

Considerations about the influence of medico-social factors on the health of uninsured persons

*D-M. Rotaru, D. Tintuc

Nicolae Testemitsanu Department of Social Medicine and Sanitary Management
Nicolae Testemitsanu State University of Medicine and Pharmacy
Chisinau, the Republic of Moldova

*Corresponding author: drotaru@inbox.ru. Manuscript received April 22, 2015; accepted June 05, 2015

Abstract

Background: The article offers the results of study on the impact of some medico-social factors on the uninsured persons's health.

Material and methods: Data collection was carried out using questioning of 1067 insured/uninsured persons.

Results: Uninsured persons in proportion of 37.1% originating from rural areas were compared with 20.5% of uninsured persons originating from urban areas. Uneducated respondents (30.8%) and respondents with secondary-level education (29.7%) represent the segment least covered by medical insurance. The largest percentage (58.1%) of uninsured persons consists of persons with the lowest incomes, ranging from 45.2% in urban areas to 62.8% in rural areas. From urban areas, 76.4% of insured persons and 87.2% of uninsured persons and respectively 66.0% and 76.3% in rural areas appreciate their health status within "satisfactory – very good". While 10.1% of uninsured persons, compared with 17.6% of insured persons from urban areas, respectively 7.3% and 14.9% and from rural areas 11.6% and 20.9%, respectively, appreciate their health status as "poor" and "very poor". In case of health concerns, insured persons mainly appeal for hospital in-patient medical services (90.0% of cases), while uninsured persons in the same situations mainly appeal for medical assistance to private medical centers (47.1% cases). It was found that in the case of illness almost every third uninsured person (34.8%) does not seek medical attention, and only every fourth uninsured person (25.6%) addresses to the family doctor.

Conclusions: The medico-social factors have a synergistic impact of influence on health.

Key words: insured/uninsured persons, determinant factors of health status, evaluation of health status.

Considerații referitor la influența unor factori medico-sociali asupra sănătății persoanelor neasigurate

Introducere

Scopul dezvoltării umane constă în posibilitatea de a trăi o viață lungă, integră și sănătoasă. Indiscutabil este și faptul, că un indice esențial pentru a considera calitatea vieții bună, este o stare bună de sănătate. Sănătatea este una din componentele principale ce definesc conceptul de „calitate a vieții”, alături de celelalte aspecte de ordin social, economic, cultural etc. [1].

De-a lungul timpului, sănătatea a fost definită sub diferite aspecte. Încă Hipocrate afirma: „Sănătatea prezintă o stare de echilibru între corp, minte și mediu”. Actualmente, cea mai acceptată și utilizată definiție este cea a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), care în 1946 a propus definiția următoare: „Sănătatea este o stare pe deplin favorabilă atât fizic, mintal, cât și social, și nu doar absența bolilor sau a infirmităților”, mai târziu fiind inclusă în această definiție și „capacitatea de a duce o viață productivă socială și economică”. Se mai menționează că sănătatea este o resursă pentru viața de zi cu zi, constituind un concept pozitiv, care subliniază resursele sociale și personale, precum și capacitățile fizice [2].

Conform unor autori [3], definiția OMS pune probleme din punct de vedere al aplicării practice – chiar dacă au devenit disponibile în ultimele trei decenii unele instrumente de măsurare a dimensiunilor pozitive ale sănătății, există posibilități mult mai mari și mai puțin costisitoare de valorificare a informațiilor despre morbiditate și pentru fundamentarea politicilor de sănătate. În același timp, crește importanța definirii, măsurării și influențării sănătății din perspectiva percepției subiective a indivizilor și a capacității funcționale, influențate

atât de elemente biologice obiective, cât și de percepții.

În acest context, trebuie abordată problema factorilor determinanți ai sănătății, care acționează sinergic. Un prim exemplu de fundamentare a unei strategii de sănătate pe un model, care să recunoască influența majoră asupra sănătății și a altor factori în afară de serviciile medicale, a apărut în 1974, în documentul „O nouă perspectivă asupra sănătății canadienilor”, cunoscut ca raportul Lalonde (conform numelui ministrului canadian al sănătății din acea vreme). Modelul conceptual susținut de acest raport de referință a propus clasificarea determinantilor sănătății în patru categorii: comportamente, mediu, biologie umană și îngrijiri de sănătate [3] (fig. 1).

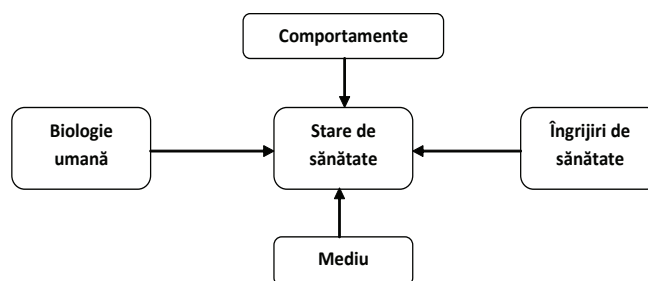


Fig. 1. Modelul celor patru categorii de determinanți ai stării de sănătate.

Factorii determinanți ce influențează starea de sănătate a populației sunt descriși în diferite moduri [4, 5]. Conform unor autori [6], sănătatea este rezultatul unei combinații

complexe de factori cu relevanță la nivel individual și la nivel macro-. La nivel individual, starea de sănătate depinde de numeroși factori interrelaționali, cum ar fi: moștenirea genetică, poziția socială, opțiunile în ceea ce privește stilul de viață, comportamentele, atitudinile și valorile adoptate cu privire la starea de sănătate.

Gruparea lor, prezentată mai jos, derivă însă de la același concept al lui Lalonde. Ponderea factorilor ce influențează sănătatea publică este următoarea: factorii biologici (ereditate, caracteristici demografice ale populației) – 18%; factorii climato-geografici și ecologici (fizici, chimici etc.) – 20%; factorii sociali (comportamentul, atitudinile, obiceiurile, stilul de viață) – 54%; eficiența serviciilor de sănătate (preventive, curative, recuperatorii) – 8%.

Vârsta, sexul și caracteristicile ereditare sunt considerați factori determinanți de bază ai stării de sănătate, asupra cărora însă indivizii au control redus [1]. În același timp, după cum menționează unii autori [7], deși ereditatea are un rol important în predispoziția pentru anumite probleme de sănătate, factorii sociali sunt esențiali în păstrarea și îngrijirea sănătății. Poziția socială reprezintă un factor complex, care contribuie la starea de sănătate prin componentele sale: vârstă, gen, statut socio-economic (nivel educațional, ocupație, venit). Componentele poziției sociale constituie factori importanți în determinarea stării de sănătate, prin condițiile de viață și de muncă pentru care pot opta oamenii, prin oportunitatea alegerii unui stil de viață sănătos și a unor servicii medicale de calitate. Un rol considerabil în sănătatea indivizilor îl joacă rețelele sociale și ale comunităților în care este inclusă și familia [1].

Printre factorii comportamentali cu impactul cel mai puternic asupra stării de sănătate se evidențiază fumatul, consumul de alcool, consumul de droguri, dieta, inactivitatea fizică. Fumatul a luat amploare în Republica Moldova după anul 1990 atât în rândul bărbaților, cât și al femeilor, dar mai ales în rândul tinerilor. În Republica Moldova, numărul fumătorilor înregistrează 27% din populație, ocupând locul 4 în topul statelor europene cu număr mare de fumători (după Armenia, Belarus și Ucraina). Vârsta medie a minorilor care încep să fumeze este de 15 ani [8]. Potrivit celor mai recente studii, rata mortalității în rândul fumătorilor este de 2-3 ori mai mare decât la nefumători, în toate grupurile de vârstă. Fumatul este responsabil pentru 90% din cazurile de cancer pulmonar, 75% din cazurile de bronșită cronică și 25% din cazurile de boli cardiovasculare.

Factorii socio-economici cu un impact deosebit asupra stării de sănătate sunt: nivelul sărăciei, rata șomajului, structura cheltuielilor în gospodărie, excluderea socială. Conform opiniei unor autori [9], venitul reprezintă un factor universal în determinarea inegalităților în sănătate atât la nivel individual, cât și la nivel societal. Este menționat acest lucru și de către alți autori [10], care demonstrează că există o strânsă legătură între capitalul educațional, starea de sănătate și resursele economice.

Mediul înconjurător este un factor cu un impact deosebit asupra stării de sănătate, influențând apariția multor boli, cum ar fi: afecțiunile respiratorii cronice, cardiovasculare, alergice,

endocrine, de metabolism și nutriție, bolile psihice și, nu în ultimul rând, bolile neoplazice. În acest grup de determinanți ai stării de sănătate trebuie să se ia în considerare: calitatea aerului, a apei, a solului, a alimentelor, a locului de muncă, a așezărilor umane și a factorilor fizici, cum ar fi zgomotul și radiațiile. Accesul la o sursă de apă potabilă, la o locuință având facilități sanitare, la o încălzire adecvată a locuinței etc. contribuie la menținerea stării de sănătate [11]. Desfășurarea muncii într-un mediu toxic sau predispus la accidente de muncă, o muncă solicitantă din punct de vedere fizic sau psihic constituie alți factori determinanți ai stării de sănătate.

Eminamente, unul din obiectivele esențiale ale sistemului național de sănătate publică este considerată a fi asigurarea sănătății populației țării. Deoarece, conform definiției lui Frenk, esența sănătății publice este starea de sănătate a populației, aceasta include și organizarea personalului și a instituțiilor medico-sanitare în vederea furnizării tuturor serviciilor de sănătate necesare pentru promovarea sănătății, prevenirea bolilor, diagnosticarea și tratamentul bolilor și reabilitarea fizică, socială și profesională [12]. În același timp, prezența unor probleme majore cu care încă se confruntă în prezent sistemele de sănătate publică din alte țări [13], precum și din țara noastră, influențează calitatea vieții populației, printre care pot fi: subfinanțarea și utilizarea ineficientă a resurselor; accesul scăzut și inechitabil la servicii de calitate (inechitățile în accesul la servicii există, în primul rând, în populația din mediul urban și cel rural, categorii relativ mari de persoane nu sunt luate la evidență de medicii de familie etc.); managementul deficitar al resurselor umane (comparativ cu țările europene, nivelul asigurării populației cu medici și cadre medii medicale este inferior mediilor europene, distribuția teritorială a personalului medical este neuniformă, ponderea inadecvată a personalului auxiliar, concentrarea personalului medical în zonele urbane și în spitale, nivelul scăzut al salariilor etc.); atenție insuficientă acordată serviciilor de promovare a sănătății: (a) resurse umane insuficiente numeric în specialități de sănătate publică, (b) colaborare dificilă cu instituțiile din domeniu atât la nivel național, cât și local și (c) resurse financiare modeste, repartizate în fiecare program național de sănătate; managementul deficitar al informațiilor; colaborare intersectorială inadecvată etc.

În acest context, se impune întreprinderea acțiunilor susținute întru realizarea unui nivel ridicat de sănătate și distribuirea echitabilă a serviciilor de asistență medicală, iar sistemul sanitar, la rândul său, trebuie să corespundă așteptărilor populației. OMS, stabilind responsabilitățile guvernelor față de propriile sisteme sanitare, invocând asumarea unui rol mult mai activ în promovarea sănătății, a pus accentul pe necesitatea elucidării impactului, pe care sistemele sanitare îl au asupra sănătății.

Accesul universal la servicii de sănătate trebuie să se numere printre prioritățile oricărui stat. Accesibilitatea la servicii medicale este determinată de concordanța dintre oferta și cererea de servicii, respectiv dintre disponibilitatea reală a facilităților de asistență medicală, comparativ cu cererea bazată pe nevoia reală pentru servicii de sănătate. Oferta, dar și cererea de servicii medicale sunt influențate de finanțarea

diferitor tipuri de asistență în cadrul sistemului de sănătate, dar și de posibilitatea populației de a suporta din resurse proprii contravaloarea serviciilor. Nivelul de acoperire a populației rămâne a fi una dintre cele mai sensibile și importante probleme în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală atât din punct de vedere al accesibilității serviciului, dar și al echității și solidarității [14, 15, 16].

Tot mai pregnantă în ultimii ani, devine preocuparea cercetătorilor pentru evaluarea stării de sănătate a populației, care poate fi apreciată atât obiectiv (de exemplu: colectarea și analiza unor parametri biologici și clinici cuprinși într-o fișă de cercetare/evaluare, pentru fiecare individ al unei populații), cât și subiectiv (percepția stării sănătății).

Cea mai frecventă metodă de apreciere subiectivă a stării de sănătate este autoevaluarea. Chestionarele de satisfacție și/sau de evaluare a stării proprii de sănătate sunt destul de frecvent utilizate, de obicei în complementaritate cu o metodă de apreciere obiectivă a stării de sănătate. Avantajul evaluării subiective a sănătății constă în faptul că, la răspunsul subiectiv al pacientului pot fi asociați și parametri biologici ai pacientului. Evaluarea subiectivă a sănătății poate include: monitorizarea îngrijirii pacientului; ameliorarea interrelației dintre medic și pacient; informarea medicilor, pe tot parcursul îngrijirii, asupra stării de bine a pacientului; studii clinice pentru evaluarea a două sau mai multe tratamente diferite; evaluarea profitului în sănătate la diferite grupe de pacienți, atunci când se evaluează furnizările de servicii cele mai valoroase; monitorizarea stării de sănătate a populației în general [1, 17, 18, 19, 20, 21].

Material și metode

În acest context, ne-am propus să efectuăm un studiu referitor la influența unor factori medico-sociali (determinanți) asupra sănătății persoanelor neasigurate/asigurate.

Colectarea datelor a fost realizată prin metoda anchetării a 1067 de persoane asigurate/neasigurate din 3 zone geografice ale Republicii Moldova, atât din mediul urban, cât și din cel rural: Zona Nord (raionul Briceni), Zona Centru (municipiul Chișinău, raioanele Criuleni și Ialoveni) și Zona Sud (raionul Căușeni).

Rezultatele studiului au fost prelucrate și analizate prin intermediul programului Excel, aplicația SPSS și prezentate grafic în tabele și diagrame.

Eșantionul respondenților (1067 de persoane) a fost constituit din: 760 de persoane asigurate ($71,2 \pm 1,64\%$) și 307 persoane neasigurate ($28,8 \pm 2,58\%$) ($t = 13,8459$, $p < 0,001$); conform reședinței – 533 de persoane din mediul urban ($49,95 \pm 2,17\%$) și 534 de persoane din mediul rural sau $50,05 \pm 2,16\%$ ($t = 0,0327$, $p > 0,05$).

Rezultate și discuții

În rezultatul cercetării, s-a demonstrat că persoanele neasigurate în proporție de $37,1 \pm 2,09\%$ provin din mediul rural, comparativ cu $20,5 \pm 1,75\%$ a celor din mediul urban ($t = 6,0909$, $p < 0,001$). În cea mai mare parte, aceasta se datorează faptului că populația rurală, de regulă, practică activități agricole pe cont propriu ($87,5\%$), dar și dispune de

posibilități financiare reduse pentru procurarea poliței de asigurare medicală obligatorie.

În funcție de vârstă, constatăm că rata cea mai înaltă a persoanelor care nu dispun de asigurare medicală ($93,2 \pm 0,77\%$) sunt persoanele cuprinse în grupul de vârstă de 21-59 de ani (persoane apte de muncă), astfel: I loc îl ocupă persoanele din grupul de vârstă de 21-29 de ani cu $44,1\%$, din rândul lor $52,7\%$ sunt cele din mediul rural, sau cu $16,6\%$ mai mult decât cele din mediul urban; locul II, cu $35,8\%$, îl ocupă persoanele din grupul de vârstă de 30-39 de ani, $50,0\%$ fiind persoane din mediul rural, ceea ce constituie cu $28,4\%$ mai mult decât cele din mediul urban; locul III îl ocupă persoanele din grupul de vârstă de 40-49 de ani cu $25,0\%$, cota celor din mediul rural constituind $34,0\%$ sau cu $16,9\%$ mai mult decât cele din mediul urban; locul IV fiind ocupat de persoanele din grupul de vârstă de 50-59 de ani cu $18,3\%$, dintre care $23,6\%$ provin din mediul rural sau cu $10,2\%$ mai mult decât cele din mediul urban. Astfel, în grupul de vârstă al persoanelor apte de muncă (21-59 de ani), cota cea mai înaltă a persoanelor neasigurate o constituie cele din mediul rural – $63,3 \pm 2,09\%$, comparativ cu $26,7 \pm 1,92\%$ a celor din mediul urban ($t = 19,9221$, $p < 0,001$) sau cu $36,6\%$ mai mult.

În funcție de nivelul de studii, segmentul cel mai slab acoperit de asigurări medicale îl constituie respondenții fără studii ($30,8\%$) și cu studii medii ($29,7\%$), ceea ce s-ar explica prin activitatea acestora în sectorul neoficial al economiei, unde angajatorii nu le oferă pachetul social. Dacă cota acestora în mediul urban o constituie $15,8 \pm 1,58\%$, atunci în mediul rural aceasta este de $37,0 \pm 2,09\%$ ($t = 8,0935$, $p < 0,001$). În același timp, în rândul respondenților cu studii superioare se atestă cele mai înalte cote ale celor ce dețin polița de asigurare medicală: $85,8\%$ total persoane asigurate, dintre care $87,0 \pm 1,46\%$ sunt din mediul urban și $82,4 \pm 1,65\%$ – din mediul rural ($t = 2,0914$, $p < 0,05$) (fig. 2).

Analiza de corelație dintre nivelul de studii și aprecierea stării de sănătate denotă o legătură directă și puternică ($r_{xy} = +0,71$, $m_r = 0,02$, $t_r = 35,5$, $p < 0,001$).

În raport cu starea civilă, ponderea cea mai înaltă a persoanelor neasigurate o dețin cei din căsătorii neînregistrate: $54,2\%$ – total neasigurați, $42,5 \pm 2,14\%$ persoane neasigurate din mediul urban și $62,5 \pm 2,09\%$ persoane neasigurate din mediul rural ($t = 6,6763$, $p < 0,001$) (fig. 3).

Persoanele cazate temporar alcătuiesc cota cea mai mare din rândul celor neasigurați: $47,6\%$ – total neasigurați ($36,1 \pm 2,08\%$ persoane neasigurate din mediul urban și $63,0 \pm 2,09\%$ persoane neasigurate din mediul rural) ($t = 9,1236$, $p < 0,001$), comparativ cu cele care au locuință în chirie ($39,8\%$), locuință proprie ($26,5\%$), deținători de locuințe de serviciu ($25,0\%$) și sociale ($23,1\%$) (fig. 4).

În raport cu nivelul bunăstării, ponderea cea mai mare ($58,1\%$) a persoanelor neasigurate o constituie cei cu cele mai mici venituri ($0-549,4$ lei), variind de la $45,2 \pm 2,16\%$ în mediul urban până la $62,8 \pm 2,09\%$ în mediul rural ($t = 5,8595$, $p < 0,001$), fiind evidentă limitarea accesului acestei categorii de populație la asistență medicală (fig. 5).

În urma analizei de corelație dintre nivelul bunăstării și percepția stării de sănătate, a fost stabilită o legătură directă și

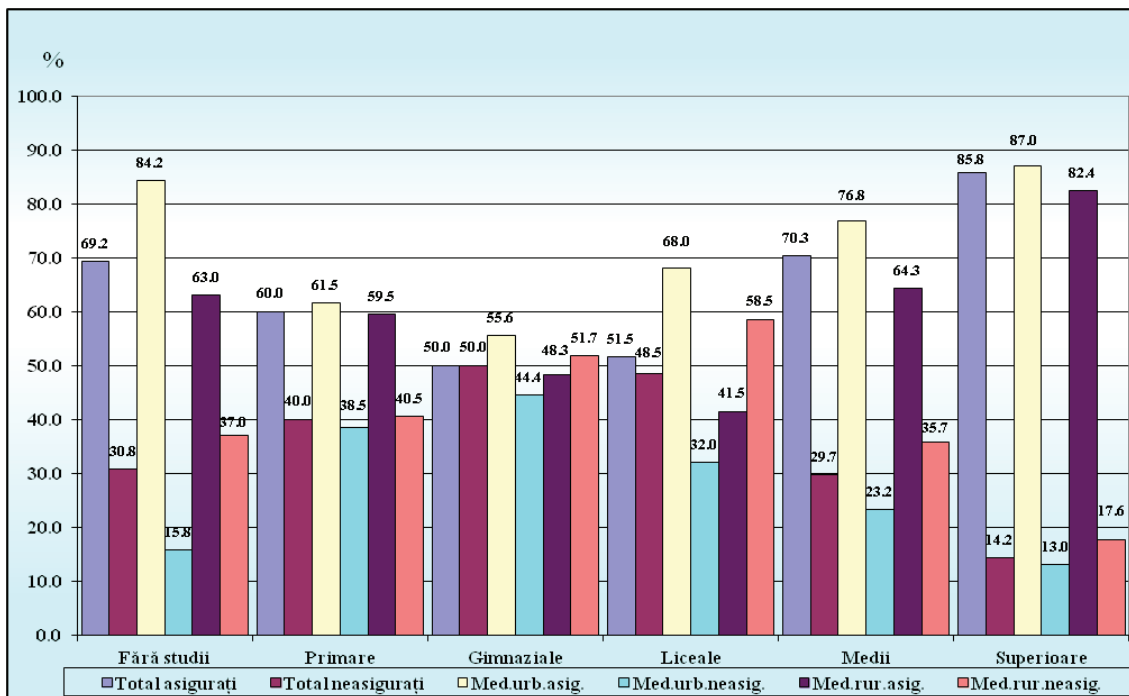


Fig. 2. Repartizarea conform nivelului de studii și mediului de reședință al persoanelor asigurate/neasigurate, %.

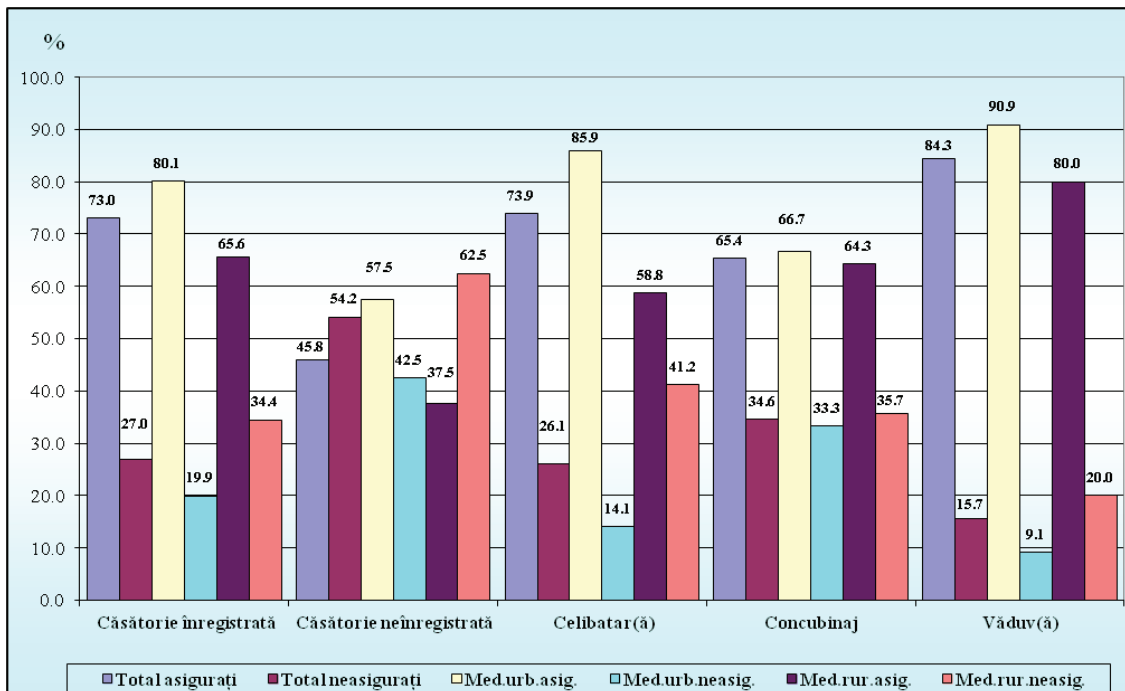


Fig. 3. Repartizarea conform stării civile și mediului de reședință al persoanelor asigurate/neasigurate, %.

puternică ($r_{xy} = +0,76$, $m_r = 0,01$, $t_r = 76,00$, $p < 0,001$).
 Percepția stării de sănătate este unul din indicatorii recomandați la nivel internațional în contextul analizei asupra stării de sănătate a populației. Este relevant faptul influenței mediului socio-cultural asupra nivelului de percepere a stării de sănătate. Astfel, conform datelor studiului, starea sănătății în limitele „satisfăcătoare – foarte bună” este apreciată de către $71,7 \pm 1,38\%$ persoane asigurate și de către $80,1 \pm 1,22\%$ persoane neasigurate ($t = 4,5585$, $p < 0,001$), incluse în lotul

total de studiu; din mediul urban, respectiv, de către $76,4 \pm 1,84\%$ persoane asigurate și $87,2 \pm 1,45\%$ persoane neasigurate ($t = 4,6165$, $p < 0,001$), iar din mediul rural, respectiv, $66,0 \pm 2,05\%$ și $76,3 \pm 1,84\%$ ($t = 3,7371$, $p < 0,001$), ceea ce indică, că persoanele asigurate sunt mai sensibile la starea de sănătate, având grijă să dispună de asigurare medicală în caz de o eventuală necesitate. Aceasta o confirmă și aprecierea stării de sănătate cu calificativele „rea” și „foarte rea” de către $10,1 \pm 0,92\%$ persoane neasigurate din lotul de studiu, comparativ

cu $17,6 \pm 1,17\%$ de către persoanele asigurate ($t = 5,0449$, $p < 0,001$); din mediul urban, respectiv $7,3 \pm 1,13\%$ și $14,9 \pm 1,54\%$ și din mediul rural – $11,6 \pm 1,39\%$ și $20,9 \pm 1,76\%$, respectiv ($t = 2,4076$, $p < 0,05$; $t = 2,5643$, $p < 0,05$).

La momentul chestionării, respondenții (bazându-se pe rezultatele accesării sistemului medical) au afirmat următoarele: $78,4 \pm 1,26\%$ dintre persoanele asigurate sufereau de maladii cu evoluție cronică sau cu $56,8\%$ mai mult decât persoanele neasigurate ($21,6 \pm 1,26\%$) ($t = 31,8809$, $p < 0,001$); de maladii cu evoluție acută – $65,9 \pm 1,45\%$ și $34,1 \pm 1,45\%$ ($t = 15,4944$, $p < 0,001$), respectiv, sau cu $31,8\%$ mai mult, ceea ce atestă din partea persoanelor asigurate o grijă mai sporită față de propria sănătate.

În cazul unor probleme de sănătate, în funcție de disponibilitatea asigurării medicale, constatăm că persoanele neasigurate apelează preponderent în $47,1 \pm 2,85\%$ cazuri

la centrele medicale private, la serviciile asistentei medicale – $40,7 \pm 2,80\%$ cazuri, farmacie – $37,5 \pm 2,76\%$ cazuri, ambulanță – $26,2 \pm 2,51\%$ cazuri, medicul specialist – $25,7 \pm 2,49\%$ cazuri, medicul de familie – $25,6 \pm 2,48\%$ cazuri, iar în $34,8 \pm 2,72\%$ cazuri nu se adresează la medic. Pe când persoanele asigurate, în aceste situații apelează preponderent la serviciile de spital ($90,0 \pm 1,09\%$ cazuri), ale medicului de familie ($74,4 \pm 1,58\%$ cazuri), ale medicului specialist ($74,3 \pm 1,57\%$ cazuri), ale ambulanței ($73,8 \pm 1,59\%$ cazuri), farmaciei ($62,5 \pm 1,76\%$ cazuri), iar în $65,0 \pm 1,73\%$ cazuri nu se adresează la medic.

În raport cu mediul de reședință, persoanele neasigurate din mediul urban, în caz de boală, mai frecvent ($30,1 \pm 1,98\%$) apelează la farmacist, în $30,0 \pm 1,98\%$ cazuri beneficiază de serviciile medicale oferite de centrele private și $25,0 \pm 1,75\%$ cazuri – de asistență medicală sau nu apelează la medic, com-

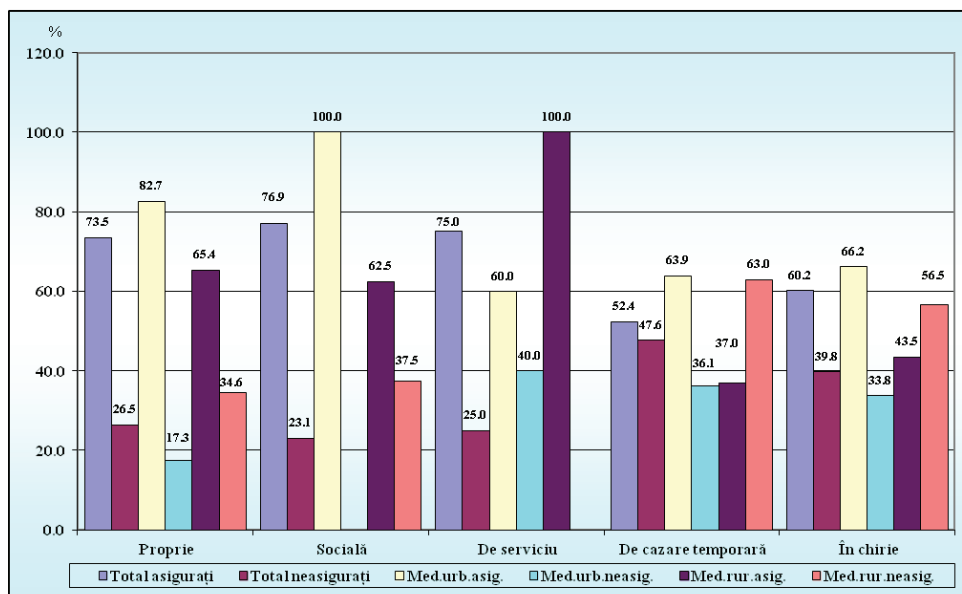


Fig. 4. Repartizarea conform condițiilor locative și mediului de reședință al persoanelor asigurate/neasigurate, %.

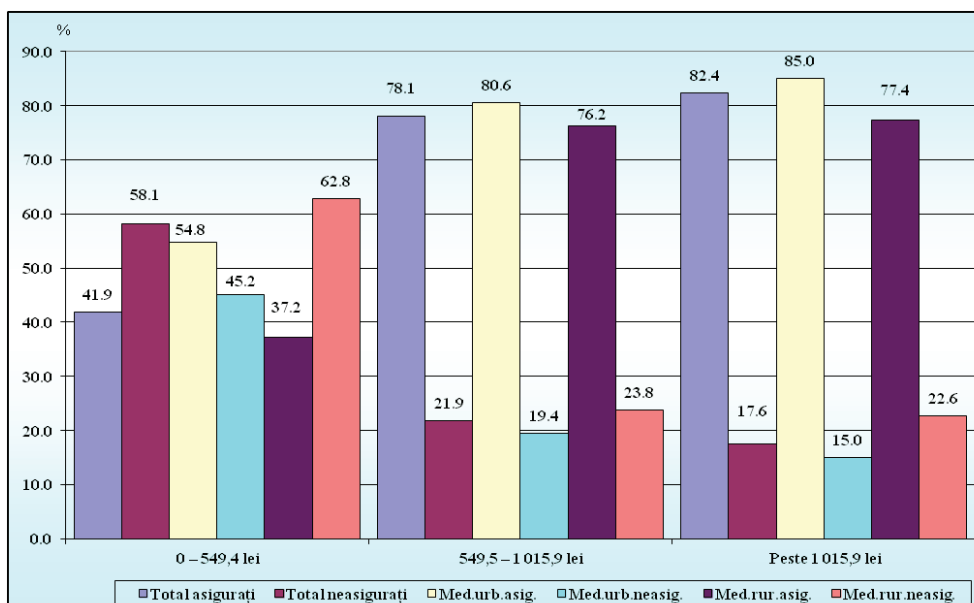


Fig. 5. Repartizarea conform nivelului bunăstării și mediului de reședință al persoanelor asigurate/neasigurate, %.

parativ cu persoanele asigurate, care apelează mai frecvent la serviciile spitalicești ($95,1 \pm 0,94\%$ cazuri), ale medicului de familie ($83,2 \pm 1,62\%$ cazuri) și în $77,9 \pm 1,79\%$ cazuri – la serviciile AMU.

În aceste situații (cazuri de boală), dacă persoanele asigurate din mediul rural, se adresează preponderent la serviciile spitalicești ($85,7 \pm 1,51\%$ cazuri), ambulanței ($69,3 \pm 1,75\%$ cazuri), medicului specialist ($68,4 \pm 1,55\%$ cazuri) și în $64,7 \pm 2,07\%$ cazuri – la medicul de familie, atunci persoanele neasigurate în $71,4 \pm 1,96\%$ cazuri apelează la centrele medicale private, în $48,3 \pm 2,16\%$ cazuri – la asistenta medicală și în $46,7 \pm 2,16\%$ cazuri – la farmacist, iar $45,5 \pm 2,15\%$ din ele nu apelează la medic.

Studiul efectuat atestă faptul îngrijorător, că în caz de boală, practic fiecare a treia persoană neasigurată ($34,8\%$) nu apelează la nimeni și doar fiecare a patra persoană ($25,6\%$) se adresează la medicul de familie, în pofida faptului că beneficiază de întreg volumul de servicii medicale, prevăzute de Programul unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală (fig. 6).

Analiza procentuală a distribuției celor mai frecvente 5 grupuri de diagnostice, în funcție de diagnosticul principal al pacienților spitalizați pe parcursul anului 2014, relevă o oarecare discrepanță în comparație cu prevalența populației prin diferite boli și, anume:

locul I îl ocupă bolile aparatului respirator ($14,1\%$), pe când în structura prevalenței, respectiv – bolile aparatului circulator ($19,7\%$);

locul II – bolile aparatului circulator ($13,7\%$), în structura prevalenței, respectiv – bolile aparatului respirator ($18,8\%$);

locul III – complicații de sarcină, naștere, lăuzie ($11,3\%$), în structura prevalenței, respectiv – bolile aparatului digestiv ($12,0\%$);

locul IV – bolile aparatului digestiv ($11,0\%$), în structura prevalenței, respectiv – bolile aparatului genito-urinar ($6,8\%$);

locul V – leziunile traumatice ($6,9\%$), în structura prevalenței, respectiv – bolile endocrine ($6,7\%$).

Această distribuție este caracteristică și pentru pacienții asigurați spitalizați.

Deoarece povara bolilor în cazul pacienților neasigurați spitalizați diferă și are altă distribuție a celor mai frecvente 5 grupuri de diagnostice: locul I îl ocupă bolile aparatului digestiv ($14,8\%$), locul II – leziunile traumatice ($12,1\%$), locul III – tulburările mentale ($11,1\%$), locul IV – bolile aparatului genito-urinar ($9,9\%$) și locul V – bolile aparatului respirator ($8,8\%$).

Concluzii

Studiul efectuat, bazat pe ancheta de opinie, utilizând ca instrument de lucru un Chestionar original anonim, ne permite să concluzionăm că factorii medico-sociali, componenți ai determinanților sănătății, variind în cadrul diverselor grupuri și niveluri ale societății de astăzi, marcată de o diferențiere socială profundă, având un impact sinergic asupra sănătății.

Persoanele neasigurate medical, în proporție de $37,1\%$, provin din mediul rural, comparativ cu $20,5\%$ din mediul urban, în cea mai mare parte aceasta datorându-se faptului că populația rurală, de regulă, practică activități agricole pe cont propriu ($87,5\%$), dar și dispune de posibilități financiare reduse pentru procurarea poliței de asigurare medicală obligatorie.

În funcție de vârstă, rata cea mai înaltă a persoanelor care nu dispun de asigurare medicală ($93,2\%$) o constituie persoanele cuprinse în grupul de vârstă de 21-59 de ani (persoane apte de muncă), cota cea mai înaltă a persoanelor neasigurate constituind-o cele din mediul rural – $63,3\%$, comparativ cu

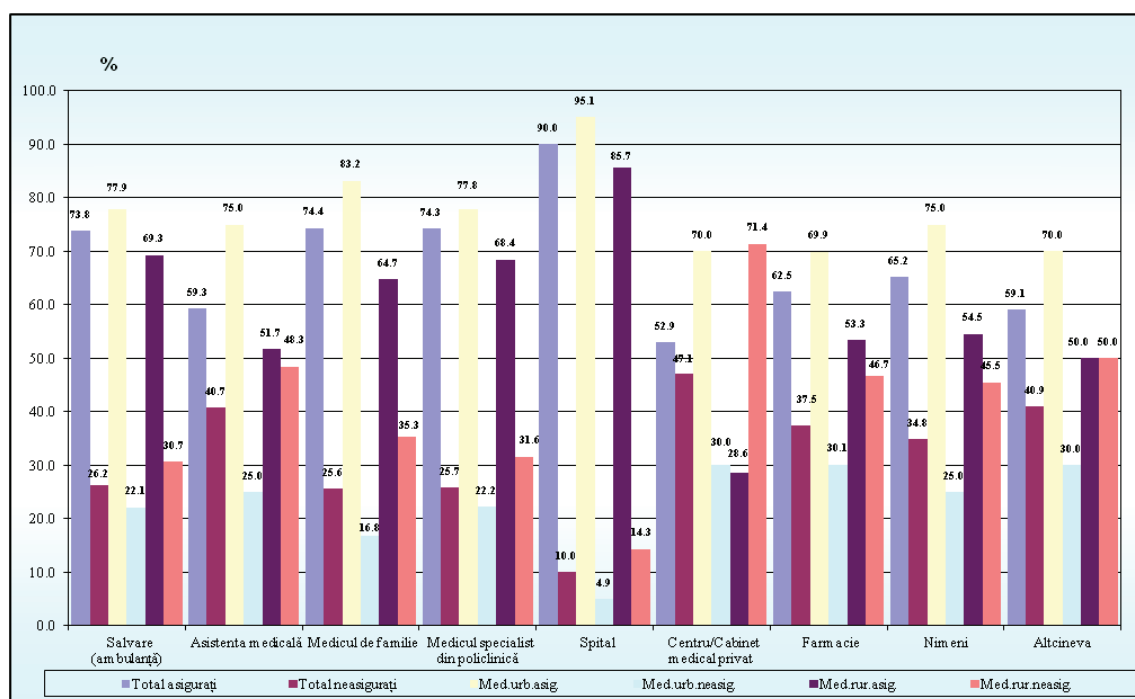


Fig. 6. Asistența medicală în caz de boală la care apelează persoanele asigurate/neasigurate, %.

26,7% a celor din mediul urban sau cu 36,6% mai mult.

Respondenții fără studii (30,8%) și cu studii medii (29,7%) reprezintă segmentul cel mai slab acoperit de asigurări medicale, ceea ce s-ar explica prin activitatea acestora în sectorul neoficial al economiei, unde angajatorii nu le oferă pachetul social, cota acestora în rural fiind de 37,0%, comparativ cu 15,8% a celor din mediul urban.

În raport cu nivelul bunăstării, ponderea cea mai mare (58,1%) a persoanelor neasigurate o constituie cei cu cele mai mici venituri (0-549,4 lei), variind de la 45,2% în mediul urban până la 62,8% în mediul rural, fiind evidentă și sub acest aspect al limitării accesului și acestei categorii de populație la asistență medicală.

S-a mai constatat că în cazul unor probleme de sănătate, persoanele neasigurate apelează preponderent la centrele medicale private (47,1% cazuri), precum și că în aceste situații, practic fiecare a treia persoană neasigurată (34,8%) nu apelează la medic și doar fiecare a patra persoană (25,6%) se adresează la medicul de familie. Iar persoanele asigurate în aceste situații, apelează preponderent la serviciile de spital (90,0% cazuri).

Referitor la influența mediului socio-cultural asupra nivelului de percepere a stării de sănătate de către populație, rezultatele studiului relevă că starea sănătății în limitele „satisfăcătoare – foarte bună” a fost apreciată de către 71,7% persoane asigurate și de către 80,1% persoane neasigurate din mediul urban, respectiv de către 76,4% persoane asigurate și 87,2% persoane neasigurate, iar din mediul rural – respectiv, 66,0% și 76,3%, ceea ce indică la diferențele de percepție și satisfacție față de domeniile componente ale calității vieții și ale factorilor medico-sociali cu impact asupra sănătății, precum și că persoanele asigurate sunt mai sensibile la starea de sănătate, având grijă să dispună de asigurare medicală în eventuala necesitate, comparativ cu persoanele neasigurate.

Referințe bibliografice

- Vlădescu C. Rolul măsurării mortalității evitabile în aprecierea stării de sănătate a populației [The role of avoidable mortality in health assessment]. *Management în sănătate [Health Management Magazine]*. 2010;14(3).
- Constituția OMS [WHO Constitution] (1946). Available online at <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/index.html>.
- Vlădescu C. Sănătate publică și management sanitar [Public Health and Health Management]. București: Cartea Universitară [Bucharest: Publishing House]. 2004;614.
- Lucaci Ingrid. Medicina socială [Social Medicine]. Available online at <http://www.studentie.ro/cursuri/>.
- www.testweb.umf.ro/umf/images/stories/cap1.pdf.
- Precupețu I. Evaluări ale protecției sociale și îngrijirii sănătății. În: Mărginean I, Precupețu I. (coord.) [Social protection and health care assessment]. *Calitatea vieții și dezvoltarea durabilă. Politici de întărire a coeziunii sociale [Quality of Life and Sustainable Development. Policies for strengthening social cohesion]*. București: Editura Expert – CIDE [Bucharest: Expert Publishing House – CIDE]. 2008:137-146.
- Pop Cosmina-Elena. Starea de sănătate a populației din România în context european. O abordare din perspectiva calității vieții [The health of the population of Romania in the European context. An approach in terms of quality of life]. *Calitatea vieții [Quality of Life Magazine]*. 2010;XXI:3-4, 274-305. Available online at <http://www.revistacalitateavietii.ro/pdf>.
- Noua lege anti-fumat: cu 1% mai puțini fumători pe an în Moldova [The new anti-smoking law: by 1% less smokers per year in Moldova]. Available online at <http://www.bloguvern.md/2014/07/14/>.
- Anderson R, Mikulić B, Vermeylen G, et al. Second European Quality of Life Survey: Overview, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Commission. 2009 [Electronic version]. Available online at <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/1/EF0902EN.pdf>.
- Mărginean I, Precupețu I, Tsanov V, et al. First European Quality of Life Survey: Quality of life in Bulgaria and Romania, Luxembourg, Office for Official Publications European Communities, 2006 [Electronic version]. Available online at <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/67/en/1/ef0667en.pdf>.
- Doboș C. Accesul populației la serviciile publice de sănătate [Access of population to the health public services]. *Calitatea vieții [Quality of Life Magazine]*. 2003;3-4, 3-14.
- www.books.google.md/books. The New Genetics and The Public's Health.
- www.apms.ro/documente/c1_strat_nationala.doc (1. European Union on the public health policy).
- Tintiuc D. Particularitățile implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală și a strategiilor de fortificare a capacităților manageriale din sistemul de sănătate al Republicii Moldova: profesor universitar Dumitru Tintiuc la 70 ani [Peculiarities of implementing the mandatory health insurance and the strategies of strengthening the managerial capabilities of the health system of the Republic of Moldova: Professor Mr.Dumitru Tintiuc at 70 years]. Chișinău : Centrul Editorial – Poligrafic Medicina [Poligrafic Editorial Center Medicine]. 2013;39.
- Plugaru L. Sănătatea populației în perioada transformărilor sociale [The health of population in the period of social transformation]. *Akademios*. 2012;1(24):112-116.
- Lupușor A, Cenușă D, Romaniuc R. Republica Moldova 2013. Raport de stare a țării [Republic of Moldova 2013. Country status report]. Chișinău, 2013;54.
- Tishuk EA. Sovremennyye problemy informatsionnogo obespecheniya upravleniya zdavookhraneniem [Modern problems of information management health management]. *Vrach i informatsionnyye tekhnologii [Doctor and information technologies]*. 2004;7:8-13.
- Martynchik SA. Upravlenie protsessom predostavleniya meditsinskikh uslug v sisteme dobrovolnogo meditsinskogo strakhovaniya i analiz zdorovya zastrakhovannykh grazhdan [Management of the medical services'provision process in the voluntary health insurance system and analysis of the insured citizens'health]. Avtoreferat disertatsii doktora meditsinskikh nauk [Doctor of Medical Sciences' thesis abstract]. Moskva: Meditsina, 1999:43.
- Podsvirova TE, et al. Sotsiologicheskii opros kak alternativnyy metod otsenki zdorovya naseleniya [Sociological survey as an alternative method to assess the health of the population]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologii [Bulletin of new medical technologies]*. 2009;XVI(2):171.
- Bullindzher M. Mezhdunarodnaya sopostavimosti rezultatov oprosov po izuceniyu sostoyaniya zdorivya naseleniya: obzor metodov i podkhodov. EUROHIS: Razrabotka obshchego instrumentariya dlya oprosov o sostiyanii zdorovya [International comparability of health interview surveys: An overview of methods and approaches. EUROHIS: Development of a common instrument for health surveys]. M.: Prava cheloveka [Human rights]. 2005:193.
- État de santé generale perçue. Panorama de la santé 2011: Les indicateurs de l'OCDE. P. 40.