

CZU: 614.2:338.465

DESPRE DIFERENȚA DE FORMARE A CERERII ȘI A OFERTEI ÎN SERVICII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ ȘI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Valeriu PANTEA¹, Ala OVERCENCO¹, Larisa PANTEA²,¹ Agenția Națională pentru Sănătate Publică,² Institutului Internațional de Management IMI-NOVA

Rezumat

Articolul prezintă rezultatele unui studiu analitic și observațional, prin care este argumentată diferența și factorii ce determină formarea necesității în servicii de asistență medicală și de sănătate publică. Printre factorii care determină formarea cererii și a ofertei în servicii de asistență medicală a fost identificat inclusiv nivelul de asigurare cu medici de familie. S-a stabilit că la micșorarea numărului de medici de familie cu o unitate la 10.000 populație, valoarea prevalenței crește cu 1521,1 cazuri de patologii la 10.000 populație (coeficient de variabilitate $R^2=79,8\%$), astfel formând o cerere a ofertei mai înaltă. Iar creșterea diferenței dintre incidență și prevalență arată un proces de cumulare a cazurilor de boli cronice, respectiv sporind nivelul unei oferte de acoperire a necesității în asistență medicală. Formarea cererii și a ofertei în servicii de sănătate publică este determinată de capacitățile sistemului de sănătate publică de a identifica impactul factorilor de mediu asupra sănătății și de nivelul de formare activă a acestei cereri în rândul populației de către structurile de resort. Astfel, creșterea ofertei de servicii de sănătate publică este determinată de starea sănătății oamenilor, de potențialul sistemului (inclusiv financiar), dar și de nivelul cererii conștiente și active formate în rândul populației.

Cuvinte-cheie: servicii de asistență medicală, incidență, prevalență, servicii de sănătate publică, cerere și ofertă

Summary

The difference of forming the demand and supply in medical assistance and public health services

The article based on an analytical and observational study, which argues the difference and the factors that determine the necessity formation in health care and public health services. Among the factors that determine the demand and supply formation in healthcare services, the level of insurance with family doctors was considered. It was established that with the decrease of the number of family doctors with a unit per 10.000 population, the prevalence value increases with 1521,1 cases of pathologies per 10.000 population (coefficient of variability $R^2=79,8\%$), thus forming a demand for supply taller. And the increase in the difference between incidence and prevalence indicates the process of cumulation of chronic illness cases, respectively increasing the level of an offer to cover the need for healthcare. The formation of demand and supply in public health services is determined by the capacities of the public health system in identifying the health impact of environmental factors and the level of active formation of this demand among the population by the relevant structures.

Thus, the increase in the supply of public health services is determined by the state of health, the potential of the system (including financially), but also by the level of conscious and active demand among the population.

Keywords: health care services, public health services, incidence, prevalence, demand, supply

Резюме

О различиях формирования спроса и предложения в услугах медицинской помощи и общественного здоровья

Статья основана на аналитическом и обсервационном исследовании, в котором аргументированы различия и факторы, определяющие формирование спроса и предложения в услугах медицинской помощи и общественном здоровье. Среди факторов, определяющих формирование спроса и предложения в сфере услуг медицинской помощи, среди других был определен и фактор обеспечения семейными врачами. Было установлено, что с уменьшением числа семейных врачей на единицу на 10.000 населения заболеваемость увеличивается на 1521,1 случая патологий на 10.000 населения (коэффициент изменчивости $R^2=79,8\%$), формируя таким образом рост спроса и предложения в медицинской помощи. А увеличение разницы между заболеваемостью и распространенностью патологий указывает на процесс кумуляции случаев хронических заболеваний, соответственно увеличивая рост уровня предложения для покрытия потребности в медицинской помощи. Формирование спроса и предложения в сфере общественного здоровья определяется возможностями системы общественного здоровья по выявлению воздействия факторов окружающей среды на здоровье человека и уровнем активного формирования этого спроса среди населения соответствующими структурами. Таким образом, рост предложения в услугах общественного здоровья определяется уровнем здоровья, потенциалом системы (в том числе финансовым), а также уровнем сознательного и активного спроса населения.

Ключевые слова: медицинская помощь, общественное здоровье, заболеваемость, распространенность, спрос, предложение

Introducere

Conform uneia din definiții, boala este o stare individuală a organismului, condiționată de acțiunea nocivă a diverși factori determinanți (ai mediului), și caracterizată printr-un complex de modificări morfologice și/sau funcționale – locale sau generale, cu caracter reactiv sau lezional, care tulbură activitatea la diferite niveluri funcționale ale organismului [9]. Iar suma cazurilor de boală raportate la un număr de populație reprezintă *indicele de morbiditate*, fie *incidența* sau *prevalența*. Aici trebuie de subliniat că boala (în stare acută sau cronică) "impune" individul să solicite un ajutor medical din partea structurilor

de asistență medicală. Astfel, starea morbidă devine subiect al activității de asistență medicală în cazul identificării sau stabilirii diagnosticului. Concomitent, suma stărilor morbide diagnosticate formează necesitatea sau *cererea* pentru acordarea serviciilor de asistență medicală, pentru tratamentul de ambulatoriu sau spitalicesc al pacienților, acestea din urmă devenind *oferta*.

După unele opinii, gradul de acces al populației din țara noastră la serviciile de sănătate este influențat de factori care țin de organizarea și funcționarea sistemului de sănătate, de statutul de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, dar și de nivelul veniturilor individuale ale persoanelor, mediul de reședință, condițiile generale de viață (care influențează dimensiunile și structura nevoilor de îngrijire), educația și stilul de viață [6]. Sistemul de sănătate din Republica Moldova, dezvoltat de-a lungul timpului pe baza contextului politic, social, economic și cultural specific, urmărește aceleași principii caracteristice majorității sistemelor de sănătate cunoscute la nivel mondial: asigurarea accesului universal și echitabil la serviciile de sănătate, libertatea de alegere pentru consumatori și furnizorii de servicii și utilizarea eficientă a resurselor disponibile.

Accesibilitatea serviciilor de îngrijire medicală este determinată de concordanța dintre oferta și cererea de servicii, respectiv dintre disponibilitatea reală a facilităților de îngrijiri, comparativ cu cererea bazată pe nevoia reală pentru servicii de sănătate. Gradul de dezvoltare și de organizare în teritoriu a infrastructurii sanitare, asigurarea cu personal medical, condițiile de furnizare a serviciilor de sănătate, precum și distribuirea și utilizarea resurselor financiare sunt factorii care determină oferta sistemului de sănătate.

Cu referință la formarea cererii în servicii de sănătate publică, conexiunile dintre sănătate și alte sectoare complică acest proces de identificare a cererii. Evaluarea cererii în domeniul sănătății publice se transformă într-o "strategie" multisectorială de abordare a sănătății în raport cu factorii determinanți (sociali, educaționali, comportamentali, de mediu ș.a.) [4, 7].

În tendința de a completa informațiile utile și a elucida unele viziuni ale autorilor privind căile de îmbunătățire a accesului populației la servicii de sănătate publică, a fost expus acest material. **Scopul** studiului constă în elucidarea comparativă a diferenței de formare a cererii și ofertei în servicii de asistență medicală și servicii de sănătate publică, ca un criteriu semnificativ în fortificarea măsurilor de implementare a principiului profilactic în sistemul actual de sănătate.

Materiale și metode

În ultimele decenii, modurile de apreciere a ratei morbidității, pentru estimarea cererii și a volumului de activități necesare pentru asigurarea asistenței medicale – ca ofertă, sunt destul de diferite. Practic, cel mai frecvent este aplicată metoda de evaluare a necesității prin numărul de adresării după asistență medicală sau adresabilitatea. Însă indicele de adresabilitate este dependent de mai mulți factori, și în primul rând depinde de asigurarea cu medici (medici de linia întâi – de familie) a sistemului de sănătate. O metodă mai exactă prevede evaluarea datelor despre adresabilitate (ambulatoriu, staționar și alte structuri) cu expertiza acestora, completate cu datele obținute în urma unui examen medical complex al populației [11]. În organizarea sistemelor de sănătate, această metodă este considerată una din cele mai obiective, dar și cea mai costisitoare.

Actualmente, o metodă mai simplă constă în chestionarea eșantionată a populației și în estimarea marjei de eroare a rezultatelor, realizată cu suportul chestionarelor standardizate, cum ar fi SF-36v2 *Chestionar despre sănătate* [3], sau chestionare prin telefon. Ultimele sunt mai frecvent folosite datorită costurilor mai joase. Chestionarul indicat este folosit frecvent în: a) măsurarea îmbunătățirii sau reducerii sănătății, b) prognoza cheltuielilor medicale, c) evaluarea eficienței tratamentului, d) evaluarea poverii bolii în rândul populației.

Astfel, starea de sănătate a populației Republicii Moldova, conform unui studiu de "evaluare a percepției sănătății, (se spune) a progresat în ceea ce privește sistemul de sănătate" [1]. Dar să nu uităm că "percepția este un proces psihic senzorial" prin care se identifică o stare de simț, impresie despre propria sănătate [10], fiind stabilite valori la un nivel semnificativ mai jos, comparativ cu datele oficiale despre prevalența generală a populației din ultimii ani. Acestea din urmă reflectă o continuă creștere, fapt ce contravine datelor despre percepția populației [2].

Prin urmare, valoarea cererii în asistență medicală este influențată de accesibilitate și potențialul de stabilire a diagnosticului de către medicii de familie (sau, în alte cazuri, de către medicii-specialiști de la alte nivele).

Încadrat în categoria studiilor observaționale, studiul dat are la bază metoda analizei descriptive și comparative pe date secundare. Pentru realizarea obiectivelor studiului au fost folosite date din statisticele medicale (anuale statistice ale ANSP, CNAM, BNS) privind numărul medicilor (1996-2017), incidența și prevalența în Republica Moldova (2008-2017) și cheltuielile executate, obținute de la Centrul Național de Management în Sănătate (CNMS) al Ministerului Sănătății și Compania Națională de Asigurări Obligatorii în Medicină (1996-2018).

În studiu au fost utilizate metode descriptive, analitice și statistice. Analiza statistică și vizualizarea rezultatelor au fost efectuate prin intermediul programelor computerizate *MS Excel* și *Statgraphics Centurion XV*.

Rezultate și discuții

Figura-cheie în asigurarea accesului la sistemul de asistență medicală este medicul de familie. Tendința reducerii numărului de medici în țara noastră reflectă dinamica pe termen lung atât a numărului total de medici și a personalului medical (în indicatori standardizați), cât și a numărului absolut de medici de familie (figura 1). O reducere constantă a numărului de medici din ultimii 10 ani a condus la scăderea accesului pacienților la servicii medicale și, ca urmare, la o creștere a incidenței.

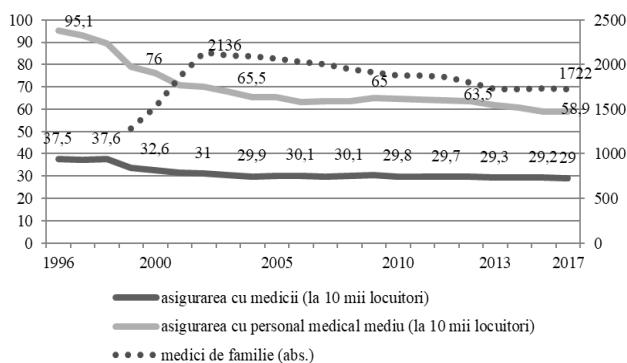


Figura 1. Dinamica temporală a numărului medicilor în R. Moldova [2]

Parametrii tendinței (tabelul 1) ne permit să cuantificăm și să prognozăm o scădere temporară a numărului de medici pe viitor. Este interesant de remarcat faptul că indicatorii standardizați au semnificația statistică a coeficientului de tendință, în timp ce tendința indicatorilor absoluți nu este semnificativă, adică nu poate servi drept suport informativ pentru careva evaluări.

Tabelul 1

Parametrii tendințelor numărului de medici în R. Moldova

Indicator	Panta tendinței	Semnificația statistică
Asigurarea cu medici (la 10.000 locuitori)	-0,34	0,000
Asigurarea cu personal medical mediu (la 10.000 locuitori)	-1,40	0,000
Medici de familie (abs.)	-2,28	0,805

La rândul lor, coeficienții pantei tendințelor și semnul lor negativ demonstrează o scădere relativ mică a numărului de medici (0,34 la 10.000 de locuitori pe an), comparativ cu reducerea personalului medical mediu (1,40 la 10.000 pe an).

Rezultatele unei analize de identificare a prezenței sau a lipsei legăturii dintre nivelul de asigurare cu medici (numărul de medici) care stabilesc diagnosticul și nivelul incidenței sau al prevalenței, realizate prin metoda de regresie statistică simplă, ne indică prezența acestei legături (tabelul 2). Astfel, a fost stabilit că valoarea incidenței formată pe parcursul a 10 ani (2008-2017) arată o legătură pozitivă ($r=+0,55$), determinată de numărul medicilor de familie, însă valoarea lui $p=0,098$, fiind mai mare de 0,05, demonstrează că această legătură nu este semnificativă statistic ($R^2=30,5\%$). Pe când valoarea prevalenței are o legătură inversă puternică ($r=-0,89$) în raport cu asigurarea cu medici de familie ($p\leq 0,0005$), cu un coeficient de variabilitate de circa 80% ($R^2=79,8\%$).

Tabelul 2

Rezultatul evaluării legăturii (regresia simplă) dintre numărul de medici de familie și nivelul morbidității la populația R. Moldova, anii 2008-2017 (la 10.000 locuitori)

Morbiditatea	Coeficientul corelării (r)	Semnificația statistică (p-valoarea)	Coeficientul variabilității (R^2), %	Ecuția regresiei
Incidența	0,55	0,098	30,5	Incidența (Y) = 1633,82+334,689*nr. medici (X)
Prevalența	-0,89	0,0005	79,8	Prevalența (Y) = 15439,7+1521,13*nr. medici (X)

Prin urmare, ecuația incidenței (1633,82+ 334,689* nr. medici) denotă că la creșterea numărului de medici cu o unitate la 10.000 populație, valoarea incidenței va crește cu 334,7 cazuri de boli la 10.000 populație, însă valoarea acesteia nu poate fi folosită pentru un pronostic sau considerată ca valoare a cererii de asistență medicală a populației, deoarece nu este semnificativă statistic (figura 2). Aceasta înseamnă că numărul medicilor de familie nu este unicul factor ce determină valoarea incidenței.

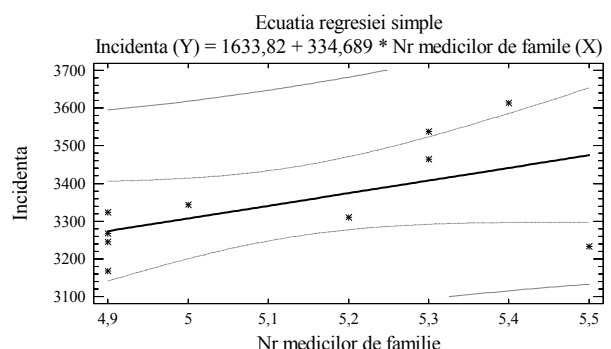


Figura 2. Rezultatul analizei computerizate a regresiei simple pentru incidență și numărul medicilor de familie la 10.000 populație, anii 2008-2017 [BNS: <http://statistica.gov.md/>]

Totodată, prin ecuația de regresie a prevalenței (15439,7+1521,13*nr. medici) este stabilit că la micșorarea numărului de medici de familie cu o unitate la 10.000 populație, valoarea prevalenței crește cu 1521,1 cazuri de patologii la 10.000 populație, acest fapt fiind confirmat printr-un coeficient de variabilitate $R^2=79,8\%$ (figura 3). Aceasta ne permite să facem un pronostic bazat pe trendul acestei ecuații, inclusiv să îl luăm ca bază pentru valoarea cererii de asistență medicală, conform structurii patologiilor.

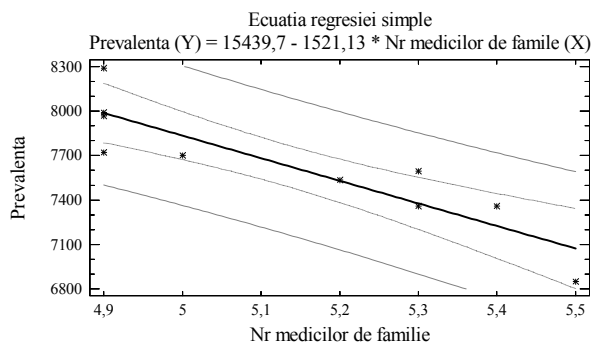


Figura 3. Rezultatul analizei computerizate a regresiei simple pentru prevalență și numărul medicilor de familie la 10.000 populație, anii 2008-2017 [BNS: <http://statistica.gov.md/>]

Cele expuse mai sus pot și trebuie să servească concomitent drept fundal de evaluare a cererii și a structurii măsurilor în domeniul prevenirii bolilor. Doar că domeniul dat ține deja cu totul de alt tip de servicii – servicii de sănătate publică asigurate prin activități medico-sanitare, de protecție a sănătății, profilaxie și prevenire a bolilor, prin căi legislative, normative, tehnico-sanitare, administrative, educație sanitară și promovare a sănătății. Și dacă măsurile de mai sus preponderent țin de funcția și obligațiunile statului, apoi partea a doua – subiectul de implementare a acestora – ține de individ, colectivitate și/sau comunitate, aceștia din urmă trebuie să fie instruiți (educați) în solicitarea conștientă și activă a serviciilor de sănătate publică.

Astfel, formarea pieței de servicii de asistență medicală și a celei de sănătate publică diferă esențial, având comun la bază doar starea de sănătate a populației. Amintindu-ne că patologia umană (boala) "impune" individul să se adreseze pentru asistență medicală (formând cererea), constatăm că pentru serviciile de sănătate publică o asemenea cerere a indivizilor apare doar în situații excepționale (intoxicații, erupții, cataclisme etc.). Cel mai frecvent, cererea de servicii de prevenire a bolilor, sau de profilaxie, este insuficientă sau nu este percepută (conștientizată) individual. În acest caz, rolul formării active a cererii în acest domeniu de

servicii le revin structurilor specializate ale statului. Aici am putea exemplifica prin cazul folosirii apei de băut dintr-o fântână de mină, în care apa tot timpul conținea concentrații excesive de săruri minerale și de nitrați, aceasta fiind sursa (și motivul) ca sănătatea populației care utiliza, ani la rând, apa potabilă din această fântână să fie afectată de diferite patologii ale rinichilor. Prin urmare, populația nu este în stare să detecteze senzorial sau prin percepție conținutul apei (pentru a solicita servicii de sănătate publică), cu atât mai mult că efectul respectivei ape dezvoltă patologiile printr-un proces lent și evolutiv. Cazuri de acest gen pot fi aduse o multitudine. Esențial este că formarea cererii în servicii de sănătate publică (de prevenire a bolilor, protecție a sănătății, educație pentru sănătate și promovare a sănătății) este un proces complex multidimensional, cu implicare a factorilor social, legal și cultural-educativ în formarea activă a acestei cereri. Așadar, cererea trebuie să fie activ solicitată atât la nivel comunitar, cât și la nivel de individ.

Într-un studiu al nostru privind ratingul priorităților necesare pentru dezvoltarea sistemului de sănătate publică, evaluat conform opiniei managerilor din sănătatea publică, promovarea sănătății și educația pentru sănătate au fost plasate în prim plan (cu o rată a răspunsurilor de circa $39,4\pm 5,8\%$), accentuând necesitatea extinderii domeniului dat în activitatea instituțională a structurilor de sănătate publică [5]. Această necesitate a fost ulterior confirmată și prin expertiza complexă a activităților specialiștilor din domeniu în raport cu starea sănătății populației.

Astfel, valoarea cererii în servicii de sănătate publică, precum și necesitatea în măsuri, activități și acțiuni de prevenire și profilaxie a bolilor (transmisibile și netransmisibile, traume etc.), de protecție a sănătății, de educație sanitară și promovare a sănătății, trebuie să devină o bază pentru identificarea și/sau argumentarea structurilor și a potențialului instituțional (în personal medical, în suport pentru potențialul diagnosticului de laborator, în suport tehnic și informațional). Lipsa unei abordări metodologice corecte în organizarea serviciilor de sănătate publică, imixtiunea voluntară (deseori bazată doar pe intuiție sau pe "inerția trecutului"), cu negarea dovezilor științifice (bazate pe studii), va provoca un dezechilibru, cu ratarea implementării instrumentelor moderne de îmbunătățire a sănătății.

Promovarea intensivă a măsurilor de sănătate publică în societate (de prevenire și profilaxie a bolilor, de protecție a sănătății, de educație sanitară și promovare a sănătății) este unica și cea mai corectă cale cost-eficientă de diminuare a poverii sociale și economice a bolilor, de îmbunătățire a sănătății

populației și de sporire a indicelui speranței și longevității vieții, inclusiv de diminuare a ratei deceselor în vârsta aptă de muncă – factor determinant în fortificarea potențialului economic al țării.

E necesar de subliniat că țările a căror dezvoltare social-economică este bazată pe principiile economiei de piață, majoritar sunt adeptele măsurilor de prevenire și profilaxie a bolilor, măsuri care prin cost-eficiență, cost-utilitate și cost-beneficiu dețin o prioritate în implementare. La acest capitol, constatăm cu regret că în R. Moldova persistă o atitudine "dizolvată" în ceea ce privește implementarea principiului de prevenire a bolilor și de promovare a sănătății, deși se zice că unul din principiile de bază

ale sistemului de ocrotire a sănătății este profilaxia. Atunci când se investesc miliarde de lei în tratamentul pacienților, iar în măsurile de profilaxie doar 2,75 \$USD în an/per capita, este analogic cum s-ar investi în măsuri de "stingere a incendiilor", dar nu în prevenirea acestora.

Aceste aspecte astăzi pot fi observate real, inclusiv în politica de finanțare a sistemului de sănătate, unde "grosul" cheltuielilor din Fondul AMO sunt orientate spre tratamentul pacienților, și mai puțin spre prevenirea bolilor. Această politică de organizare a sistemului de sănătate compromite angajamentul social de îmbunătățire a macroindicatorilor de sănătate a populației și de dezvoltare economică durabilă a țării (figura 4).

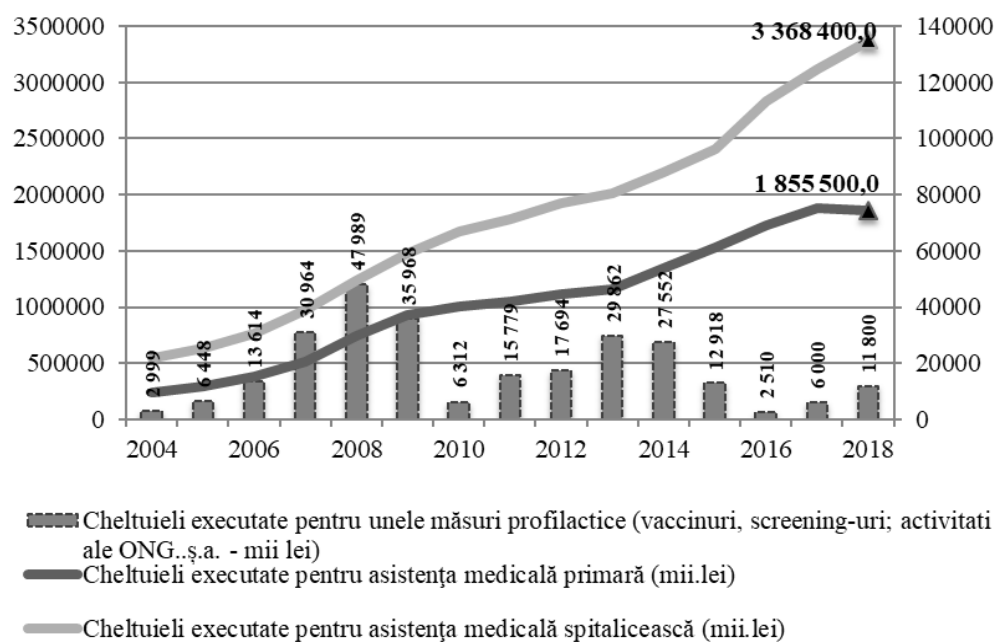


Figura 4. Dinamica cheltuielilor executate în sistemul de sănătate al R. Moldova din Fondul de AMO (mii lei)
[anuale CNAM: www.cnam.md]

De asemenea, putem menționa că, actualmente, în sistemul de sănătate lipsesc structuri (unități) de evaluare sau analiză a tehnologiilor medicale, adică structuri (sau unități) de cercetare "HTA" [8]), funcționarea cărora ar fi axată pe aprecierea și estimarea eficienței sau a ineficienței măsurilor, tehnologiilor și proiectelor implementate, sau a proiectelor de alternativă.

Așadar, consideram că atât pentru identificarea cererii și a ofertei în servicii de sănătate publică, cât și pentru evaluarea sau analiza implementării tehnologiilor medicale, dar și a modului de funcționare a structurilor medicale, este necesară instituirea unei unități analitice, în componența căreia ar activa medici, economiști, sociologi, ingineri-programatori, sarcina cărora ar consta în estimarea complexă și

continuă a fezabilității, cost-eficienței și cost-beneficiului de implementare a diferitor propuneri și recomandări de îmbunătățire a indicatorilor de sănătate a populației.

Concluzii

1. Deși serviciile de asistență medicală și cele de sănătate publică sunt componente de bază ale sistemului de sănătate, formarea cererii și a ofertei în aceste domenii diferă esențial.

2. Starea de sănătate a populației (incidența, prevalența) este fundalul de formare a cererii și a ofertei în servicii de asistență medicală, concomitent cererea devine dependentă de asigurarea populației cu medici – cei care stabilesc diagnosticul. Prin urmare, s-a constatat că diminuarea asigurării populației

cu medici de familie din ultimii 10 ani contribuie la creșterea în țară a prevalenței cu 1521,1 cazuri de patologie la 10.000 populație (coeficientul de variabilitate $R^2=79,8\%$).

3. Formarea cererii și a ofertei de servicii de sănătate publică este determinată de capacitățile sistemului de sănătate publică în identificarea impactului factorilor de mediu asupra sănătății și de nivelul de formare activă a acestei cereri în rândul populației de către structurile de resort. Astfel, creșterea ofertei în servicii de sănătate publică este determinată de nivelul cererii conștiente și active formate în rândul populației.

4. Formarea cererii de servicii de sănătate publică este un proces complex multidimensional, cu implicare a factorilor social, legal, cultural-educativ și cu suport financiar în formarea activă a acestei cereri.

Bibliografie

1. BNS. *Accesul populației la serviciile de sănătate. Rezultatele studiului în gospodării*. Chișinău, 2017. 105 p.
2. MSMPs; ANSP. *Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova*. 2018.
3. Optum Inc. The Optum® SF-36v2® Health Survey. <https://www.optum.com/solutions/life-sciences/answer-research/patient-insights/sf-health-surveys/sf-36v2-health-survey.html> (accesat 07.06.2019).
4. Panait C.-L. Oferta vs cererea de servicii de sănătate în contextul demografic actual din România. In: *Management în sănătate*, 2011, nr. 4(XV), pp. 13–20.
5. Pantea V., Serbulenco A., Bucov V. ș.a. Rezultatele analizei unor probleme actuale în managementul supravegherii de stat a sănătății publice în Republica Moldova. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*, 2017, nr. 53(1), pp. 119–125.
6. Vlădescu C., Ursoniu S., Ciobanu V. ș.a. *Sănătate publică și management sanitar*. București: Cartea Universitară, 2004. 469 p.
7. WHO. *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva, Switzerland, 2008.
8. WHO. *Health Technology Assessment International (HTAi)*. <https://htai.org/> (accesat 03.07.2019).
9. Wikipedia. *Boală*. <https://ro.wikipedia.org/wiki/Boală> (accesat 02.07.2019).
10. Wikipedia. *Percepție*. <https://ro.wikipedia.org/wiki/Percepție> (accesat 02.07.2019).
11. Богатырев И.Д. *Заболеваемость городского населения и нормативы лечебно-профилактической помощи*. Москва: Медицина, 1967. 488 с.

Valeriu Pantea, dr. șt. med., conf. cerc.,
Laboratorul de management în știința
și sănătate publică, ANSP,
tel.: +373 22 574 701,
e-mail: valeriu.pantea@ansp.md

CZU: 314.424:616.1/8(478)

EVOLUȚIA MORTALITĂȚII PREMATURE PRIN BOLILE NETRANSMISIBILE ÎN REPUBLICA MOLDOVA: STUDIU PREDICTIV

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

Rezumat

Bolile netransmisibile determină mai multe decese decât toate celelalte cauze luate împreună. Studiul populațional longitudinal de estimare a mortalității premature sub aspectul perspectivei de evoluție a fost efectuat conform metodologiei OMS, prin analiza probabilității necondiționate de deces printre persoanele cu vârsta cuprinsă între 30 și 70 de ani. Rezultatele studiului au evidențiat o evoluție în descreștere a probabilității necondiționate de deces printre persoanele cu vârsta de 30-70 de ani prin bolile netransmisibile și maladia cardiovasculară, respectiv de la 35,3% până la 30,3% și de la 19,3% până la 15,2% pentru perioada 2007-2016. Evaluarea progresului pentru țintele naționale 2020 privind bolile netransmisibile a evidențiat o tendință de creștere a probabilității decesului persoanelor de 30 de ani până la vârsta lor de 70 de ani pentru majoritatea regiunilor de dezvoltare din Republica Moldova. De asemenea, reducerea mortalității premature prin bolile cardiovasculare a fost constatată cu o tendință evolutivă a ritmului mai mică (-1%), comparativ cu cea așteptată (-4,5%) pentru anul 2016 în raport cu anul 2013. În R. Moldova, probabilitatea necondiționată de deces în vârsta cuprinsă între 30 și 70 de ani prin bolile netransmisibile este una dintre cele mai înalte din lume. Întârzierea în realizarea țintelor naționale 2020 privind reducerea mortalității premature accentuează necesitatea consolidării continue a supravegherii sistematice a factorilor de risc ce o determină.

Cuvinte-cheie: boli netransmisibile, mortalitate prematură, Republica Moldova

Summary

Evolution of premature mortality from non-communicable diseases in the Republic of Moldova: predictive study

Non-communicable diseases cause more deaths than all other causes taken together. The longitudinal population study to estimate premature mortality followed the WHO methodology by analyzing the unconditional probability of dying between ages of 30 and 70 years. The results of the study proved a decreasing trend in the unconditional probability of dying between ages of 30 and 70 from non-communicable diseases and major cardiovascular disease, as follows from 35,3% to 30,3% and from 19,3% to 15,2% for the period 2007-2016. The assessment of progress towards achievements of the national targets 2020 for noncommunicable diseases highlighted increasing trend of the unconditional probability of death of persons aged 30 years until their age of 70 in most regions of