

îmbunătățire la nivel de comunicare interpersonală și activitate în echipă.

Cultura siguranței pacienților de profil neurochirurgical este asigurată de încurajarea și conștientizarea necesității lucrului în echipă, de coordonarea și comunicarea eficientă la nivelul diferitor compartimente din cadrul instituției. Consolidarea comunicării interpersonale va contribui la creșterea siguranței îngrijirilor medicale și a calității acestora.

Bibliografie

1. Aspden P., Corrigan J., Wolcott J. *Patient Safety, Achieving a New Standard for Care*. Washington: The National Academies Press, 2004.
2. Reid P.R., Compton W.D., Grossman J.H., Fanjiang G. *Building a better delivery system. A new engineering/health care partnership*. Washington: National Academies Press, 2005. 15 p.
3. Hughes R.G., Clancy C.M. Working conditions that support patient safety. In: *J. Nurs. Care Qual.*, 2005, nr. 20(4), pp. 289-292.
4. Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S. *To errors human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press, 1999.
5. Schein E. *Organizational Culture and Leadership San Francisco*. San Francisco: Jossey-Bass, 1985.
6. Ronald G.S. Developing and operationalizing a culture of safety. In: *Chinese Hospitals*, 2005, nr. 9(12), pp. 7-8.
7. Clarke S. Perceptions of organizational safety: implications for the development of safety culture. In: *J. Org. Behavior*, 1999, nr. 20(2), pp. 185-198.
8. Zohar D. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. In: *J. Appl. Psychol.*, 1980, nr. 65(1), pp. 96-102.
9. Zohar D. A group-level model of safety climate: testing the effect of group climate on micro-accidents in manufacturing jobs. In: *J. Appl. Psychol.*, 2000, nr. 85(4), pp. 587-596.
10. Schein E. Organizational culture. In: *Am. Psychologist*, 1990, nr. 45, pp. 109-119.
11. Schneider B., Goldstein H., Smith D. The ASA framework: an update. In: *Personnel Psychol.*, 1995, nr. 40, pp. 747-773.
12. Helmreich R., Merritt A. *Culture at work in aviation and medicine: national, organizational, and professional influences*. No176. Aldershot, UK: Ashgate, 1998.

Silvia Danu, director medical,
Centrul de Diagnostic German,
tel.: +373 60170042,
e-mail: silvia.danu@cdg.md

CZU: 368.941.6:369.254.22(478)

ESTIMAREA FENOMENULUI DE DIZABILITATE LA POPULAȚIA ADULTĂ

**Alina FERDOHLEB¹, Larisa SPINET¹,
Narcisa MAMALIGA²,**

¹IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

Nicolae Testemițanu,

²Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă

Rezumat

Articolul prezintă date privind dinamica fenomenului de dizabilitate la nivel național. În acest context mai sunt analizate și reformele similare din țările europene. Aproximativ două treimi din persoanele cu dizabilități trăiesc în țările în curs de dezvoltare și cu o economie de tranziție sau precară. La nivel global, peste un miliard de persoane sau circa 15,0% din populația lumii trăiesc cu o formă de dizabilitate. În baza cercetării date s-a constatat că fiecare a șasea persoană cu dizabilitate se încadrează în categoria celor cu deficiențe severe (cu capacitatea de muncă păstrată în proporție de până la 20,0%); fiecare a șasea din zece persoane cu dizabilități este originară din mediul rural. Putem menționa cu certitudine că dizabilitatea reprezintă o problemă tot mai stringentă nu numai pentru serviciul de determinare a dizabilității și a capacității de muncă, dar și pentru întreaga societate, care căpătă amploare la nivel național datorită fenomenelor sociale precum: migrația populației economice active, îmbătrânirea populației, creșterea numărului de maladii netransmisibile și „contemporane” (arderea profesională, probleme legate de progresul tehnico-științific etc.).

Cuvinte-cheie: persoană cu dizabilitate, serviciul de determinare a dizabilității și capacității de muncă, capacitate de muncă păstrată

Summary

Estimation of the adult population disability phenomenon

This article presents data on the dynamics of the phenomenon at national level. The reforms in the European countries are analyzed in the context. Approximately two-thirds of people with disabilities live in developing countries with transition or precarious economies. Globally over one billion people, accounting for about 15,0% of the world's population, live with a form of disability. Based on the survey data, it is found that every sixth person with disabilities falls into the category of severely disabled (with up to 20% retained work capacity); each sixth out of ten people with disabilities is from rural areas. We can say with certainty that disability is an increasingly pressing issue not only for the service of determining disability and work capacity, but also for the whole society, which is caused by contemporary phenomena: the migration of the economically active population, aging, the increase in the number of non-transmissible and “contemporary” (professional burnout, related to technical-scientific progress, etc.).

Keywords: disabled person, disability and work capacity determination service, preserved work capacity

Резюме**Оценка феномена инвалидности у взрослого населения**

В данной статье представлены данные о динамике феномена инвалидности на национальном уровне. В этом контексте было также рассмотрено осуществление соответствующих реформ в европейских странах. Примерно две трети людей с ограниченными возможностями живут в развивающихся странах с переходной или нестабильной экономикой. А во всем мире более одного миллиарда человек, что составляет около 15% населения мира, живут в условиях ограниченной жизнедеятельности. На основании данных проведенного исследования выявили, что каждый шестой инвалид относится к категории лиц с тяжелыми формами инвалидности (при сохранении трудоспособности до 20%); каждый шестой из десяти инвалидов – из сельской местности. Можно с уверенностью сказать, что инвалидность становится все более насущной проблемой не только для службы по определению инвалидности и трудоспособности, но и для всего общества. Феномен инвалидности растет на национальном уровне из-за таких социальных явлений, как миграция экономически активного населения, старение населения, увеличение количества неинфекционных и «современных» заболеваний (профессиональное выгорание, проблемы, связанные с научно-техническим прогрессом и т.д.).

Ключевые слова: человек с ограниченными возможностями, служба по установлению инвалидности и трудоспособности, сохраненная трудоспособность

Introducere

Dizabilitatea este o problemă tot mai serioasă la nivel global. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, "dizabilitatea este reprezentată de orice restricție sau lipsă (rezultată în urma unei infirmități) a capacității (abilității) de a îndeplini o activitate în maniera sau la nivelul considerat normal pentru o ființă umană". Potrivit Organizației Internaționale a Persoanelor cu Dizabilități (DPI), "dizabilitatea este rezultatul interacțiunii dintre o persoană care are o infirmitate și barierele ce țin de mediul social și atitudinal, de care ea se poate lovi". Fenomenul dizabilității este o problemă actuală și importantă a societății, fiind o cauză majoră a reducerii capacității de muncă. La nivel global, peste un miliard de persoane trăiesc cu una sau mai multe forme de dizabilitate, ce reprezintă 15% din toată populația. Totodată, două treimi din persoanele cu dizabilități locuiesc în țări în curs de dezvoltare și cu economie în tranziție.

În Republica Moldova, acest fenomen este stringent și e agravat de procesul de migrație a populației în vârstă aptă de muncă, de îmbătrânirea populației cu „sediul obișnuit de reședință”, precum și de numă-

rul înalt al cazurilor de maladii netransmisibile (de ex., boli cardiovasculare, diabet zaharat, cancer etc.).

Acest studiu are ca scop analiza problemelor serviciului pentru determinarea dizabilității și a capacității de muncă păstrate, atât la nivel național, cât și în țările din regiunea europeană.

Materiale și metode

În calitate de materiale de studiu a servit documentația oficială/rapoartele Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale (MSMPS), Consiliului Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă (CNDDCM), Agenției Naționale pentru Sănătate Publică (ANSP) și ale Biroului Național de Statistică (BNS) pentru o perioadă de zece ani (2007–2017).

S-au utilizat metodele: bibliografic-istorică, analitico-comparativă și sinteza analitică. Au fost analizate peste 30 de surse oficiale din țările membre ale Comunității Europene la subiectul fenomenul dizabilității [6, 8–26]. În următoarea etapă a lucrării au fost cercetate opiniile medicilor-experti, acumulate în cadrul a două brainstorminguri. Rezultatele obținute s-au prelucrat în programul *Microsoft Excel* și alte programe statistice.

Rezultate obținute

Toate persoanele au dreptul la servicii (de educație, de sănătate, sociale), muncă, viață demnă într-un mediu sigur și favorabil. Aceste și alte postulate au fost oglindite în *Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului* (ODM) și sunt descrise în *Obiectivele de Dezvoltare Durabilă* (ODD), altfel cunoscute ca *Obiective Globale*. Aceste documente globale sunt un apel universal la acțiune pentru a pune capăt sărăciei, pentru a proteja planeta și pentru a asigura posibilitatea ca toți oamenii să se bucure de pace și de prosperitate. Iar Obiectivul 8.5 din ODD *disparitatea salarială de gen pe grupe de vârstă, persoane cu dizabilități* declară: "Până în 2030, atingerea unui nivel al ocupării similar cu media țărilor din Europa Centrală și de Est și stimularea ocupării productive și a muncii decente pentru toate femeile și bărbații, inclusiv pentru tineri și persoanele cu dizabilități, precum și remunerarea egală pentru munca de valoare egală".

Dizabilitatea este un fenomen social care nu poate fi evitat de nicio țară, indiferent de nivelul de dezvoltare economică. La nivelul Uniunii Europene, dizabilitatea este văzută ca o problemă a întregii societăți. Aceasta presupune pregătirea și adaptarea continuă la toate sferile vieții, pentru primirea și menținerea acestor persoane în viața socială.

La 1 ianuarie 2018, în Republica Moldova au fost înregistrate 180,06 mii persoane cu dizabilități,

care constituie 5,1% din populația țării. Pe parcursul anului 2018, în cadrul CNDDCM au fost expertizate primar și repetat 50.500 persoane (adulti și copii), dintre care au fost încadrate în grad de dizabilitate 45.957 persoane sau 91% din numărul celor expertizați. Persoanele adulte cu dizabilități (primari sau repetați) constituie 85,2% cazuri.

Din datele CNDDCM, incidența dizabilității primare este în descreștere semnificativă/constantă: 290,9 cazuri la 100.000 locuitori în anul 2018, în comparație cu 353,5 / 100.000 în 2012 și cu 372,1 / 100.000 în 2005. În figura 1 este prezentată dinamica numărului total de populație cu patologii dizabilitante (prevalența fenomenului) și a numărului persoanelor adulte cu dizabilitate primară, ce confirmă trendul de descreștere a fenomenului abordat.

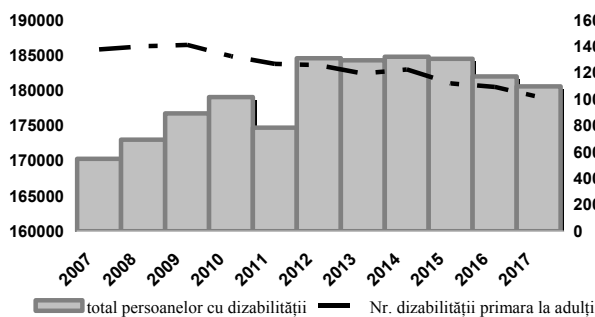


Figura 1. Dinamica numărului estimat al persoanelor cu dizabilitate și a numărului cazurilor primare în anii 2007-2017 [2-5, 7]

În anul 2012 au fost realizate primele etape de implementare a reformelor în cadrul serviciului de determinare a dizabilității și a capacității de muncă: *Legea privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități*, nr. 60 din 30.03.2012; HG nr. 65 din 23.01.2013 *Cu privire la determinarea dizabilității și capacității de muncă*. Schimbările intervenite în metodologia determinării gradului de dizabilitate în această perioadă au dus la creșterea numărului total al populației cu patologii dizabilitante [7].

Totodată, dacă analizăm curba de *incidență a fenomenului* (dizabilitate primară la adulți) în dinamică pe zece ani, aceasta are un trend de descreștere. Astfel, din 2007 până 2012, acești doi indicatori ai dizabilității au forma de „clește”. Iar perioada 2012-2015 se atestă un număr stabil/constant al totalului populației cu dizabilitate, pe când cazurile primare la persoanele adulte confirmă o descreștere continuă. Această discordanță poate fi explicată prin fenomenul îmbătrânirii populației și prin faptul că persoanele cu patologii dizabilitante au o speranță la viață mai lungă.

Este important să constatăm că anii 2016-2017 sunt marcați printr-o descreștere semnificativă a numărului total de populație cu dizabilitate. Putem

explica acest lucru prin „migrația netă negativă a populației în vârstă economic activă anume în perioada dată (a. 2014 „-26,0”; 2015 „-21,2”; 2016 „-45,9”; 2017 „-49,5”; 2018 „-46,2”). *Sporul natural* a fost pozitiv până în 2016, devenind negativ către anul 2018, însă contribuția acestui indicator la descreșterea populației este ne semnificativă (a. 2014 „+1,4”; 2015 „+0,9”; 2016 „+1,5”; 2017 „-0,1”; 2018 „-2,5”) [1].

Conform datelor BNS, numărul provizoriu al populației cu reședință obișnuită la 1 ianuarie 2019 a constituit 2.681.735 și s-a micșorat cu 48.630 persoane față de 1 ianuarie 2018 (2.730.364). Motivul principal al descreșterii numărului populației rezidente este migrația netă negativă, care a crescut de la -24,6 mii persoane în anul 2014 până la -48,6 mii persoane în 2018, dat fiind faptul că numărul emigranților îl depășește pe cel al imigranților [1].

Totodată, conform datelor BNS, piramida populației cu reședință obișnuită pentru 2019 arată un model de micșorare a populației cu vârste cuprinse între 30 și 54 de ani, ceea ce reflectă efectul cumulativ al ratelor migrației nete negative pentru adulții tineri din ultimele decenii.

Menționăm că fenomenele de dizabilitate trebuie să fie analizate prin indicatorii de incidență și de prevalență, în corelație cu indicatorii natalității, mortalității, morbidității generale, ce reflectă direct nivelul de dezvoltare socială și economică a țării. Indicatorii de dizabilitate sunt utilizați pentru analiza aprofundată a situațiilor demografice și sociomedicale din republică, cu particularitățile mediului rural/urban ale populației economic active.

A fost constatat faptul că persoanele cu dizabilitate sunt preponderent din mediul rural – 62% cazuri. Majoritatea sunt diagnosticate ca persoane cu dizabilitate în vârstă aptă de muncă. Evaluarea comparativă pentru anii 2017 și 2018 stabilește reducerea cu 23,2% a numărului total de persoane recunoscute cu dizabilități, precum și reducerea cu 3,5% a ponderii acestora în numărul total de adresări. În anul 2018, comparativ cu 2017, numărul persoanelor adulte încadrate în grad de dizabilitate s-a micșorat cu 25%, iar numărul copiilor recunoscuți cu dizabilități s-a redus cu 10,2%.

Numărul persoanelor adulte expertizate primar sau repetat, încadrate în gradele de dizabilitate sever, accentuat sau mediu, în anul 2018 versus 2017 s-a micșorat semnificativ, diminuându-se și ponderea procentuală a numărului adulților încadrați în gradele sever și accentuat, totodată majorând-se ponderea persoanelor adulte încadrate în gradul mediu. Analiza dizabilității primare în rândul persoanelor adulte, în 2018 comparativ cu 2017, denotă următoarele: în acești doi ani, în structura dizabilității primare predomină gradul accentuat, fiind urmat de gradul mediu și apoi de cel sever.

În structura dizabilității primare predomină bărbații cu 65% sau 5444 de persoane (femei – 2906). Analiza dizabilității pe grupe de vârstă denotă un număr mai mare al persoanelor cu dizabilități după vârsta de 50 de ani – 60%. Totodată, numărul celor cu dizabilități rămâne înalt și pentru segmentul de vârstă 40-49 de ani – 1801 persoane (21,6%). În funcție de mediul de trai, în anul 2018, la 100.000 locuitori din mediul urban revin 252,87 persoane recunoscute primar cu dizabilități, iar din mediul rural – 321,17 persoane. Comparativ cu anul 2017, se atestă o scădere ușoară a dizabilității primare atât în mediul urban, cât și în cel rural cu 42,23 și, respectiv, 80,23 cazuri la 100.000 locuitori.

În mai mult de jumătate de cazuri cu dizabilitate primară se întâlnește gradul accentuat – 59,4%, urmat de dizabilitatea medie cu 27,3% și cea severă cu 13,4%. Pe parcursul anilor incluși în studiu, gradul sever de dizabilitate este în scădere, acest lucru sugerează creșterea nivelului de reîncadrare/recuperare medicală.

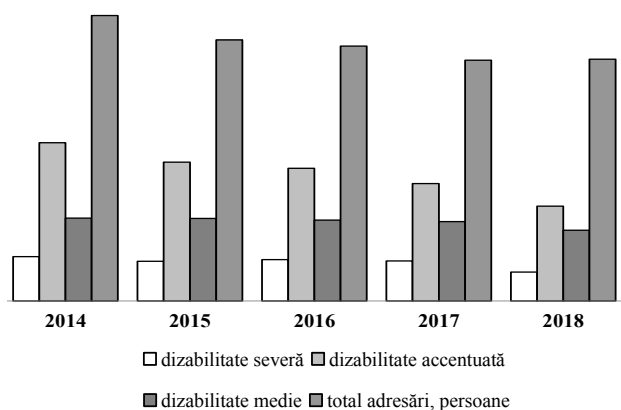


Figura 2. Repartiția cazurilor de dizabilitate primară a persoanelor adulte în funcție de grade, anii 2014-2018 (%) [7]

Analiza structurii dizabilității primare conform nosologiilor, la persoanele de peste 18 ani denotă prevalența tumorilor – 20,4% (2017 – 21,5%), inclusiv a tumorilor maligne (90,5%), care în 47% cazuri s-au soldat cu dizabilitate accentuată și în 24% cazuri – cu dizabilitate severă.

Pe locul II se află bolile aparatului circulator cu 20,2% (2017 – 19,7%), dintre care 35,9% le constituie bolile cerebrovasculare și 39,3% – boala ischemică a inimii, în urma cărora 47% din persoane au fost recunoscute cu dizabilitate accentuată, iar 31,9% – cu grad mediu de dizabilitate, acestea fiind în vârsta aptă de muncă.

Pe locul III se plasează bolile sistemului osteoarticular și ale țesutului conjunctiv cu 12,4% (2017 – 11,9%), 40,6% dintre care le constituie artrozele și

26,8% – bolile degenerative ale coloanei vertebrale. Bolile sistemului nervos au determinat o pondere de 9,8% din dizabilitatea primară la adulți (2017 – 8,5%), inclusiv epilepsia și sindroamele epileptice – 8,6%. Bolile endocrine, de nutriție și de metabolism au alcătuit 7,4% (2017 – 6,5%), inclusiv diabetul zaharat cu 72% și afecțiunile glandei tiroide cu 13,1%. Leziunile traumatice constituie 5,7% (2017 – 6,1%), maladiile aparatului digestiv – 5,5% (2017 – 6,2%), inclusiv ciroza hepatică – 80%, bolile ochiului și anexelor sale – 4% (2017 – 4,8%). Ca urmare a acestora, în vârsta aptă de muncă predomină gradul mediu cu 47,5%, iar în vârsta pensionară – gradul sever cu 18%.

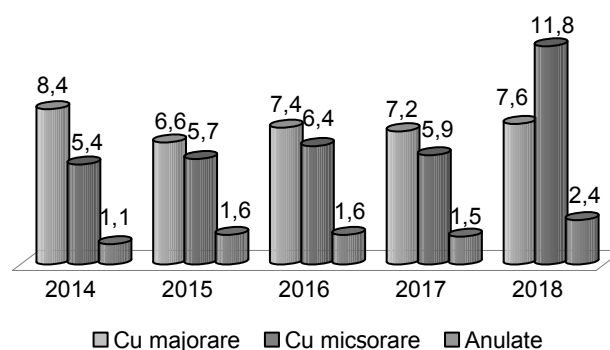


Figura 3. Repartiția modificărilor gradelor de dizabilitate a persoanelor adulte expertizate repetat, anii 2014-2018 [7]

Modificarea cu majorarea gradelor de dizabilitate la persoanele de 18 ani și mai mult, expertizate repetat, a înregistrat o reducere cu 1,8% în anul 2015, comparativ cu 2014, în anii 2015-2018 stabilindu-se o tendință de creștere stabilă de la 6,6% la 7,6%. O situație similară se observă și în procesul de modificare a gradelor de dizabilitate cu anularea acestora în perioada 2014-2018, atingând valorile de la 1,1 (2014) până la 2,4 (2018). Modificarea gradelor de dizabilitate cu micșorare în perioada de referință demonstrează o creștere substanțială, practic dublându-se în anul 2018 (11,8%), comparativ cu 2017 (5,9%), după o creștere ușoară în perioada 2014-2016 și o diminuare cu 0,5% în anul 2017.

Rata de participare pe piața forței de muncă a persoanelor cu dizabilități a constituit 19,7%, în comparație cu 49,2% la persoanele fără dizabilitate. Printre bărbații cu dizabilități, rata de activitate a fost de 20,3%, iar în cazul femeilor – de 19,0%. Rata de participare a constituit 16,8% în mediul urban și 21,5% în cel rural. Așadar, rata de ocupare a persoanelor cu dizabilități este de două ori mai mică comparativ cu cea a persoanelor fără dizabilități.

Persoanele cu dizabilități sunt ocupate într-o proporție mult mai mică: în timp ce rata de ocupare a persoanelor fără dizabilitate este de 47,2%, în rândul

persoanelor cu dizabilități aceasta constituie doar 19,1%. La bărbați acest indicator a înregistrat 19,7%, la femei – 18,5%. Rata de ocupare a persoanelor cu dizabilități din mediul rural a fost mai înaltă (21,1%) în comparație cu cea din mediul urban (16,0%).

Persoanele cu dizabilități sunt ocupate mai mult în agricultură. Din distribuția persoanelor cu dizabilități ocupate cu activități economice rezultă că majoritatea acestora lucrează în sectorul agricol (52,6%). De asemenea, într-o proporție mai mare aceste persoane se regăsesc în activitățile de comerț cu ridicata și cu amănuntul, hoteluri și restaurante (11,1%), urmate de activitățile din industrie și construcții (8,7%) și învățământ (8,4%).

Din totalul persoanelor cu dizabilități ocupate, salariații alcătuiesc 46,8%, comparativ cu 65,7% în cazul celor fără dizabilități. Marea majoritate a salariaților (54,8%) lucrează în mediul urban. Totodată, persoanele ocupate nesalariate se regăsesc în principal în mediul rural (87,1%).

Ponderea persoanelor ocupate pe cont propriu în agricultură este mai mare la persoanele cu dizabilități și constituie 38,7% comparativ cu 23,0% în cazul persoanelor fără dizabilități.

Rezultatele analizei fenomenului de dizabilitate în țările Uniunii Europene au demonstrat că susținerea persoanelor cu dizabilități în încercarea acestora de a deveni economic active pe piața muncii, în funcție de abilitățile individuale, este unul din obiectivele strategice de bază ale UE. Există diferențe semnificative între rata de ocupare a persoanelor cu dizabilități și a celor fără dizabilități (48,1% versus 73,9%) la nivelul țărilor membre. Totodată, există un decalaj substanțial între statele membre, care variază de la 14,7% în Italia până la peste 45,0% în Irlanda. Cu toate acestea, doar 59,7% din persoanele cu dizabilități din UE sunt active din punct de vedere economic, comparativ cu 82,2% dintre cele fără dizabilități, ceea ce sugerează existența unor bariere semnificative pentru persoanele cu dizabilități privind accesul pe piața forței de muncă.

Calitatea muncii de asemenea este o problemă majoră, având în vedere că persoanele cu dizabilități din UE aveau probabilitatea mai mare de a se confrunta cu sărăcia în rândul persoanelor încadrate în muncă, decât în populația generală. În ceea ce privește sexul, rata de ocupare a femeilor cu dizabilități (45,9%) a fost doar puțin mai mică decât cea a bărbaților (50,6%). Analiza generală a calității vieții percepută de aceste persoane în una din cercetările EuroFound arată că „măsura în care acestea se simt ignorate de societate variază considerabil în funcție de situația lor din punctul de vedere al încadrării în muncă. Cele care au un loc de muncă raportează mult mai rar sentimentul că sunt ignorate

de societate, decât respondenții care sunt șomeri de lungă durată sau cei care nu pot să muncească din cauza dizabilității lor”.

Persoanele cu dizabilități sunt mai susceptibile să fie expuse riscului de sărăcie sau de excluziune socială, decât cele fără dizabilități. Astfel, 30,1% din persoanele cu dizabilități din UE erau expuse riscului sărăciei sau excluziunii sociale, comparativ cu 20,9% din cele fără dizabilități, ceea ce corespunde unui decalaj de 9,2%. Această diferență este mai pronunțată pentru persoanele de vârstă activă (16-64 de ani), cu un procent de 37,6% din persoanele cu dizabilități din grupa respectivă, expuse riscului de sărăcie sau de excluziune socială în 2016, comparativ cu 21% din cele cu vârsta de peste 65 de ani. Gravitatea dizabilității este un factor explicativ foarte important, 36,1% din persoanele cu dizabilitate gravă în vârstă de 16 ani sau mai mult din UE, în 2015 au fost expuse riscului de sărăcie sau de excluziune socială, comparativ cu 27,4% din cele cu dizabilitate moderată și 20,8% din persoanele fără dizabilități.

Evaluarea capacității de muncă a unei persoane cu dizabilități poate fi reflectată prin limitările în desfășurarea activităților de muncă, cauzate de o problemă de sănătate. În multe țări, inclusiv în Republica Moldova, se practică evaluarea incapacității de muncă. Această abordare scoate în evidență mai degrabă deficiența decât abilitatea persoanei. Prestațiile actuale de dizabilitate, inclusiv în țara noastră, sunt acordate în baza unor condiții prealabile implicite, care presupun că sănătatea solicitantului este puțin probabil să se îmbunătățească și va împiedica persoana să întreprindă orice activitate în permanență. Aceasta este o presupunere greșită pentru multe dintre condițiile de sănătate de astăzi. Pentru a evita reducerea beneficiilor, solicitanții trebuie, în primul rând, să susțină că nu pot lucra; în al doilea rând, nu trebuie să participe la nicio activitate care să-i sporească semnificativ veniturile, chiar dacă nivelul lor de trai este scăzut; în al treilea rând, nu trebuie să raporteze nicio îmbunătățire a stării lor de sănătate. În schimb, solicitantul primește ceea ce, în multe țări, reprezintă o plată de dizabilitate *de facto* pe viață (în multe din cazuri).

Printre deficiențele acestei abordări se numără faptul că diagnosticul medical nu are nicio legătură cu probabilitatea unei persoane de a se întoarce la locul de muncă. Mai mult decât atât, în practică, acest proces de luare a deciziilor variază considerabil între evaluatorii medicali, iar cererea solicitanților poate juca un rol semnificativ în modelarea deciziilor medicale care le determină drepturile. Ca rezultat, există o mare probabilitate ca mulți oameni care ar putea lucra să beneficieze de un avantaj al dizabilității care îi exclude efectiv de pe piața muncii. Persoanele cu probleme cronice de sănătate sau cu dizabilitate pot

avea nevoie de îngrijire medicală și de reabilitare, însă utilizarea unei evaluări predominant medicale, care este în mod inconsecvent variabilă, ca determinant primar al beneficiului nu este o abordare eficientă.

Revizuirea conținutului politicilor privind dizabilitatea sugerează că modul în care țările abordează persoanele cu capacitate de muncă redusă este în schimbare. Menționăm doi factori de bază ai acestei abordări: a) incapacitatea de muncă poate da naștere interpretărilor, astfel încât multe persoane cu capacitate de muncă substanțială părăsesc piața muncii prematur; b) experiența arată că este mai bine de concentrat pe ceea ce pot face oamenii (mai degrabă decât pe ceea ce nu pot face), oferindu-le sprijinul necesar.

Recunoscând acest lucru, mai multe țări au depus eforturi pentru a trece de la evaluarea dizabilității unei persoane la o mai bună exploatare a capacității ei de muncă. O astfel de schimbare a orientării modifică accentul sprijinului și al resurselor în reabilitarea oamenilor înapoi la muncă parțială sau cu normă întreagă, în loc să îi susțină să nu mai lucreze.

Raportul OECD *Transformarea Dizabilității în Abilitate* menționează că reformele implementate în diferite țări au dus la o reorientare a politicii pasive de recompensare a dizabilității spre politici de integrare activă. Principalul obiectiv al acestei reorientări a fost de a crește participarea persoanelor cu dizabilități în câmpul muncii.

Pe plan internațional se înregistrează tendința de a vedea finalitatea evaluării dizabilității în stabilirea capacității de muncă. În acest sens există cel puțin două explicații: 1) încadrarea în câmpul muncii este calea optimă de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități; 2) numărul în creștere al persoanelor cu dizabilități este suportat din ce în ce mai greu de bugetele sociale ale statelor, astfel că politicile actualizate (sau în curs de adaptare) încearcă să încurajeze prin diferiți stimuli accesul sau reîntoarcerea pe piața muncii a persoanelor cu dizabilități.

O parte din țările Uniunii Europene (Ungaria, Slovacia) și-au schimbat procedurile de evaluare în diferite moduri, trecând de la o abordare medicală la una interdisciplinară, ținând cont de aspectele sociale și de contextele pieței muncii. În multe cazuri, schimbarea este completată de o modificare a responsabilităților, deciziile fiind luate din ce în ce mai mult de către managerii de caz (case managers) din cadrul autorităților, luând în considerare nu numai dosarul medical, ci și abilitățile solicitanților și aspirațiile lor profesionale.

În țările OECD, reevaluarea accesului la indemnizațiile de dizabilitate a fost realizată prin prisma evaluării capacității de muncă. Pentru a se asi-

gura că persoanele cu capacitate de muncă parțială rămân sau acced pe piața muncii, au fost necesare reformarea procedurilor de evaluare și modificarea structurii de prestații. Unul dintre motive este faptul că, în cadrul OCDE, persoanele cu greu reintră sau acced pe piața muncii, odată fiind acordată prestația de dizabilitate. Pentru a schimba această stare a lucrurilor, o serie de țări au ales să se asigure că persoanele cu capacitate de muncă parțial redusă nu vor beneficia de indemnizație de dizabilitate. În schimb, această categorie de persoane au fost transferate în rândul celor aflate în căutarea unui loc de muncă și, respectiv, ca persoane cu capacitate de muncă, au devenit beneficiari de prestații de șomaj. Astfel se explică creșterea șomajului în unele țări.

Guvernele au început să înțeleagă efectul de dezangajare al sistemului de indemnizații pentru persoanele cu dizabilități și să abordeze unele dintre caracteristicile responsabile pentru acordarea pe scară largă a prestațiilor aferente. Multe țări depun acum eforturi crescânde de a se axa pe capacitatea de muncă rămasă a persoanei în momentul stabilirii eligibilității pentru beneficii, mai degrabă decât să se concentreze pe identificarea dizabilității. În plus, există programe pentru sprijinirea oamenilor în utilizarea capacității rămase. A transforma un sistem de beneficii, mai degrabă pasiv, într-un instrument de promovare a ocupării forței de muncă este o mare provocare.

Un motiv al nivelului scăzut de ocupare a persoanelor cu dizabilități în câmpul muncii este politica inadecvată. Procedurile de evaluare și sistemele de prestații fac ca persoanele cu dizabilități cu capacitate semnificativă de muncă să devină dependente de ajutoarele sociale pe termen lung. Guvernele sunt tot mai conștiente de această problemă, care ține de procedurile de evaluare, astfel că politicile privind evaluarea persoanelor cu capacitate de muncă parțială trebuie revăzute. Prin urmare, politicile actuale tind: a) să restrângă accesul la indemnizațiile de dizabilitate pentru persoanele cu capacitate de muncă parțial redusă; b) să revizuiască ocuparea forței de muncă și politicile de reabilitare, astfel încât să promoveze locuri de muncă pentru această grupă.

Pentru a rezuma tendințele în ceea ce privește evaluarea dizabilității, majoritatea țărilor implementează modificări care, într-un fel sau altul, au scopul de a evalua capacitatea de muncă rămasă, prezentarea în timp a evaluării, consolidarea elementelor nemedicale și extinderea referințelor către piața forței de muncă. Aceste schimbări, care sunt în desfășurare, vor contribui la crearea unui sistem cu un accent mai puternic pe ocuparea forței de muncă și pe activare.

Concluzii

Peste un miliard de persoane din lume trăiesc cu o formă de dizabilitate, dintre care aproape 200 de milioane se confruntă cu mari dificultăți în funcționare. În anii ce urmează, dizabilitatea va reprezenta o preocupare și mai mare, din motiv că prevalența acesteia este în creștere. Acest lucru se datorează îmbătrânirii populației și riscului mai mare de dizabilitate în rândul vârstnicilor, precum și creșterii la nivel global a unor probleme de sănătate cronice, cum ar fi diabetul, bolile cardiovasculare, cancerul și afecțiunile de ordin mintal.

Peste tot în lume, persoanele cu dizabilități au rezultate mai slabe în ceea ce privește sănătatea, realizări mai modeste în domeniul educației, participă mai puțin la viața economică și au rate mai mari de sărăcie, decât persoanele fără dizabilități. Aceasta se datorează parțial faptului că persoanele cu dizabilități se confruntă cu bariere în accesarea serviciilor pe care mulți dintre noi le iau drept firești, inclusiv sănătatea, educația, posibilitatea de angajare, transportul și accesul la informație. Aceste greutăți sunt exacerbate în cadrul comunităților mai defavorizate. Multe persoane cu dizabilități nu beneficiază de acces egal la sistemul de sănătate, educație și au șanse mai reduse de angajare, nu primesc serviciile specifice de care au nevoie, fiind astfel excluse din activitățile vieții de zi cu zi. Ca urmare a intrării în vigoare a *Convenției cu privire la drepturile persoanelor cu dizabilități* a Națiunilor Unite, se înțelege tot mai mult că dizabilitatea este o chestiune ce ține de drepturile omului. Dizabilitatea este de asemenea și o problemă importantă de dezvoltare, cu tot mai multe cercetări care evidențiază faptul că persoanele cu dizabilități se confruntă cu sărăcia și cu rezultate socioeconomice mai proaste decât cele fără dizabilități.

Dizabilitatea nu afectează doar individul, ci are și un impact asupra întregii comunități. Costurile excluderii persoanelor cu dizabilități de la participarea la activitățile comunității sunt foarte crescute, situație ce ar trebui ameliorată de societate, în special în cazul persoanelor care au grijă de acestea. Excluderea poate să ducă la neproductivitate și la pierdere de potențial uman. Costurile dizabilităților au trei componente principale: costurile *directe* de tratament, inclusiv cele de transport și acces; costurile *indirecte* ale celor care nu sunt afectați (asistenții personali care au grijă de acestea); costurile *adiționale* datorate incapacităților. Astfel, mai multe date internaționale arată că în medie consumul, precum și veniturile unei persoane cu dizabilități, sunt mai reduse.

În viitor, politicile internaționale și cele naționale trebuie să aibă ca scop eliminarea tuturor barierelor ce împiedică participarea activă a persoanelor cu dizabilități în viața comunității, obținerea unei educații de calitate, găsirea unui loc de muncă decent, ce ar răspunde necesităților persoanelor cu dizabilități, asigurarea securității sociale a populației.

Bibliografie

1. Biroul Național de Statistică al RM. *Numărul populației cu reședința obișnuită în Republica Moldova pe sexe și grupe de vârstă la începutul anului 2019*. [online] <http://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=64161> [accesat 15 iulie 2019].
2. Biroul Național de Statistică al RM. *Persoanele cu dizabilități în Republica Moldova în anul 2017*. [online] <http://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=6191> [accesat 30 noiembrie 2018].
3. Biroul Național de Statistică al RM. *Persoanele cu dizabilități în Republica Moldova în anul 2015*. [online] <http://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=54341> [accesat 30 noiembrie 2016].
4. Biroul Național de Statistică al RM. *Persoanele cu dizabilități în Republica Moldova în anul 2016*. [online] <http://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&id=5821> [accesat 30 noiembrie 2018].
5. Biroul Național de Statistică al RM. *Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2017*. [online] <http://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=6141> [accesat 19 mai 2019].
6. Bivol V., Spinei L., Bivol A. Dinamica și structura incapacității permanente de muncă în Republica Moldova (a. 2005-2012) în baza invalidității primare. In: *Analele Științifice ale USMF „N. Testemițanu”*, 2013, nr. 2(14), pp. 228-233.
7. CNDDCM. *Raport de totalizare a activității Consiliului Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă în anul 2018*. Chișinău. 20 p.
8. Cullinan J., Gannon B., Lyons S. *Estimating the extra cost of living for people with disabilities*. In: *Health Economics*, 2010.
9. Ețco C., Puiu I., Bivol G., Ciocan L. Noi abordări în determinarea dizabilității cu utilizarea instrumentarului Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății. In: *Curierul Medical*, 2012, nr. 3(327), pp. 166-173.
10. European Commission. *Progress Report on the implementation of the European Disability Strategy (2010-2020)*. Commission staff working document, 2017. 300 p.
11. Ferdohleb A., Mamaliga N. Evoluția fenomenului de dizabilitate la populația de vârstă aptă de muncă prin prisma medicinei ocupaționale. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2014, nr. 3(54), pp. 41-44.

12. Fundația Europeană pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Muncă și de Viață. *Barriers to the employment of disabled persons*. [online] <https://www.eurofound.europa.eu/ro/publications/article/2009/barriers-to-the-employment-of-disabled-persons> [accesat 30 noiembrie 2018].
13. Gavriliță L. *Reforma privind sistemul de protecție socială a persoanelor cu dizabilități pornind de la o nouă abordare și evaluare*. Chișinău, 2011.
14. Israfilov M. Particularități în reabilitarea medico-socială a persoanelor cu dizabilități mentale și de comportament în serviciul de expertiză medicală a vitalității. In: *Buletinul AȘM*, 2008, pp. 213-216.
15. Mamaliga N. Expertiza medico-socială a capacității de muncă în afecțiunile dizabilitante – explorări necesare. In: *Arta Medica*, 2018, nr. 3(68), pp. 55-63.
16. Marriott A., Gooding K. *Social assistance and disability in developing countries*. Haywards Heath, Sightsavers International, 2007.
17. Skvarciany Z. Biopsychosocial model application in process of establishing disability, working capacity and special needs. In: *2nd Baltic & North Sea Conference on PRM*. Vilnius, September 30, 2011, pp. 45-46.
18. Sochircă L. Problemele actuale ale serviciului de expertiză medicală a vitalității din Republica Moldova și strategia de dezvoltare în perspectivă. In: *Curierul Medical*, 2012, nr. 3, pp. 243-247.
19. Tapu L., Ferdohleb A., Mamaliga N. Unele aspecte ale expertizei dizabilității și morbidității profesionale. In: *Arta Medica*, 2018, nr. 3(68), pp. 31-33.
20. Tibble M. *Review of the existing research on the extra costs of disability*. Department for Work and Pensions (Working Paper no. 21). London, 2005.
21. WHO. *Raport mondial privind dizabilitatea*. București, 2012. 353 p.
22. WHO. *WHO global disability action plan 2014-2021. Better health for all people with disability*. Geneva, Switzerland, 2015. 32 p.
23. Абашидзе А.Х., Маличенко В.С. Международно-правовые основы защиты прав инвалидов. В: *Медико-специальная экспертиза и реабилитация*, 2014, № 1, с. 32.
24. Малкаров О.А. Анализ первичной инвалидности взрослого населения Кабардино-Балкарской Республики за 2008 г. В: *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. М., 2010, с. 106-108.
25. Малкаров О.А. Результаты переосвидетельствования взрослого населения в 2008 г. В: *Тезисы Российской научно-практической конференции «Инвалидность, равные возможности»*. М., 2010, с. 27-28.

Alina Ferdohleb, dr. șt. med., conf. univ.,
Catedra de management și psihologie,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel.: +373 79402597;
e-mail: alina.ferdohleb@usmf.md

CZU: 613.2(478)

MEDIUL ALIMENTAR ȘI POLITICILE DE SĂNĂTATE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Galina OBREJA, Elena RAEVSCHI, Olga PENINA,
IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Rezumat

Regimul alimentar nesănătos este unul dintre cei patru factori de risc principali pentru bolile netransmisibile, contribuind semnificativ la povara bolii. Mediul alimentar influențează esențial regimul alimentar al populației. A fost analizat mediul alimentar din Republica Moldova și politicile de sănătate care abordează acest mediu. Mediul alimentar din Moldova este dominat de produse alimentare cu densitate energetică înaltă, determinată de conținutul crescut de zahăr, sare și grăsimi trans, produse alimentare prelucrate și băuturi nealcoolice. Politicile naționale de sănătate au abordat parțial mediul alimentar nesănătos, intervențiile decise axându-se în special pe mediul alimentar din instituțiile de învățământ. Mediul alimentar nesănătos trebuie abordat prin intervenții inteligibile și sistematice. Monitorizarea și evaluarea sunt esențiale pentru îmbunătățirea eficacității și eficienței politicilor implementate.

Cuvinte-cheie: mediu alimentar, boli netransmisibile, politici de sănătate

Summary

Food environment and health policies in the Republic of Moldova

Unhealthy diet is one of the main risk factors for noncommunicable diseases, significantly contributing to the burden of disease. Food environment essentially influences the diet of the population. Food environment in the Republic of Moldova and the health policies that address this environment have been analyzed. Food environment in the Republic of Moldova is dominated by high energy density foods determined by high content of sugar, salt and trans fat and processed foods. National health policies addressed partially unhealthy food environment; the interventions have been focused particularly on food environment of the educational institutions. Unhealthy food environment should be addressed through comprehensive and systematic interventions. Monitoring and evaluation are essential to improve the effectiveness and efficiency of implemented policies.

Keywords: food environment, non-communicable diseases, health policy

Резюме

Среда питания и политика здоровья в Республике Молдова

Нездоровый режим питания является одним из основных четырех факторов риска для непередаваемых за-