

2. Merită o atenție deosebită nivelul jos de cunoștințe ale populației despre riscurile iminente, astfel implementarea unor activități informaționale și educaționale este un criteriu de îmbunătățire a asistenței medicale perinatale.
3. Îmbunătățirea stării de sănătate a națiunii trebuie urmărită ținând seama și de faptul că în familii informate și sănătoase din punct de vedere fizic și psihic se nasc și copii sănătoși.
4. Este extrem de importantă implementarea la nivelul convenit a obiectivelor din programele de suport, atât în supravegherea antenatală cât și în asistența în timpul nașterii. Implementarea unor programe, care ar determina implicarea societății și a familiei în problemele de sănătate a gravidei apare ca o problemă majoră.

### **Bibliografie**

1. Filipschi Laurenția. Reducerea mortalității copiilor: Aportul societății civile și al sectorului privat la atingerea tintelor naționale ale ODM 4 în Republica Moldova, Institutul de Politici Publice, Tipogr. „Almor-plus”, Chișinău, 2012, 55 p.
2. Gramma Rodica, Spinei Larisa, Bivol Angela, Jemna Stela, Analiza stării de sănătate a populației Republicii Moldova prin prisma indicatorilor statistici pentru perioada anilor 2005-2009, Centrul de Asistență pentru Autoritățile Publice, Chișinău, 2010, 101p.
3. Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului, (HG nr. 288 din 15.03.2005). M.O. Nr. 046.
4. Paladi Gheorghe. Pregătirea psiho-emoțională a gravidei și a familiei ei. Compendiu, Combinatul Poligrafic, „Tipografia Centrală”, Chișinău, 2005, 120 p. din 25.03.2005.
5. Planului de acțiuni privind implementarea Strategiei Naționale de Dezvoltare pentru anii 2008 - 2011 (HG nr. 191 din 25.02.08); Monitorul Oficial Nr. 42-44 din 29.02.2008.
6. Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova pentru anii 2007-2021. (H. G. № 886 din 06.08.2007), M.O. nr. 127-130 din 17.08.2007.
7. „Principii de organizare și acordare a asistenței perinatale”, Ghid Național de Perinatologie ediția a doua, „Tipografia Centrală”, Chișinău 2006.
8. Programului Național „Satul moldovenesc” 2005-2015, (H.G. nr. 242 din 01.03.2005) M.O., Ediție specială din 17.05.2005.
9. Programul de dezvoltare a asistenței medicale spitalicești pe anii 2010-2012, (HG nr. 379 din 07.05.2012), M.O. Nr. 72-74 din 14.05.2010.
10. Raportul cu privire la Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului: „Noi provocări – noi sarcini”, Guvernul Republicii Moldova, Chișinău, 2009, 53p.
11. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017, (H.G. nr. 1471 din 24.12.2007), M. O. nr.8-10/43 din 15.01.2008.
12. Stratulat Petru, Modul Asistența antenatală. Tipografia Centrală, Chișinău, 2005.
13. Stratulat Petru, Curteanu Ala, Carauș Tatiana, Buzdugan Tatiana, Mocanu-Balagura Stela, Calitatea Serviciilor Medicale Perinatale din Republica Moldova, Chișinău, „Tipografia Sirius” SRL, 2010, 172 p.
14. Sion Grațielă, Psihologia vârstelor, Editura Fundației România de Măine, 2003, 256 p.

## **DINAMICA ȘI STRUCTURA INCAPACITĂȚII PERMANENTE DE MUNCĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA (a. 2005-2012) ÎN BAZA INVALIDITĂȚII PRIMARE**

**Vitalie Bivol, Larisa Spinei, Angela Bivol**

Școala de Management în Sănătate Publică, USMF „N. Testemițanu”

### **Summary**

*The evolution and structure of permanent incapacity to work in Republic of Moldova (a 2005-2012) based on primary disability*

This article describes the dynamics of permanent incapacity to work and its structure by different components in Republic of Moldova during the years 2005-2012 on the basis of official

statistics. It was determined a slight decrease (-5,0%) in the level of primary disability during the years 2005-2012 from 372,1 to 353,5 cases per 100 000 inhabitants. It was found a higher level of disability at the district average – 368,8 cases per 100 000 inhabitants, which is 1,2 times higher than at the municipal level – 296,0 cases per 100 000 inhabitants. The most affected age group is 50-59 years (one-third of patients).

### **Rezumat**

În acest articol sunt descrise dinamica incapacității permanente de muncă și structura ei în funcție de diferite componente în Republica Moldova pe parcursul anilor 2005-2012 în baza datelor statisticii oficiale. A fost stabilită o scădere neînsemnată a nivelului invalidității primare pe parcursul anilor 2005-2012 cu -5,0% de la 372,1 la 353,5 cazuri la 100 mii locuitori. A fost constatat un nivel mai înalt al mediei invalidității la nivel raional – 368,8 cazuri la 100 mii locuitori, care este de 1,2 ori mai mare decât la nivel municipal – 296,0 cazuri la 100 mii locuitori. Cel mai afectat este grupul de vârstă 50-59 ani (o treime din pacienți).

### **Actualitatea**

Incapacitatea permanentă de muncă sau invaliditatea (termen folosit până de curând în Republica Moldova) este, conform indicatorilor elaborați „Recomandările Uniunii Europene”, un indicator al stării de sănătate a populației, care ocupă de rând cu morbiditatea locul trei în scala acestor indicatori după speranța de viață și mortalitatea. El este o consecință a morbidității și influențează negativ calitatea vieții [3, 4].

### **Material și metode**

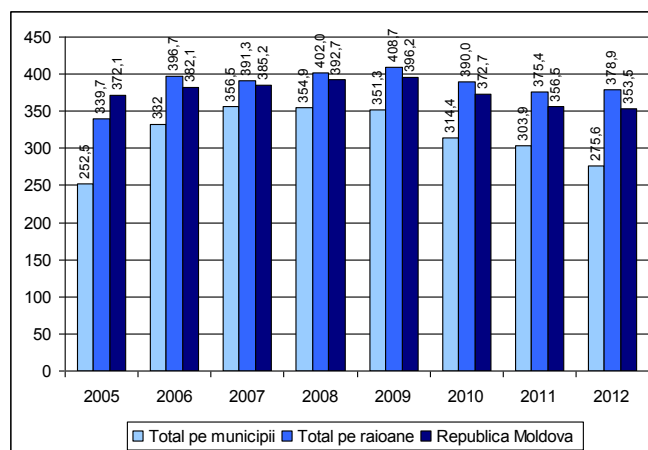
A fost efectuat un studiu epidemiologic cu privire la dinamica invalidității primare în Republica Moldova pe parcursul anilor 2005-2012 în baza datelor statisticii oficiale oferite de CNMS în Anuarele statistice privind starea sănătății populației. Drept material primar pentru calcularea indicatorilor ce țin de invaliditatea populației, servesc rapoartele statistice de ramură „Raport statistic (anual) nr. 27 (CEMV) Consiliului local de expertiză medicală a vitalității”. Analiza a fost efectuată în Programul SPSS, care a permis analiza în baza ratelor, indicatorilor de proporție și efectuarea unor comparații.

### **Rezultate**

Incapacitatea permanentă de muncă (invaliditatea) reprezintă întreruperea în urma bolii a capacității de a presta un anumit fel de muncă. Totuși, conceptul de invaliditate nu trebuie confundat cu conceptul de boala deoarece, are o altă semnificație. Boala implică alterarea funcțională și/sau structurală a organismului din punct de vedere somatic, psihic sau psihosomatic și are ca și caracteristică suferința sau durerea. Invaliditatea are un element comun cu boală, și anume starea de anomalie. Ea este caracterizată prin pierderea sau absența unei anumite aptitudini a persoanei, aptitudine prezenta la celelalte persoane [4].

În cadrul cercetării actuale a fost stabilită o scădere neînsemnată a nivelului invalidității primare pe parcursul anilor supuși studiului cu -5,0% de la 372,1 cazuri la 100 mii locuitori în a. 2005 la 353,5 cazuri la 100 mii locuitori în a. 2012, media anuală a constituit 376,4 cazuri la 100 mii locuitori. Cea mai mică rată a fost înregistrată la sfârșitul perioadei de cercetare– 353,5 cazuri la 100 mii locuitori (a. 2012), iar cea mai înaltă – 396,2 cazuri la 100 mii locuitori în a. 2009.

Analizând nivelul invalidității în funcție de mediul de reședință s-a stabilit un nivel mai înalt al mediei invalidității la nivel raional – 368,8 cazuri la 100 mii locuitori, care este de 1,2 ori mai mare decât la nivel municipal – 296,0 cazuri la 100 mii locuitori. Dinamica nivelului invalidității primare pe parcursul anilor incluși în studiu în funcție de viza de reședință este redată în figura 1.

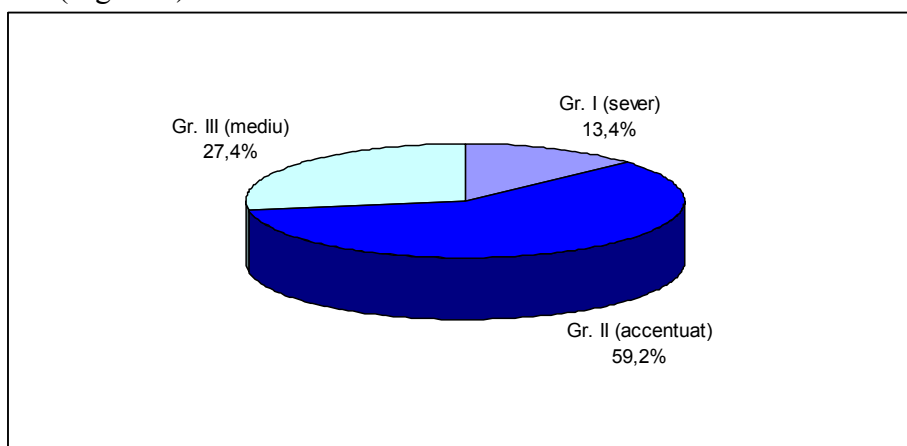


**Fig. 1. Nivelul invalidității primare în Republica Moldova în funcție de mediul de reședință, a. 2005-2012 (cazuri la 100 mii locuitori).**

Luând în considerație că populația Republicii Moldova este preponderent locuitoare a raioanelor, acest fapt influențează nivelul indicatorilor stării sănătății aproape de nivelul general pe țară. Astfel incidența medie a invalidității în raioanele Republicii Moldova pentru perioadă inclusă în studiu (385,3 cazuri la 100 mii locuitori), este practic identică cu cea a țării (376,4 cazuri la 100 mii locuitori). Cea mai mică rată a invalidității primare în raioane a fost înregistrată la începutul studiului în anul 2005 – 339,7 cazuri la 100 mii locuitori, iar cea mai înaltă rată – în anul 2009 (408,7 cazuri la 100 mii locuitori). Înregistrând în anul 2012 un nivel al invalidității primare de 378,9 cazuri la 100 mii locuitori în raioanele Republicii Moldova, sporul este de +11,5%. În funcție de mediul de trai invaliditate primară se întâlnește mai frecvent la persoanele din mediul rural – 58,4%, ce poate fi explicat prin specificul Republicii Moldova drept o țară cu populație preponderent locuitoare a satelor.

Nu mai puțin important din punct de vedere medico-social este gradul invalidității deținut de persoanele cu dizabilități. Astfel, în cazul gradului I – *sever* persoana necesită ajutor din partea altei persoane, ce implică uneori pierderi de muncă și ale unei părți secunde, se păstrează capacitatea de muncă în 0-20%. În cazul gradului II – *accentuat*, sunt păstrate 25-40% din capacitățile de muncă ale pacientului, iar în cazul gradului III – *mediu*, persoana este în stare să presteze munci ușoare cu solicitări energetice și fizico-posturale reduse, capacitatea de muncă este păstrată în 45-60%.

În cadrul studiului actual am analizat ponderea medie anuală a fiecărui grad de dizabilitate în structura generală a invalidității primare. A fost stabilit că în mai mult de jumătate cazuri se întâlnește gradul *accentuat* – 59,4±2,56%, urmat de gradul *mediu* – 27,3±2,32% și cel *sever* – 13,4±1,78% (Figura 2).



**Fig. 2. Structura invalidității primare în funcție de gradul de dizabilitate, a. 2005-2012, media anuală (%).**

A fost stabilit că gradul *sever* de dizabilitate este în scădere cu -24,4% de la 53,9 la 40,7 cazuri la 100 mii locuitori, cu valoarea minimă - 40,7 cazuri la 100 mii locuitori în anul 2012 și valoarea maximală – 56,5 cazuri la 100 mii locuitori în anul 2008. Ponderea gradului *sever* în municipii ( $12,8 \pm 1,94\%$ ) și raioane ( $13,1 \pm 1,76\%$ ) nu diferă statistic semnificativ ( $p > 0,05$ ).

Gradul *accentuat* de dizabilitate are o tendință neînsemnată de scădere pe parcursul studiului cu un spor de -3,0% de la 221,1 la 215,4 cazuri la 100 mii locuitori, cu valoarea minimă – 212,4 cazuri la 100 mii locuitori în anul 2011 și valoarea maximală – 233,7 cazuri la 100 mii locuitori în anul 2009. Ponderea gradului *accentuat* la fel nu diferă în funcție de mediul de reședință ( $p > 0,05$ ): în raioane –  $59,9 \pm 2,85\%$ , în municipii –  $58,5 \pm 2,57\%$ .

Un spor pozitiv nepronunțat a înregistrat gradul *mediu* al dizabilității - +1,2%, de la 96,2 la 97,3 cazuri la 100 mii locuitori, cu valoarea minimă la începutul studiului și valoarea maximală în anul 2008 – 107,8 cazuri la 100 mii locuitori, fără diferență semnificativă statistic în funcție de mediul de reședință ( $p > 0,05$ ). Dinamica gradelor de gravitate în perioada supusă studiului ne vorbește în favoarea asistenței medicale calitative, care prin tratamentele aplicate pacienților nu permite pierderea totală a capacității de muncă, gradul *sever* survenind doar în cazurile inevitabile. Astfel de opinii sunt reflectate și în literatura de specialitate [3].

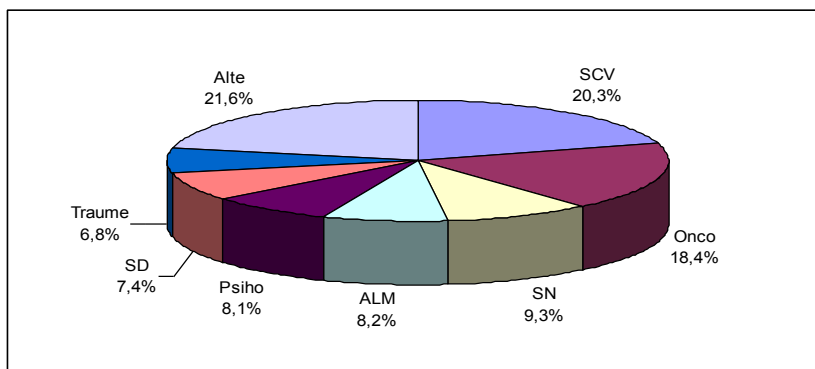
Un aspect important al problemei dizabilității este structura nozologică a incidenței invalidității primare. Astfel, la începutul și sfârșitul studiului se observă predominarea afectării diferitor sisteme și nozologii, adică variația ponderii lor în structura generală a fenomenului studiat (Tab. 1).

**Tabelul 1. Structura invalidității primare la începutul și sfârșitul studiului (compararea ratelor la 100 mii locuitori)**

Locul în clasament	Începutul studiului, anul 2005	Sfârșitul studiului, anul 2012
<b>Locul I</b>	Bolile aparatului circulator	Bolile aparatului circulator
<b>Locul II</b>	Tumori maligne	Tumori maligne
<b>Locul III</b>	Tulburări mentale și de comportament	Bolile sistemului nervos
<b>Locul IV</b>	Bolile sistemului nervos	Bolile aparatului osteomuscular
<b>Locul V</b>	Bolile aparatului osteomuscular	Tulburări mentale și de comportament

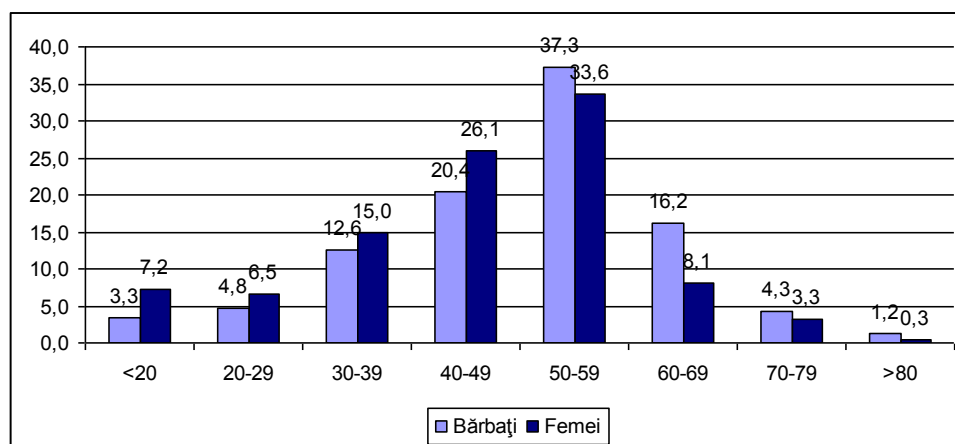
Așadar, putem constata scăderea ponderii dizabilității din partea tulburărilor mentale și de comportament, care s-au deplasat de pe locul III pe locul V. Acest fenomen poate fi explicat prin atenția sporită acordată în ultimii ani sănătății mintale, fapt care previne survenirea dizabilității la pacienții ce suferă de tulburările mentale și de comportament și duce la integrarea lor mai amplă în societate [2].

Conform mediei anuale pentru perioada studiată a cincina parte din pacienți suferă de diferite patologii din partea sistemului cardio-vascular ( $20,3 \pm 4,02\%$ ), urmați de cei ce suferă de tumori maligne –  $18,4 \pm 3,87\%$ , celelalte afecțiuni sunt distribuite în mod relativ uniform (Figura 3).



**Fig. 3. Structura invalidității primare în funcție de sistemul afectat, media anuală, a. 2005-2012 (%).**

Repartizând pacienții în funcție de grupul de vârstă și sex, a fost constatat că o treime din pacienții sunt din grupul de vârstă 50-59 ani, următorul grup fiind 40-49 ani. Diferență semnificativă statistic între sexe a fost stabilită în grupul de vârstă <20 ani, unde sunt mai multe femei ( $p<0,05$ ) și în grupul 60-69 ani, unde ponderea bărbaților este de 2 ori mai mare decât cea a femeilor ( $p<0,001$ ) (Figura 4).



**Fig. 4. Ratele invalidității primare în funcție de grupul de vârstă și sex (%).**

Pentru a evalua dependența între vârsta pacienților și gradul de dizabilitate a fost efectuată analiza de corelație, însă nu a fost stabilită o legătură semnificativă între acești doi parametri  $r_{xy}=-0,2$ , cu toate că la persoanele de vârstă pensionară predomină gradele mai severe ale invalidității ca urmare a maladiilor concomitente și a gravității proceselor patologice.

Cota persoanelor care continuă să activeze și după pensionarea după vârstă în invaliditatea primară, care constituie  $7,0\pm 1,2\%$ . La ei se întâlnesc mai frecvent accidentele cerebro-vasculare, traumele grave și tumorile.

Este necesar de menționat că  $4,8\pm 0,79\%$  din numărul de persoane expertizate primar dețin grad de dizabilitate în baza unei maladii cu origini în perioada copilăriei.

### Concluzii

1. A fost stabilită o scădere neînsemnată a nivelului invalidității primare pe parcursul anilor 2005-2012 cu  $-5,0\%$  de la 372,1 la 353,5 cazuri la 100 mii locuitori în a. 2012, media anuală a constituit 376,4 cazuri la 100 mii locuitori.
2. S-a stabilit un nivel mai înalt al mediei invalidității la nivel raional – 368,8 cazuri la 100 mii locuitori, care este de 1,2 ori mai mare decât la nivel municipal – 296,0 cazuri la 100 mii locuitori. Din mediul de trai rural fac parte 58,4% din persoanele cu invaliditate primară.
3. În mai mult de jumătate cazuri a invalidității primare se întâlnește gradul II (*accentuat*) –  $59,4\pm 2,56\%$ , urmat de gradul III (*mediu*) –  $27,3\pm 2,32\%$  și cel sever (gradul I) –  $13,4\pm 1,78\%$ . Pe parcursul anilor incluși în studiu gradul sever de dizabilitate este în scădere cu  $-24,4\%$  de la 53,9 la 40,7 cazuri la 100 mii locuitori, ce vorbește despre creșterea nivelului asistenței medicale.
4. Conform mediei anuale pentru perioada studiată a cincina parte din pacienți suferă de diferite patologii din partea sistemului cardio-vascular ( $20,3\pm 4,02\%$ ), urmați de cei ce suferă de tumori maligne –  $18,4\pm 3,87\%$ , celelalte afecțiuni se întâlnesc în mod relativ uniform.
5. Analizând structura invalidității primare în funcție de sexul pacienților, a fost stabilit că bărbații constituie 57,8% cazuri, ce este de 1,4 ori mai mult decât femeii – 42,2%, ( $p<0,001$ ).

6. Cel mai afectat este grupul de vârstă 50-59 ani (o treime din pacienți) următorul grup fiind 40-49 ani. Diferență semnificativă statistic între sexe a fost stabilită în grupul de vârstă <20 ani, unde sunt mai multe femei ( $p < 0,05$ ) și în grupul 60-69 ani, unde ponderea bărbaților este de 2 ori mai mare decât cea a femeilor ( $p < 0,001$ ).
7. Nu a fost stabilită o legătură semnificativă între vârsta pacienților și gradul de dizabilitate deținut  $r_{xy} = -0,2$ .
8. Din numărul total de persoane expertizate primar,  $4,8 \pm 0,79\%$  dețin grad de dizabilitate în baza unei maladii cu origini în perioada copilăriei.

### **Bibliografie**

1. Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova. Anii 2005-2012.
2. Chihai J., Boderscova L. Managementul de caz în sănătatea mintală. Ghid practic. Chișinău, 2010. 21 p.
3. Diab M.E., Johnston M.V. Relationships between level of disability and receipt of preventive health services. In: Arch Phys Med Rehabil. 2004, vol. 85, nr. 5, p. 749-757.
4. Enachescu C. Tratat de igienă mentală, Ed. 2-a. Iași: Ed. Polirom, 2004.
5. Wisdom J.P. et al. Health disparities between women with and without disabilities: a review of the research. In: Soc Work Public Health. 2010, vol. 25, nr. 3, p. 368-386.
6. <http://statbank.statistica.md/pxweb/Dialog/Saveshow.asp>

## **ASISTENȚA MEDICALĂ DE URGENȚĂ – REALIZĂRI ȘI PERSPECTIVE**

**Constantin Ețco, Mihai Moroșanu, Iuliana Fornea**

Laboratorul Management și Psihologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Emergency medical assistance – realisations and perspectives***

Emergency medical assistance represents a domain of the Public Health System, which have to assure the integral population with high quality medical assistance.

The analyze of emergency providing level for the population during 2008 – 2011 had demonstrated a high level of the population need for emergency medical services.

In order to evaluate the services of Emergency Medical Assistance, it had been made a survey among the emergency doctors in the Northern area and Bihor County, Oradea municipality, Romania. It had been interviewed 55 doctors. All the medical personnel interviewed had appreciated a good accessibility of the population to the Emergency services.

Range of assistance of the Emergency solicitations is greater in Bihor County, Oradea municipality, Romania, comparing with the range of assistance in the districts of the Northern area of Republic of Moldova.

### **Rezumat**

Asistența medicală de urgență (AMU) reprezintă un domeniu al Sistemului de Sănătate Publică, care trebuie să asigure integral populația cu asistență medicală de calitate.

Analiza nivelului de acordare a asistenței medicale de urgență (AMU) a populației pentru anii 2008-2011 a demonstrat un nivel înalt a necesității populației în servicii medicale de urgență.

În scopul evaluării serviciilor de AMU a fost efectuat un sondaj printre medicii SAMU (secției zonale Nord) și Județul Bihor, municipiul Oradea, România. Au fost intervieți 55 de medici. Toți lucrătorii medicali intervieți au apreciat accesibilitatea populației la serviciile AMU ca fiind bună. Raza de deservire a solicitărilor AMU este mai mare în Județul Bihor, municipiul Oradea România, decât în raioanele din zona de Nord ale Republicii Moldova.