ale unei politici publice de succes, iar tot parcursul ulterior al procesului politicii publice depinde invariabil de acest moment. Înțelegerea problemei este importantă pentru definirea

opțiunilor de soluționare a ei. Definirea incorectă a problemei reduce șansele soluționării acesteia.

Înțelegerea profundă a situației este esențială pentru stabilirea direcțiilor strategice de dezvoltare / obiectivelor generale și a obiectivelor specifice. Analiza situației are ca obiective:

- să evalueze în mod realist situația actuală a sectorului sănătății sau a subdomeniului, cu toate punctele sale tari și slabe, oportunități și amenințări, inclusiv cauzele esențiale ale problemelor și efectele lor;
- să ofere o bază informată de dovezi pentru a răspunde nevoilor și așteptărilor populației în domeniul sănătății;
- să ofere o bază informată de dovezi pentru formularea viitoarelor direcții strategice / obiectivelor generale pentru sectorul sănătății și obiectivelor specifice pentru un subdomeniu.

Analiza situației reunește, de obicei, cele trei categorii de actori ai guvernanței: guvernul, prestatorii de servicii și populația.

Analiza situației cuprinde:

- analiza datelor privind starea de sănătate a populației și performanța sistemului de sănătate;
- analiza implementării activităților, bugetelor și finanțelor din sectorul sănătății;
- analiza eficacității domeniilor de activitate ale documentului strategic.

Cercetarea joacă un rol important în analiza situației și definirea problemei. Aceasta implică colectarea și analiza datelor și a dovezilor existente referitor la problemă, cauze și efecte și argumentarea necesității unei intervenții. În acest scop pot fi analizate datele relevante ale sistemului informațional în sănătate, alte date statistice, rezultatele cercetărilor asupra problemei, cauzelor și contextului, efectuate la nivel internațional, regional, național și local.

Analiza situației include descrierea problemelor de sănătate ale populației în termeni de: grupuri de populație afectată cu dezagregarea după diverse caracteristici de interes (sex, vârstă, etnie, statut socio-economic, mediu de reședință, zonă geografică etc.); cauze sau factori care influențează asupra problemei de sănătate; posibile riscuri și consecințe în cazul nesoluționării problemei de sănătate și impact asupra grupurilor afectate; costuri ale abordării problemei și lipsei de abordare; potențiali factori interesați ș. a.

Tabelul 24. Analiza SWOT

	Definiții	Exemple
Puncte forte (S)	Factori care stimulează performanța sectorului sănătății.	Echipamente medicale de ultimă generație, îmbunătățirea sistemului de compensare a costului medicamentelor.
Puncte slabe (W)	Factori care cresc costurile serviciilor de sănătate sau reduc calitatea lor.	Clădiri vechi ale instituțiilor medico-sanitare, fragmentarea sistemului informațional în domeniul sănătății, ponderea înaltă a plăților din buzunar, vulnerabilitatea la corupție.
Oportunități (O)	Noi inițiative și domenii de creștere disponibile pentru sectorul sănătății.	Noi parteneri de dezvoltare pentru programele de dezvoltare, introducerea de protocoale clinice standard, creșterea nivelului de finanțare a sectorului sănătății.
Amenințări (T)	Factori care afectează negativ performanța sectorului.	Instabilitatea politică sau economică, deficiențe de finanțare, creșterea cotei populației neasigurate, pandemia COVID-19.

O analiză eficientă a situației evaluează în mod realist situația actuală a sectorului sănătății, oferă o bază informată de dovezi pentru formularea direcțiilor strategice de dezvoltare a sectorului sănătății pentru a răspunde mai bine nevoilor reale ale populației. Analiza situației trebuie publicată, promovată și distribuită pe larg pentru a ghida părțile interesate în procesul de planificare strategică.

Dialogul de politici este o metodă eficientă de analiză a capacităților interne (ale sistemului de sănătate, politicii de sănătate), sub formă de puncte tari și puncte slabe, și a evoluțiilor externe, sub formă de oportunități și amenințări, a cauzelor și efectelor acestora. Analiza SWOT (*eng. SWOT: S – strenghts, W – weaknesses, O – opportunities, T – threats*) este o metodă populară utilizată în acest scop (tabelul 24).

Faza 2. Stabilirea priorităților

Recomandările și perspectivele care rezultă din analiza situației trebuie prioritizate. Stabilirea priorităților examinează gradul în care o problemă importantă, identificată în cadrul analizei situației, poate fi abordată. De fapt, prioritizarea se utilizează în două etape distincte ale planificării strategice:

- *prioritizarea problemelor* de sănătate sau a provocărilor din sistemul sănătății (etapa 1-a);
- *prioritizarea intervențiilor* de soluționare a acestor probleme sau provocări (etapa a 2-a).

Cele două tipuri de prioritizare sunt strâns legate între ele; cu toate acestea, pentru o problemă pot exista mai multe soluții posibile. De exemplu, identificarea hipertensiunii arteriale ca o problemă de sănătate prioritară este o decizie separată de cea care examinează diferitele intervenții de prevenire, de promovare a sănătății și de tratament disponibile pentru a controla hipertensiunea arterială.

Prioritizarea sau ierarhizarea problemelor și a opțiunilor de soluționare / intervenție se efectuează în baza anumitor *criterii* (date care prezintă dovezi) și implică participarea celor trei tipuri de actori ai guvernantei sistemului de sănătate. Procesul de prioritizare constă din trei pași (3 D: date, dialog, decizii):

Date. Prin date se subînțeleg criteriile folosite pentru ierarhizarea:

- problemelor – povara și echitatea;
- soluțiilor sau intervențiilor – eficacitatea, costul, echitatea și acceptabilitatea.

Povara – amploarea, severitatea și urgența problemei sunt cele mai pertinente criterii pentru Ministerul Sănătății și prestatorii de servicii, iar percepția poverii asupra sănătății este cel mai relevant criteriu pentru populație.

Eficacitatea intervenției ia în considerare cât de bine, din punct de vedere clinic sau practic, poate fi rezolvată o problemă de sănătate în termeni de rezultat (intermediar) și impact.

Costul intervenției se referă la cost în sens de solvabilitate (Cât costă Strategia națională de sănătate? Ne putem permite să acoperim costurile?) și eficiență (o evaluare a raportului calitate-preț, care trebuie să acopere atât minimizarea costurilor, cât și cost-eficacitatea).

Acceptabilitatea se referă la acceptabilitatea intervenției din punct de vedere social și/sau cultural.

Echitatea (*eng. fairness*) se referă la lipsa inechității în stabilirea priorităților.

Dialogul de politici (transparența) presupune examinarea listei de priorități și a opțiunilor de intervenții în comun de către cele trei categorii de actori ai sistemului de sănătate.

Luarea deciziei implică „auzirea vocii” populației.

Etapa 2. Formularea politicii publice

Faza 1. Stabilirea viziunii și obiectivelor

După stabilirea agendei, urmează elaborarea documentului de planificare strategică. Dezvoltarea strategiei naționale de sănătate implică stabilirea viziunii și obiectivelor, formularea direcțiilor de acțiune și diseminarea strategiei în cauză.

Viziunea reprezintă o descriere a stării dorite în viitor. De exemplu, viziunea Strategiei Naționale de Sănătate „Moldova 2030” este „Populația Republicii Moldova este mai sănătoasă în urma contribuției active a unui sistem de sănătate modern și eficient, care răspunde nevoilor fiecărei persoane”.

Obiectivele pot fi generale și specifice. Strategia stabilește obiective generale, denumite și direcții strategice. Un obiectiv general este o declarație generală cu privire la un rezultat general pe care urmează să îl atingă sistemul de sănătate. De exemplu, un obiectiv general al Strategiei Naționale de Sănătate „Sănătatea-2030” este „reducerea poverii bolilor transmisibile și netransmisibile prin acțiuni de prevenire a îmbolnăvirilor, protecția și promovarea sănătății”.

Obiectivele specifice sunt parte a programelor, documente de planificare pe termen mediu, care vin să asigure implementarea strategiilor. Organizația Mondială a Sănătății definește *obiectivul specific* ca fiind o declarație a unei stări, condiții sau scop dorit în viitor, pe care un program își propune să îl atingă (75). Luând ca exemplu „reducerea poverii bolilor transmisibile și netransmisibile prin acțiuni de prevenire a îmbolnăvirilor, protecția și promovarea sănătății”, un obiectiv specific ar putea fi „reducerea ratei mortalității prin boli cardiovasculare în rândul persoanelor de 30-70 de ani cu 30% până în a. 2030”.

La fel ca și obiectivele generale, obiectivele specifice descriu rezultatele planificate ca urmare a implementării intervențiilor. Stabilirea obiectivelor specifice este esențială din trei motive principale:

- obiectivele definesc clar și precis ceea ce este prevăzut pentru a realiza strategia sau programul;
- obiectivele determină în mare măsură activitățile principale care trebuie realizate în cadrul implementării documentului de planificare strategică;
- obiectivele oferă îndrumările necesare părților interesate și implementatorilor pentru aplicarea instrumentelor adecvate de monitorizare și evaluare.

Un obiectiv specific trebuie să corespundă criteriilor SMART. Adaptat la contextul programului, un obiectiv specific trebuie să fie:

- *specific (S)* – obiectivul trebuie să fie formulat exact și să nu lase loc de interpretări;

- *măsurabil (M)* – obiectivul trebuie să cuantifice schimbarea care trebuie realizată (în exemplul de mai sus, cuantificarea este „reducerea cu 30%”) pentru a se putea demonstra dacă obiectivul a fost atins sau nu;
- *realizabil (fezabil sau realist) (A)* – obiectivul să poată fi realizat cu resursele și capacitățile de implementare disponibile și orice obstacol să poată fi depășit (rezultatul să poată fi atins);
- *relevant (R)* – obiectivul trebuie să se încadreze în politica generală de sănătate sau să se refere în mod logic la obiectivul general / direcția strategică („reducerea ratei mortalității prin boli cardiovasculare” este direct legată de „reducerea poverii bolilor transmisibile și netransmisibile prin acțiuni de prevenire a îmbolnăvirilor, protecția și promovarea sănătății îmbunătățirea sănătății materne”);
- *încadrat în timp (T)* – obiectivul trebuie să fie realizat în intervalul de timp estimat („până în a. 2030”).

Prin urmare, obiectivele generale și obiectivele specifice stabilesc standardele în raport cu care va fi comparată starea actuală a problemei pentru a evalua performanța documentului de planificare strategică. Fără obiective generale și obiective specifice clare, documentul de planificare strategică nu poate fi pus în aplicare în mod eficient și va rezulta în activități dezordonate și inutile.

Faza 2. Formularea direcțiilor de acțiune

Pentru fiecare obiectiv general și obiectiv specific se stabilesc direcțiile de acțiune. De exemplu, pentru obiectivul general al Strategiei Naționale de Sănătate „Sănătatea 2030” „reducerea poverii bolilor transmisibile și netransmisibile prin acțiuni de prevenire a îmbolnăvirilor, protecția și promovarea sănătății”, o direcție de acțiuni este „consolidarea cadrului normativ și implementarea programelor

eficiente pentru controlul factorilor de risc comportamentali (consumul de tutun, consumul de alcool, alimentația nesănătoasă, inactivitatea fizică) și intervenții de prevenire a bolilor netransmisibile, inclusiv screening și depistare precoce, mai ales în rândul bărbaților și adolescenților”.

Faza 3. Dezvoltarea opțiunilor de intervenții

După stabilirea obiectivelor și a direcțiilor de acțiune, se analizează și se evaluează dovezile științifice existente (la nivel internațional, regional, național și local) referitor la opțiunile de intervenție (soluțiile posibile). **O opțiune** este un set de acțiuni posibile identificate care, după derularea lor, duc la rezolvarea problemei și la atingerea obiectivului politicii publice. Opțiunile de intervenții identificate se prioritizează folosind criteriile menționate anterior.

Analiza cost-beneficiu și analiza cost-eficacitate pot fi utilizate în calitate de tehnici analitice în cadrul evaluării opțiunilor și luării deciziilor. Acestea evaluează justificarea costurilor unei opțiuni (acțiuni) pentru obținerea rezultatelor și impactului preconizat.

Analiza cost-beneficiu (ACB) estimează impacturile implementării opțiunilor. Obiectivul analizei cost-beneficiu este de a identifica și cuantifica (în valoare monetară) toate impacturile posibile (positive și negative) ale opțiunii în vederea determinării costurilor și beneficiilor corespunzătoare.

$$\text{ACB} = \text{beneficii} - \text{costuri}$$

Analiza cost-eficacitate (ACE) compară costurile pe unitate de măsură a beneficiilor pentru diferite opțiuni și răspunde la întrebarea care dintre opțiuni trebuie întreprinsă pentru maximizarea rezultatelor. Analiza cost-eficacitate estimează intrările în termeni monetari și rezultatele în termeni cantitativi nemonetari (de exemplu, DALY salvați).

$$ACE = \frac{\text{costuri}}{\text{efecte (vieți salvate, etc.)}}$$

În *figura 34* este prezentată cost-eficacitatea intervențiilor de control al tutunului în Republica Moldova, lei pentru un an de viață sănătoasă salvat (DALY prevenit) (42). Creșterea impozitelor este intervenția cea mai cost-eficăce dintre opțiunile analizate, un an de viață sănătoasă salvat costă 863 de lei.

Analiza cost-beneficiu și analiza cost-eficacitate se utilizează pentru:

- informarea deciziilor cu privire la cea mai eficientă alocare a resurselor;
- identificarea celor mai cost-eficace intervenții.

În baza evaluării opțiunilor alternative se adoptă decizia. De regulă, prin **decizie** se înțelege rezultatul procesului de alegere între două sau mai multe opțiuni (posibilități de acțiune) alternative care pot conduce la îndeplinirea aceluiași obiectiv. Întregul proces prin care se ajunge la această concluzie este cunoscut sub denumirea de „**proces de luare a deciziei**”.

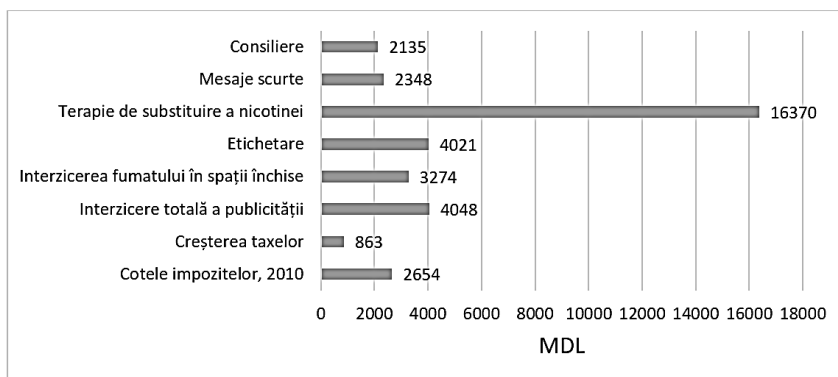


Figura 34. Cost-eficacitatea intervențiilor de control al tutunului, Republica Moldova, 2011 (lei per DALY salvat)

Sursa: (42)

Prioritizarea opțiunilor de intervenții este urmată de analiza SWOT a implementării acestora.

Faza 4. Estimarea costurilor

Estimarea costurilor documentului de planificare strategică servește la determinarea nevoilor de resurse financiare pentru activitățile planificate. Costurile estimate trebuie comparate cu resursele financiare disponibile proiectate, pentru a evalua solvabilitatea și posibilele deficite de resurse. „**Costizarea**” este procesul de identificare a resurselor necesare, în termeni monetari, pentru realizarea unei opțiuni (acțiuni).

Conexiunea cu CBTM. Cadrul bugetar pe termen mediu (CBTM) este un plan cuprinzător de cheltuieli, la nivelul guvernului, care face legătura între prioritățile politicii publice și alocarea resurselor financiare / cheltuielilor într-un cadru fiscal (legat de previziunile macroeconomice și de venituri), de obicei pentru o perioadă de planificare anticipată de trei ani. Bugetarea pe termen mediu ajută la conectarea prognozelor privind veniturile, alocările sectoriale și prioritățile politicii de sănătate și la consolidarea calității și credibilității generale a pachetelor bugetare anuale.

Faza 5. Consultarea părților interesate

Opțiunile de intervenții selectate trebuie consultate cu părțile interesate, inclusiv la nivel intersectorial. Consultarea facilitează implementarea ulterioară a intervențiilor, monitorizarea și evaluarea.

Faza 6. Formularea politicii publice

După selectarea opțiunilor și adoptarea deciziilor se porcede la formularea documentului de politici publice.

Strategia determină viziunea, direcțiile de dezvoltare ale sistemului de sănătate și impactul politicii publice și stabilește indicatorii de monitorizare și evaluare, riscurile de implementare, instituțiile responsabile și procedurile de raportare. O strategie descrie principii,

abordează problema și cauzele problemei și are o aplicare largă. Ea se modifică rar ca răspuns la apariția unor probleme noi, schimbări ale relațiilor sau modificări ale misiunii sau filosofiei instituționale.

Programul abordează problema și cauzele problemei, dar are o aplicare mai îngustă, un subdomeniu. El determină obiectivele generale și specifice, rezultatele și impacturile așteptate și stabilește țintele și indicatorii de monitorizare, costurile de implementare, riscurile în procesul de implementare, instituțiile responsabile și procedurile de raportare, monitorizare și evaluare.

Documentul de planificare strategică definitivat urmează procedura de aprobare și diseminare. În Republica Moldova, documentele de planificare strategică la nivel național se publică în Monitorul Oficial al Republicii Moldova și se plasează pe pagina web a Registrului de stat al actelor juridice: www.legis.md.

Etapa 3. Implementarea

Implementarea reprezintă etapa procesului politicii publice, pe parcursul căreia:

- se asigură legiferarea opțiunilor identificate ca fiind cele mai potrivite;
- se mobilizează resursele necesare și se pun în practică planurile de acțiuni care să conducă la realizarea obiectivelor stabilite și în final la soluționarea problemei;
- se realizează activitățile de monitorizare și evaluare pe tot parcursul implementării prin urmărirea setului de indicatori stabiliți.

Planificarea operațională este un instrument de punere în aplicare a documentelor de planificare strategică.

Planul stabilește acțiunile care trebuie să fie realizate pentru implementarea strategiei sau a programului și se numește plan de acțiuni. El abordează modalitatea de realizare a documentului de politici

publice. Planul stabilește acțiunile ce urmează a fi realizate pentru fiecare dintre obiective, termenele de realizare, instituțiile responsabile, bugetul necesar și indicatorii de monitorizare.

Acțiunile din planul de acțiuni, care implică reglementarea, se elaborează și se adoptă sub formă de legi sau alt tip de act normativ, după care sunt puse în aplicare. Realizarea altor tipuri de acțiuni decât cele ce implică reglementare, presupune elaborarea procedurilor corespunzătoare, care să ghideze derularea de rutină a activităților.

Procedurile au ca scop facilitarea operațiunilor de zi cu zi în cadrul implementării planului. O procedură descrie detaliat procesul, abordează detalii cu privire la responsabilii de realizare, termenele și modalitatea de realizare. Procedura are o aplicație restrânsă și se modifică frecvent ca răspuns la nevoile operaționale ale instituției.

Părțile interesate pot fi implicate în implementare sau punere în aplicare.

Etapă 4. Monitorizarea și evaluarea

Monitorizarea și evaluarea sunt instrumente esențiale de management care contribuie la asigurarea implementării activităților de sănătate conform celor planificate și la evaluarea atingerii obiectivelor stabilite. Monitorizarea și evaluarea derulează simultan cu implementarea politicii publice. Prin monitorizare se evaluează progresul în realizarea activităților, iar evaluarea măsoară realizarea obiectivelor.

6.3. Monitorizare și evaluare în sectorul sănătății

6.3.1. Concepte de bază

Monitorizarea și evaluarea sunt componente esențiale ale:

- documentelor de politici publice;
- sistemelor de sănătate.

Ele oferă cadrul pentru informarea procesului de luare a deciziilor și de îmbunătățire a calității, eficienței și eficacității documentelor de politici publice, serviciilor de sănătate și sensibilității lor la nevoile de sănătate ale populației. Monitorizarea și evaluarea oferă celor trei categorii de actori ai sistemului de sănătate posibilitatea de a învăța din experiența anterioară, a îmbunătăți prestarea de servicii, planificarea și alocarea resurselor și a demonstra rezultate ca parte a responsabilității față de părțile interesate.

Monitorizarea se referă la urmărirea continuă a implementării acțiunilor planificate, colectarea sistematică și de rutină a informațiilor pentru a măsura progresul privind atingerea obiectivelor specifice (țintelor) într-o anumită perioadă de timp și a identifica devierile. Monitorizarea folosește un set de indicatori și ținte care sunt legate de direcțiile strategice și obiectivele principale ale sectorului sănătății. Monitorizarea constă în compararea activităților efectiv realizate și a rezultatelor efectiv obținute cu cele planificate. De exemplu, monitorizarea poate arăta că numărul persoanelor supuse screeningului pentru cancerul de col uterin este în scădere sau în creștere în comparație cu cel planificat. Monitorizarea poate oferi, de asemenea, informații despre raportarea unor evenimente neobișnuite sau cu o frecvență crescută, cum ar fi numărul crescut de cazuri de o anumită boală, fapt ce implică luarea de măsuri. Planul de monitorizare este parte componentă a planului de acțiuni.

Monitorizarea determină eficiența programului. Eficiența se măsoară de obicei prin raportul dintre activități și intrări (maximizarea ieșirilor, ieșiri în raport cu resursele investite).

Evaluarea determină periodic gradul de atingere a obiectivelor și impactul documentului de politică publică sau al sistemului de sănătate. Ea determină eficacitatea politicii publice sau a sistemului de sănătate. Eficacitatea se măsoară prin raportul dintre ieșiri și intrări (raportul dintre obiectivul rezultatului obținut și obiectivul ce trebuia atins). Evaluarea este efectuată de obicei de către evaluatori externi (*tabelul 25*).

Tabelul 25. Monitorizare versus evaluare

Monitorizare	Evaluare
Continuă – cotidiană.	Periodică – la sfârșitul etapelor esențiale (de regulă un ciclu de finanțare).
Produce rapoarte de progres.	Produce o analiză profundă a realizării obiectivelor.
Se axează pe acțiuni și ieșiri (<i>eng. outputs</i>).	Se axează pe rezultate și impact.
Alertează conducerea despre problemele depistate.	Oferă conducerii opțiuni de politici.
Măsoară eficiența programului (raportul activități / intrări).	Măsoară eficacitatea programului (raportul dintre ieșiri și intrări).
Autoevaluare.	Autoevaluare și analiză externă.

Evaluarea cuantifică rezultatele obținute în urma implementării intervențiilor și furnizează bazele pentru următorul ciclu al politicii publice de sănătate.

6.3.2. Importanța monitorizării și evaluării

Monitorizarea și evaluarea sunt esențiale pentru:

- urmărirea progresului și a performanței documentelor de planificare strategică și a sistemului național de sănătate;
- monitorizarea la nivel de țară asigură date și informații pentru monitorizarea regională și globală a problemelor prioritare de sănătate. De exemplu, statele membre ale OMS au convenit asupra unui set de referință la nivel global de *100 de Indicatori principali de sănătate (20)* și sute de alți indicatori care acoperă o gamă largă de programe de sănătate și boli, care au fost prioritizați pentru a monitoriza progresul. Republica Moldova monitorizează realizarea acestor indicatori și raportează la nivel regional și global cu privire la progres;

- raportarea progreselor privind atingerea celor 13 ținte asociate cu ODD 3.8 *„Asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării tuturor la toate vârstele”*;
- monitorizarea inechităților în materie de sănătate (în funcție de diverse caracteristici, inclusiv demografice (vârstă, sex), statut socioeconomic (bunăstare, educație), distribuție geografică și alte caracteristici (migrație, minorități etc.);
- asigurarea unor mecanisme funcționale de supraveghere pentru detectare, raportare și răspuns la evenimente specifice (de exemplu, COVID-19);
- monitorizarea, evaluarea și revizuirea sunt necesare pentru responsabilitate, iar responsabilitatea este necesară pentru dialogul de politici.

6.3.3. Cadrul logic al procesului de monitorizare și evaluare

În *figura 35* este prezentat cadrul logic al procesului de monitorizare și evaluare. Acesta include: domeniile pentru care se colectează datele; sursele de date și instrumentele utilizate pentru colectarea datelor; procedurile de analiză și sinteză a datelor; și procedurile de comunicare și utilizare a datelor pentru luarea deciziilor bazate pe dovezi. Monitorizarea și evaluarea cuprind patru domenii de indicatori: a) de intrări și de procese; b) de ieșiri; c) de rezultat; și d) de impact (62).

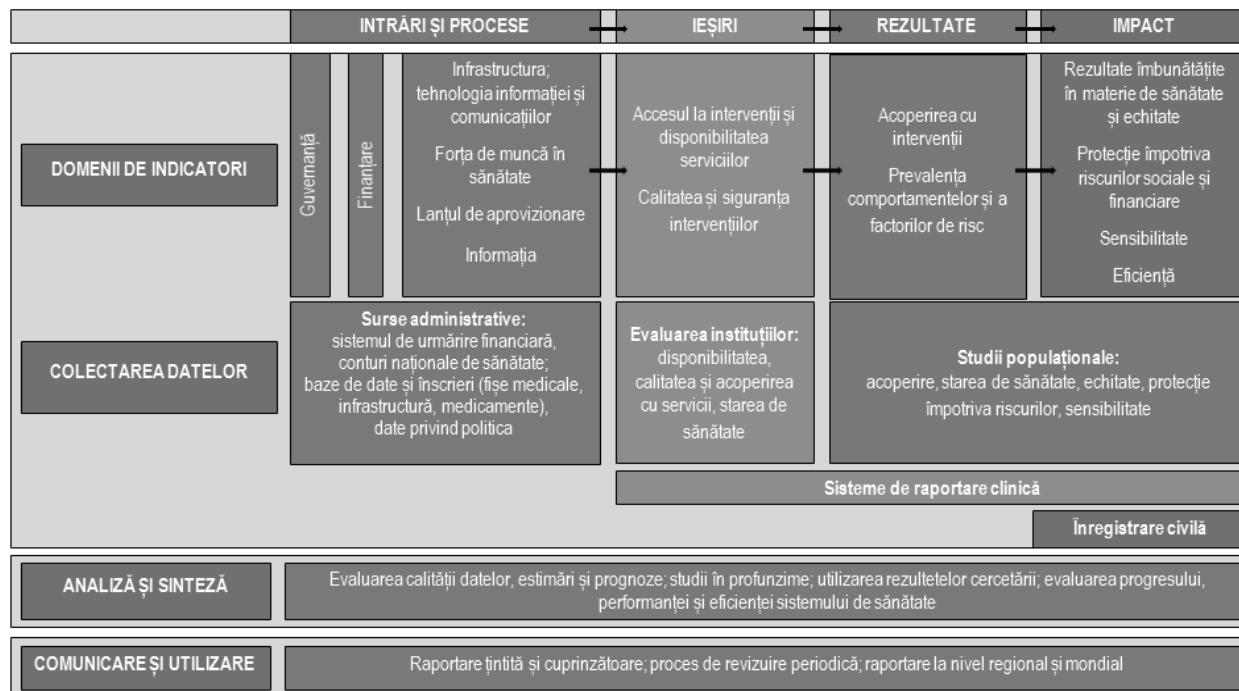


Figura 35. Cadrul logic al procesului de monitorizare și evaluare al sistemului de sănătate

Sursa: (62)

6.3.3.A. Domeniile de indicatori

- a) **Indicatorii de intrări** (resurse) se referă la infrastructură, tehnologia informației și comunicațiilor, forța de muncă în sănătate, aprovizionarea cu medicamente, consumabile, utilități, finanțare și guvernare.

Exemple: densitatea și distribuția lucrătorilor medicali (ODD 3.c.1), cheltuielile curente pentru sănătate ca % din PIB, densitatea paturilor spitalicești, existența unei strategii naționale de sănătate.

Indicatorii de proces măsoară activitățile și ieșirile unui program (produse directe sau livrabile ale activităților). Împreună, măsurătorile activităților și ieșirilor indică dacă programul este implementat conform celor planificate.

Exemple: formarea forței de muncă din domeniul sănătății, construirea unei instituții medico-sanitare, înregistrarea nașterilor și a deceselor.

- b) **Indicatorii de ieșiri** (*eng. outputs*) se referă la accesul la servicii, disponibilitatea și calitatea serviciilor și siguranța pacientului.

Exemple: accesul la medicamente esențiale de bază (ODD 3.b.3), rata mortalității perioperatorii, rata mortalității materne intraspitalicești, rata de notificare a tuberculozei, rata de retenție a tratamentului antiretroviral.

- c) **Indicatorii de rezultat (intermediar)** măsoară rezultatele (efectele sau schimbările) așteptate pe termen scurt și mediu ca urmare a implementării politicii publice. Aceștia se referă la acoperirea cu intervenții, prevalența comportamentelor și a factorilor de risc pentru sănătate.

Exemple: rata alăptării exclusive până la vârsta de 6 luni, rata acoperirii vaccinale, prevalența utilizării tutunului, rata utilizării contraceptivelor, proporția pacienților hipertensivi, care își controlează tensiunea arterială.

d) **Indicatorii de impact** măsoară obiectivele finale ale sistemului de sănătate: starea de sănătate a populației, protecția financiară, sensibilitatea la așteptările nemedicale ale pacienților și eficiența sistemului de sănătate sau rezultatele pe termen lung ale politicii publice de sănătate. Exemple: speranța de viață la naștere, rata mortalității materne (ODD 3.1.1), mortalitatea prematură din cauza bolilor netransmisibile (ODD 3.4.1), rata mortalității prin boli cardiovasculare, rata prevalenței diabetului, plățile din buzunar (65).

6.3.3.B. Colectarea datelor

În calitate de surse de date pot servi:

- sursele administrative: conturile naționale în sănătate; bazele de date și înregistrările referitor la infrastructură, medicamente, fișele medicale etc.; date privind politica de sănătate;
- date rezultate din evaluarea instituțiilor medico-sanitare: disponibilitatea și calitatea serviciilor de sănătate, acoperirea cu servicii de sănătate, starea de sănătate a populației;
- studii efectuate la nivelul populației cu privire la acoperirea cu servicii, starea de sănătate a populației, echitate, protecția împotriva riscurilor sociale și financiare, sensibilitatea sistemului de sănătate la așteptările nemedicale ale populației;
- sistemele de raportare / notificare ale instituțiilor medico-sanitare;
- sistemul de înregistrare civilă.

Instrumentele de colectare a datelor sunt instrumente indispensabile care permit colectarea, gestionarea și analiza datelor în mod eficient. În calitate de instrumente pot fi utilizate: chestionare, interviuri, discuții în focus-grup, observații, studii de caz, aplicații mobile de colectare a datelor, date de rutină din instituțiile medico-sanitare, alte documente și înregistrări. Instrumentele se selectează în funcție de obiectivele și cerințele specifice ale documentului de politici publice și domeniul de aplicare al activităților de monitorizare și evaluare.

6.3.3.C. Analiza și sinteza datelor

Analiza și sinteza datelor cuprinde evaluarea calității datelor, estimări și prognoze, studii în profunzime, utilizarea datelor cercetărilor și evaluarea progresului, performanței și eficienței sistemului de sănătate.

Calitatea datelor colectate în cadrul monitorizării și evaluării este crucială. Raportarea datelor se face, respectând procedurile de calitate general acceptate. Calitatea datelor și, respectiv, a indicatorilor care rezultă din aceste date trebuie să corespundă anumitor critei generale cum ar fi relevanța, soliditatea științifică și aplicabilitatea indicatorilor pentru utilizatori (*tabelul 26*).

Identificarea și luarea în considerare a erorilor datorate raportării incomplete, inexactităților sau nereprezentativității este, de asemenea, esențială și sporește considerabil credibilitatea rezultatelor. Aceasta include următoarele:

- evaluarea caracterului complet al raportării de către instituțiile medico-sanitare și alte instituții;
- evaluarea acurateței numitorilor subnaționali ai populației (estimați anual de către Biroul Național de Statistică în baza datelor recensământului);
- precizia estimărilor cu privire la acoperire, făcute în baza datelor raportate;
- analiza sistematică a valorilor indicatorilor care provin din instituții și studii în gospodării;
- ajustări ale valorilor indicatorului, utilizând metode transparente și bine documentate.

Tabelul 26. Criterii generale privind indicatorii

Criteriul general	Caracteristicile
Relevanță:	- Indicatorul este în legătură cu o anumită problemă de interes; - indicatorul se referă la sănătate și/sau este legat de factori ce influențează sănătatea; - indicatorul este sensibil la modificările situației în cauză; - indicatorul avertizează din timp cu privire la schimbările iminente.
Soliditate științifică:	- Indicatorul este lipsit de erori și factori de confuzie sau acestea sunt minimizate și este reprezentativ pentru condițiile în cauză; - indicatorul este credibil, fiabil și valid din punct de vedere științific. El este generat în baza unor protocoale și proceduri standardizate; - indicatorul se bazează pe cele mai bune date disponibile de calitate acceptabilă; - indicatorul este robust și neafectat de modificări minore ale metodei sau scalei utilizate pentru construirea lui.
Aplicabil pentru utilizatori:	- Indicatorul este relevant pentru nevoile politicii de sănătate și pentru gestionarea sistemului de sănătate; - indicatorul se bazează pe date disponibile sau date care pot fi colectate sau monitorizate cu cheltuieli financiare și/sau de timp rezonabile; - indicatorul este ușor de înțeles și de aplicat de către potențialii utilizatori; - indicatorul este acceptabil pentru părțile interesate; - indicatorul este disponibil atunci când este necesar.

Evaluarea calității datelor și ajustarea trebuie făcute în mod regulat, iar rezultatele acestor evaluări trebuie să fie făcute publice. Componenta monitorizare și evaluare a politicii publice sau a sistemului de sănătate trebuie să abordeze acest subiect și să specifice instituțiile responsabile pentru procesul de evaluare și ajustare a calității datelor.

6.3.3.D. Comunicarea datelor

Datele trebuie transformate în informații relevante pentru a facilita luarea deciziilor bazate pe dovezi. Acest lucru implică comunicarea și diseminarea statisticilor într-un format și limbaj accesibile factorilor de decizie de nivel superior. Informațiile sunt utilizate la diferite niveluri ale sistemului de sănătate pentru prestarea serviciilor de sănătate, managementul sistemului de sănătate, alocarea resurselor, planificare, pledoarie și dezvoltarea politicilor. Informațiile sunt folosite de o gamă largă de utilizatori, fiecare cu perspective tehnice diferite și cu vocabulare și metode de comunicare asociate. Diseminarea trebuie să ia în considerare nevoile diferiților utilizatori și să identifice cele mai eficiente modalități și canale de comunicare.

Tempul de difuzare a informațiilor trebuie să fie planificat astfel, încât să se potrivească cu ciclurile de planificare și nevoile utilizatorilor. Legăturile dinamice dintre cerere, ofertă și calitatea informațiilor trebuie să încurajeze cultura solicitării de informații și promovarea utilizării informațiilor. Unele dintre cele mai eficiente mecanisme implică conexiunea datelor și a informațiilor cu alocarea efectivă a resurselor (bugetarea) și dezvoltarea unei planificări bazate pe indicatori.

6.3.3.E. Utilizarea datelor

Adoptarea unui document de politici publice în domeniul sănătății implică luarea deciziilor informate de / bazate pe dovezi pentru a presta servicii de sănătate eficiente pentru toți cetățenii cu resursele limitate disponibile. **Procesul decizional informat de dovezi** este o abordare sistematică și transparentă care aplică metode structurate și reproductibile pentru a identifica, evalua și utiliza dovezile în cadrul proceselor decizionale, inclusiv pentru implementare. În acest sens sunt necesare eforturi coordonate ale producătorilor și utilizatorilor de date de la toate nivelurile sistemului de sănătate.

Disponibilitatea datelor și, respectiv, a indicatorilor statistici de calitate înaltă permite planificatorilor, managerilor și prestatorilor de servicii de sănătate de la toate nivelurile sistemului de sănătate să ia decizii informate de / bazate pe dovezi. Datele agregate sunt necesare la niveluri superioare pentru elaborarea documentelor de politici strategice și alocarea resurselor. Îmbunătățirea relației dintre calitatea datelor și implicit a statisticilor, cererea de date și utilizarea lor creează un ciclu care poate contribui la îmbunătățirea documentelor de politici publice de sănătate.

Utilizarea datelor privind sănătatea pentru luarea deciziilor și acțiuni în vederea îmbunătățirii calității serviciilor de sănătate și pentru realizarea obiectivelor de performanță este, de asemenea, ingredientul vital al responsabilității sistemului de sănătate.

Exerciții de recapitulare

1. Determinați tipul de planificare.

Denumirea documentului de politici publice	Planificare strategică	Planificare operațională	Planificare ad-hoc
1. Programul național de prevenire și control al bolilor netransmisibile prioritare pentru anii 2023-2027			
2. Planul de pregătire și răspuns la infecția cu COVID-19			
3. Strategia națională de sănătate „Sănătatea – 2030”			
3. Planul de realizare a Programului național de control al cancerului pentru anii 2016-2025 pentru anul 2024			

2. Selectați componentele specifice pentru cele două tipuri de planificare.

Caracteristicile	Planificare strategică	Planificare operațională
1. Viziune		
2. Direcție strategică		
3. Obiectiv specific		
4. Termen de realizare		
5. Direcție de acțiuni		
6. Surse de finanțare		
7. Indicatori de impact		
8. Indicatori de monitorizare		
9. Indicatori de evaluare		
10. Costul		

3. Care dintre următoarele sunt definite ca politici de sănătate?
- legile adoptate de Parlament
 - un set de trasee pentru deplasarea pacienților prin sistemul de sănătate
 - acțiuni de abordare a provocărilor legate de problemele de sănătate
 - procesul de descentralizare a îngrijirilor de sănătate
 - fișa de post a lucrătorului medical.
4. Care sunt cele mai frecvente activități de elaborare a politicilor de sănătate, în ordinea derulării lor?
- analiză, planificare, implementare și evaluare
 - dezvoltare, evaluare, dedicare și apreciere
 - analiză, interpretare, integrare și clasificare
 - evaluare, clasificare, livrare și inspecție
 - monitorizare, clasificare, standardizare și evaluare

5. Găsiți la următoarea adresă electronică:
https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=138493&lang=ro Strategia națională de sănătate „Sănătatea-2030. Faceți cunoștință cu Strategia și răspundeți la următoarele întrebări.
- Ce probleme a evidențiat analiza situației?
 - Care este viziunea Strategiei?
 - Câte obiective generale are Strategia și care sunt ele?
 - Care sunt impacturile așteptate ca urmare a implementării Strategiei?
 - Ce indicatori de monitorizare și evaluare sunt prevăzuți și ce domenii acoperă aceștia?

Întrebări de recapitulare

- Dați definiția politicii de sănătate.
- Ce tipuri de planificare în domeniul sănătății cunoașteți?
- Ce înseamnă planificare strategică?
- Prin ce se deosebește planificarea strategică de planificarea operațională?
- Cine sunt actorii implicați în procesul politicii de sănătate?
- Care sunt etapele planificării?
- Describeți fiecare etapă a procesului de planificare.
- Ce înseamnă analiza SWOT în cadrul procesului politicii de sănătate?
- Care sunt criteriile de priorizare a problemelor de sănătate?
- Care sunt criteriile de priorizare a intervențiilor de soluționare a problemelor?
- Ce înseamnă un obiectiv SMART?
- Ce tehnici analitice se utilizează în cadrul evaluării opțiunilor de intervenție?
- Ce înseamnă monitorizare?

14. Ce înseamnă evaluare?
15. Care este diferența dintre monitorizare și evaluare?
16. Care este importanța monitorizării și a evaluării?
17. Dați exemple de indicatori de monitorizare.
18. Dați exemple de indicatori de evaluare.
19. Ce înseamnă calitatea datelor în contextul monitorizării și a evaluării?
20. Care sunt scopurile utilizării datelor provenite din monitorizare și evaluare?

BIBLIOGRAFIE

1. Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. Public Health 2021; 199: 20–24.
2. Detels R et al. Oxford textbook of Global Public Health. Oxford textbook, 2015.
3. Donabedian A. Twenty years of research on the quality of medical care: 1964-1984. Eval. Health Prof. 1985;8(3):243-265.
4. Eisenberg L. Does social medicine still matter in an era of molecular medicine? Journal of Urban Health, 1999, 2, vol. 76, pg. 164-175.
5. European Core Health Indicators. Disponibil la:
https://health.ec.europa.eu/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi_en
6. Eurostat. Preventable and treatable mortality statistics. Statistics Explained. Eurostat, 2020.
7. Hobson, William. What is Social Medicine? Br Med J, 1994, vol. 2, pg. 125-30.
8. Hotărârea Guvernului nr. 1291 din 2 decembrie 2016 cu privire la aprobarea Programului național de control al cancerului pentru anii 2016-2025. Disponibil la:
https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=96628&lang=ro
9. Hotărârea Guvernului nr. 386 din 17 iunie 2020 Cu privire la planificarea strategică. Disponibil la:
https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=145294&lang=ro.
10. Hotărârea Guvernului nr. 129 din 15 martie 2023 cu privire la aprobarea Programului național de prevenire și control al bolilor netransmisibile prioritare în Republica Moldova pentru anii 2023-2027. Disponibil la:
https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=136642&lang=ro.
11. Hotărârea Guvernului nr. 387 din 14 iunie 2023 cu privire la aprobarea Strategiei naționale de sănătate „Sănătatea 2030”. Disponibil la:
https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=138493&lang=ro.
12. Hotărârea Guvernului nr. 874 din 23.12.2024 cu privire la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. Disponibil la:
https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=146494&lang=ro.
13. Indicator 3.b.3: Proportion of health facilities that have a core set of relevant essential medicines available and affordable on a sustainable

- basis. Disponibil la: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-0B-03.pdf>.
14. Lange, KW. Rudolf Virchow, poverty and global health: from “politics as medicine on a grand scale” to “health in all policies”. *Global Health Journal*, 2021, vol. 5, pg. 149-154. ISSN: 2414-6447.
 15. Last MJ. *A Dictionary of Epidemiology*. Oxford University Press, USA, 220 p.
 16. Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=142787&lang=ro#.
 17. Lohr KN (ed). *Medicare: a strategy for quality assurance*. Washington DC: Institute of Medicine/National Academy Press, 1990.
 18. Longest BB. *Health Policymaking in the United States*. 4th ed. Chicago, IL: Health Administration Press; 2006.
 19. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al. Measuring the Global Burden of Disease and Risk Factors, 1990–2001. In: Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al., editors. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2006. Chapter 1. Disponibil la: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11817/> Co-published by Oxford University Press, New York.
 20. Maximova K, Loyola EE, Rippin H et al. Exploring educational inequalities in hypertension control, salt knowledge and awareness, and patient advice: insights from the WHO STEPS survey of adults from nine Eastern European and Central Asian countries. In: *Public Health Nutrition*. 2023;26(S1):s20-s31. doi:10.1017/S1368980023000356.
 21. Mosialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. Funding health care: options for Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies*. World Health Organization. 2002, 327 p. ISBN 0 335 20924 6. Disponibil la: https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/funding-health-care.pdf?sfvrsn=ec926603_3&download=true.
 22. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. In: *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6). Disponibil la: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/268164/PMC2560787.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

23. Murray CJL, Salomon JA, Mathers C, Lopez AD. Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics; Measurements and Application. World Health Organization, Geneva, 2002. ISBN 92 4 154551 8. 799 p. Disponibil la: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42439/9241545518.pdf>.
24. National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova. Available at: <https://statistica.gov.md/ro>.
25. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of epidemiology of population change. Milbank Meml Fund Q, 1971, vol. 49, pg. 509-538.
26. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1033 din 11.11.2021 Cu privire la aprobarea listei naționale a medicamentelor esențiale. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=128625&lang=ro.
27. Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 1070/283-A din 23 decembrie 2024 privind aprobarea criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2025 și modalității de facturare și achitare a serviciilor medicale acordate. Disponibil la: http://cnam.md/wp-content/uploads/2025/01/283-A-1070-23.12.2024_.pdf?x35461.
28. Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 1089/288 din 23 decembrie 2024 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=146939&lang=ro.
29. Pan American Health Organization Health Indicators. Conceptual and operational considerations. Washington, D.C.: PAHO; 2018.
30. Penina O, Mesle F, Vallin J. Mortality trends by causes of death in the Republic of Moldova. Chișinău, 2022. CEP Medicina, 277 p. ISBN 978-9975-82-233-6.
31. Penina O. Regional mortality disparities in the Republic of Moldova. Chișinău, 2022. CEP Medicina, 116 p. ISBN 978-9975-82-234-3.
32. Raevschi E. Mortalitatea cardiovasculară prematură în Republica Moldova. Chișinău, 2017. Tipogr. „Elan Poligraf”, 162 p. ISBN 978-9975-66-571-1.
33. Rogado J, Pangua C, Serrano-Montero G et al. Covid-19 and lung cancer: A greater fatality rate? Lung Cancer. 2020 Aug;146:19-22. doi: 10.1016/j.lungcan.2020.05.034.

34. Rose G. Strategy of Preventive Medicine. Oxford, UK: Oxford University Press; 1992.
35. Rosen G. What Is Social Medicine? A Genetic Analysis of Concept. 1947, vol. 21.
36. Rosen G. Poverty and Health. American Journal of Public Health, 1969.
37. Schneider, Jane-Mary. Introduction to Public Health, 3rd edition. 2011.
38. Standardul de calificare: Medicină. Ordinul Ministerul Educației, Culturii și Cercetării nr. 516/2020. Disponibil la: https://mecc.gov.md/sites/default/files/sc_7_cncrm_medicina.pdf
39. Standardul de calificare: Asistență medicală generală. Ordinul Ministerul Educației, Culturii și Cercetării nr. 516/2020. Disponibil la: https://mecc.gov.md/sites/default/files/sc_6_cncrm_asistenta_medicala_generala.pdf
40. STEPS: prevalența factorilor de risc pentru bolile netransmisibile în Republica Moldova, 2021. Copenhaga: Biroul Regional al OMS pentru Europa; 2022. Disponibil la: <https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2022/12/STEPS-MOLDOVA-RO-PRINT-1-1.pdf>
41. Thacker SB, Birkhead GS. Surveillance. In: Gregg, MB, ed. Field epidemiology. Oxford, England: Oxford University Press; 2008.
42. Țurcanu Gh, Obreja G, Șalaru I. Costs, effects and cost-effectiveness of tobacco control strategies in the Republic of Moldova. World Health Organization, 2011.
43. Universal Declaration of Human Rights. 1948. Disponibil la: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.
44. United Nations. Principles and recommendations for population and housing censuses. 2008. ISBN 978211561593. DOI: <https://doi.org/10.18356/be1ae14b-en>.
45. United Nations Development Programme. The SDGs in Action. Goal 3. Good Health and well-being. Disponibil la: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals/good-health>.
46. UNFPA. The demographic transition. In: PAPP101-S01: Demography on the world stage. Disponibil la: http://papp.iussp.org/sessions/papp101_s01/PAPP101_s01_090_010.html.
47. Vieira da Silva, LM. Jules Guérin and social Medicine in 1848. Journal of Medical Biography, 2024, no.1, vol. 32, pg. 96-102.

48. Washington Group on Disability Statistics. Disponibil la: <https://www.washingtongroup-disability.com/>.
49. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. JAMA. 1995;273(1):59-65. doi:10.1001/jama.1995.03520250075037.
50. Winkelmann J, Panteli D, Blümel M, and Busse R. Universal health coverage and the role of evidence-based approaches in benefit basket decisions. In: Eurohealth, 2018, Vol. 24, No. 2.
51. Winslow, CEA. The united field of public health. Mod Med 1920;2:183-91.
52. WHOQOL group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. The International Journal of Mental Health, 1994, vol. 23. 0020-7411.
53. WHOQOL-100, Field Trial. The 100 questions with response scales. Geneva: World Health Organization. Division of Mental Health, 1995.
54. World Health Organization. Regional Office for Europe. Declaration of Alma Ata. 1978. WHO/EURO:1978-3938-43697-61471.
55. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, 1986.
56. World Health Organization. Health21. The health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen, 1999. ISBN 92 890 13494. Disponibil la: <https://iris.who.int/handle/10665/272657>.
57. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva, 2000. ISBN 924156198x. Disponibil la: <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>.
58. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health, WHA-21. 2001. Disponibil la: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
59. World Health Organization. The World Health Report 2003: Shaping the Future. ISBN 92 4 156243 9. Disponibil la: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42789/9241562439.pdf;jse>.
60. World Health Organization. International Health Regulation (2005). Disponibil la: https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1.

61. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. 2007.
62. World Health Organization. Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability. World Health Organization, Geneva, 2011.
63. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2030. Disponibil la: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/governance/roadmap>.
64. World Health Organization. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. October 2013, Geneva: WHO. Disponibil la: <https://www.who.int/publications/m/item/how-to-use-the-icf---a-practical-manual-for-using-the-international-classification-of-functioning-disability-and-health>
65. World Health Organization. Regional Office for Europe. Self-assessment tool for evaluation of essential public health operations in the WHO European Region. Copenhagen, 2015. ISBN 978 92 890 50999.
66. World Health Organization. Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDG). Geneva, 2018. Disponibil la: [https://www.who.int/publications/i/item/2018-global-reference-list-of-100-core-health-indicators-\(-plus-health-related-sdgs\)](https://www.who.int/publications/i/item/2018-global-reference-list-of-100-core-health-indicators-(-plus-health-related-sdgs)).
67. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, version: 2019. Disponibil la: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.
68. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-11. 2019. Disponibil la: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.
69. World Health Organization. Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva; 2020. Disponibil la: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf.

70. World Health Organization. WHO Global Health Expenditure Database. [Interactiv] 2022. Disponibil la: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.
71. World Health Organization. Application of the essential public health functions: an integrated and comprehensive approach to public health. Geneva. World Health Organization, 2024.
72. World Health Organization. WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). Disponibil la: https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/english_whoqol_bref
73. World Health Organization. NCD Global Monitoring Framework. Disponibil la: <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-surveillance-global-monitoring-framework>.
74. World Health Organization. Quality of care. Disponibil la: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1.
75. World Health Organization. Health Systems Strengthening Glossary. Disponibil la: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf>