



Centrul de Asistență
pentru Autoritățile Publice

Analiza stării de sănătate a populației Republicii Moldova prin prisma indicatorilor statistici

pentru perioada anilor 2005-2009

Rodica Gramma
Larisa Spinei
Angela Bivol
Stella Jemna



Studiu elaborat în cadrul proiectului
„Consolidarea Sistemului Statistic Național”,
PNUD Moldova

Chișinău, 2010



Analiza stării de sănătate a populației Republicii Moldova prin prisma indicatorilor statistici

pentru perioada anilor 2005-2009

Rodica Gramma, coordonator de proiect

Larisa Spinei, specialist principal

Angela Bivol, specialist secundar

Stella Jemna, asistent de proiect

Studiu elaborat în cadrul Proiectului comun
„Consolidarea Sistemului Statistic Național al RM”,
cu suportul PNUD Moldova

Chișinău, 2010

Raport analitic „ Analiza stării de sănătate a populației Republicii Moldova prin prisma indicatorilor statistici” (2005-2009)

Autori:

Rodica Gramma, dr., conferențiar universitar, Școala de Management în Sănătate Publică, USMF „Nicolae Testemițanu”

Larisa Spinei, dr.hab.șt.med., profesor universitar, Școala de Management în Sănătate Publică, USMF „Nicolae Testemițanu”

Angela Bivol, dr., medic statistician, șef Centru Resurse Informaționale IMSP AMT Botanica

Stella Jemna, coordonator proiecte in cadrul A.O. CAAP

*Centrul de asistență pentru autoritățile publice” (CAAP)
www.caap.md, info@caap.md
MD-2069, Republica Moldova,
Chisinau, str. Mesager 11, of. 302
Tel. /373/ 22 837221*

Prezentul Raport include o descriere a stării de sănătate a populației Republicii Moldova prin prisma indicatorilor statistici, în special a indicatorilor de monitorizare și evaluare a Politicii Naționale de Sănătate a Republicii Moldova (2007-2021). Scopul acestui studiu a fost determinarea eficienței măsurilor întreprinse și a impactului acestora asupra evoluției indicatorilor principali de sănătate. Intenția cercetării este de a propune recomandări pentru a îmbunătăți calitatea analizei datelor statistice colectate și a modului de utilizare a acestora. Totodată, după interpretarea multiaspectuală a indicatorilor, au fost trasate un șir de concluzii și recomandări în vederea îmbunătățirii unor politici în domeniul sănătății publice și dezvoltării unor măsuri suplimentare care ar crește eficiența acestora.

Pentru analiză au fost utilizate, în particular, datele Biroului Național de Statistică, Centrului Național de Management în Sănătate, Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă, informația oficială oferită de Ministerul Mediului și Inspectoratul Ecologic de Stat, precum și alte studii care conțin date oficiale. Autorii exprima instituțiilor menționate recunoștință pentru cooperare și furnizarea datelor necesare.



Copyright © PNUD Moldova

Lucrarea a fost elaborată cu suportul Programului Națiunilor Unite pentru Dezvoltare în Moldova în cadrul proiectului comun ONU „*Consolidarea Sistemului Statistic Național al Republicii Moldova*”.

Opiniile exprimate în această publicație nu reflectă necesar politicile sau viziunile oficiale ale Programului Națiunilor Unite pentru Dezvoltare în Moldova sau a structurilor administrative ale Guvernului Republicii Moldova.

Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD) reprezintă rețeaua globală de dezvoltare a Națiunilor Unite, care promovează schimbarea și conectează țările la informații, experiența și resursele necesare pentru a ajuta oamenii să-și construiască o viață mai bună.

CUPRINS

I. INTRODUCERE.....	9
II. ANALIZA ASPECTELOR GENERALE ȘI SPECIFICE ALE PROCESELOR MEDICO- DEMOGRAFICE ÎN REPUBLICA MOLDOVA.....	10
2.1. Natalitatea.....	10
2.2. Dinamica mărimii alocației sociale la nașterea copilului.....	12
2.3. Sporul natural.....	13
2.4. Speranța vieții la naștere.....	14
2.5. Mortalitatea.....	15
2.5.1. Mortalitatea specifică.....	16
2.5.2. Mortalitatea în vârstă aptă de muncă (VAM).....	17
2.5.3. Mortalitatea copiilor în vârstă sub 5 ani.....	18
2.5.4. Mortalitatea infantilă.....	18
2.5.5. Mortalitatea perinatală.....	19
2.5.6. Mortalitatea maternă.....	19
2.6. Gradul de îmbătrânire a populației.....	20
III. EVALUAREA TENDINTELOR ȘI ASPECTELOR SPECIFICE ALE MORBIDITĂȚII POPULAȚIEI REPUBLICII MOLDOVA.....	23
3.1. Incidența în Republica Moldova (urban, rural).....	23
3.1.1. Incidența la adulți.....	24
3.1.2. Incidența la copii.....	25
3.1.3. Prognozarea incidenței (totale, adulți, copii).....	26
3.2. Prevalența totală (urban, rural).....	27
3.2.1. Prevalența la adulți.....	28
3.2.2. Prevalența la copii.....	29
3.2.3. Prognozarea prevalenței (totale, adulți, copii).....	30
3.3. Incidența și prevalența prin maladii.....	31
3.3.1. Incidența și prevalența maladiilor aparatului respirator.....	31
3.3.2. Incidența și prevalența prin leziuni traumatice.....	37
3.3.3. Incidența și prevalența prin boli ale aparatului circulator.....	40
3.3.4. Incidența și prevalența prin tulburări mintale.....	47
3.3.5. Incidența și prevalența prin alcoolism.....	50
3.3.6. Incidența și prevalența prin narcomanie.....	52
3.3.7. Incidența și prevalența prin cirozele hepatice și hepatite.....	54
3.3.8. Incidența și prevalența prin tuberculoză.....	59
3.3.9. Incidența și prevalența infecției HIV și maladii SIDA.....	62
3.3.10. Incidența și prevalența prin maladiile oncologice.....	64
3.3.11. Incidența și prevalența prin diabet zaharat.....	66
3.3.12. Incidența și prevalența bolilor diareice acute.....	69
3.4. Consumul de alcool și țigări.....	70
3.4.1. Consumul de alcool.....	70
3.4.2. Consumul de țigări.....	70
3.5. Factori de influență a morbidității populației.....	72
3.5.1. Ponderea populației.....	72
3.5.2. Nivelul de dezvoltare fizică a tinerilor.....	72
3.5.3. Poluarea aerului.....	72
3.5.4. Calitatea apei.....	75
3.5.5. Calitatea solului.....	77
3.5.6. Calitatea și consumul produselor alimentare.....	78
IV. ESTIMAREA CAPACITĂȚILOR ACTUALE ALE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE A REPUBLICII MOLDOVA.....	79
4.1. Asigurarea cu medici.....	79
4.2. Asigurarea cu paturi.....	80
4.3. Nivelul de spitalizare.....	80
4.4. Numărul de vizite la un locuitor.....	82
4.5. Gradul de accesibilitate a populației la servicii de sănătate.....	82

4.6. Gradul de satisfacție a populației vizînd calitatea serviciilor de sănătate oferite de sistemul sănătății.....	84
V. EVALUAREA PROCEDURII DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE.....	86
VI . CONCLUZII.....	87
VII. RECOMANDĂRI.....	92
ANEXE.....	94
Anexa 1. Morbiditatea femeilor în Republica Moldova (bolnave luate în evidență cu diagnosticul pentru prima data), 2005-2009, persoane.....	94
Anexa 2. Veniturile disponibile ale gospodăriilor cu copii, pe medii de reședință, 2009.....	94
Anexa 3. Cheltuieli de consum după ani, destinația cheltuielilor, tipuri de cheltuieli, medii și numărul de copii în gospodărie, lei, medii lunare pe o persoană.....	94
Anexa 4. Structura mortalității generale a populației, la 100 mii locuitori.....	95
Anexa 5. Rata prevalenței unor boli cronice, pe sexe și medii (%) pentru an. 2008.....	95
Anexa 6. Incidența globală.....	96
Anexa 7. Prevalența adulți.....	97
Anexa 8. Prevalența copii.....	98
Anexa 9. Incidența totală a maladiilor sistemului cardiovascular.....	99
Anexa 10. Incidența prin ciroze și hepatite.....	100
Anexa 11. Prevalența ciroze hepatite total.....	101

LISTA TABELELOR

Tabelul 1. Mărimea medie a indemnizațiilor pentru copii, 2005-2009, lei	13
Tabelul 2. Structura mortalității infantile după medii și sexe, 2005-2009, cazuri	18
Tabelul 3. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței generale, anii 2005-2009, cazuri la 10 mii locuitori	24
Tabelul 4. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței la adulți, anii 2005-2009, cazuri la 10 mii adulți	24
Tabelul 5. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței la copii, anii 2005-2009, cazuri la 10 mii copii.	25
Tabelul 6. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței totale, anii 2005-2009, cazuri la 10 mii adulți	27
Tabelul 7. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței la adulți, anii 2005-2009, cazuri la 10 mii adulți	29
Tabelul 8. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței la copii, anii 2005-2009, cazuri la 10 mii copii	29
Tabelul 9. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței totale ale maladiilor aparatului respirator, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	32
Tabelul 10. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței maladiilor aparatului respirator la adulți, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii adulți.	32
Tabelul 11. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței maladiilor aparatului respirator la copii, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii copii	32
Tabelul 12. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței maladiilor aparatului respirator, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	34
Tabelul 13. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței maladiilor aparatului respirator la adulți, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii adulți	34
Tabelul 14. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței maladiilor aparatului respirator la copii, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii copii	34
Tabelul 15. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței prin leziuni traumatice, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	38
Tabelul 16. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței prin leziuni traumatice la adulți, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii adulți	38
Tabelul 17. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței prin leziuni traumatice la copii, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii copii.	38
Tabelul 18. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței totale a maladiilor aparatului circulator, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	41
Tabelul 19. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței maladiilor aparatului circulator la adulți, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii adulți	41

Tabelul 20. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței maladiilor aparatului circulator la copii, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii copii	41
Tabelul 21. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței maladiilor aparatului circulator, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	42
Tabelul 22. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței maladiilor aparatului circulator la adulți, anii 2005-2009, cazuri la 10 mii adulți	43
Tabelul 23. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței maladiilor aparatului circulator la copii, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii copii	43
Tabelul 24. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței tulburărilor mintale, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	47
Tabelul 25. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței prin tulburări mintale, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	49
Tabelul 26. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței prin alcoolism, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori.	50
Tabelul 27. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței prin narcomanie, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	52
Tabelul 28. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței prin ciroze și hepatite, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori.	54
Tabelul 29. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței prin ciroze și hepatite la adulți, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii adulți	55
Tabelul 30. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței prin ciroze și hepatite la copii, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii copii	55
Tabelul 31. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței prin ciroze și hepatite, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	56
Tabelul 32. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței prin ciroze și hepatite la adulți, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii adulți	57
Tabelul 33. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței prin ciroze și hepatite la copii, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii copii	57
Tabelul 34. Morbiditatea prin infecția HIV/SIDA, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori.	63
Tabelul 35. Procentul elevilor expuși la fumat acasă, în locuri publice și care sprijină interzicerea fumatului în localuri publice, GYTS Moldova, 2004-2008	72
Tabelul 36. Dinamica cantității emisiilor de noxe de la sursele staționare pe an, pe ingrediente, anii 2004-2009, mii tone	74
Tabelul 37. Evacuarea unor substanțe poluante specifice în aerul atmosferic de către sursele staționare, anii 2005-2008, tone	74
Tabelul 38. Emisii ale obiectelor cu cei mai înalți indici de poluare, a. 2009, tone/an	74
Tabelul 39. Normele admisibile a substanțelor nocive în aerul atmosferic, mg/dm ³ .	75
Tabelul 40. Evacuarea apelor reziduale, de mină și freatice drenate în bazinele de suprafață, anii 2004-2009, milioane m ³ .	76

LISTA GRAFICELOR

Graficul 1. Morbiditatea femeilor în Republica Moldova (bolnave luate la evidență cu diagnosticul pentru prima dată), 2005-2009, persoane	11
Graficul 2. Repartizarea cheltuielilor lunare de consum în gospodăriile cu copii, 2009, procente	12
Graficul 3. Indicii demografici în dinamică, 2005-2009, la 1000 locuitori, procente	13
Graficul 4. Durata medie de speranță a vieții la naștere, 2005-2009, ani	14
Graficul 5. Cheltuielile de consum ale populației pe sexe, 2006-2008, procente	15
Graficul 6. Raportul dintre indicatorul mortalității generale la bărbați și la femei, cazuri la 100 mii locuitori, an. 2005 vs. an. 2009	16
Graficul 7. Structura cauzelor mortalității în vârstă aptă de muncă, 2009, procente	17
Graficul 8. Mortalitatea infantilă în Republica Moldova, municipii și raioane, 2005-2009, cazuri la 1000 născuți vii	18
Graficul 9. Coeficientul îmbătrânirii populației (numărul persoanelor în vârstă de 60 ani și peste), 2005-2009, la 100 locuitori	21
Graficul 10. Dinamica ponderii populației în vârstă peste 55 ani, anii 2005-2009, prognozarea pentru anul 2015, procente	21
Graficul 11. Nivelul incidenței generale în Republica Moldova și pe grupele mari de vârstă, 2005-2009, cazuri la 10 mii locuitori	23
Graficul 12. Structura incidenței, a. 2009, procente	24
Graficul 13. Structura incidenței la copii, 2009, procente	25
Graficul 14. Prognozarea incidenței generale, 2010-2014, cazuri la 10 mii locuitori	26
Graficul 15. Prognozarea incidenței totale la adulți, 2010-2014, cazuri la 10 mii adulți	26

Graficul 16. Prognozarea incidenței totale la copii , 2010-2014, cazuri la 10 mii copii	27
Graficul 17. Rata prevalenței unor boli cronice, pe sexe, (procente) pentru an.2008	28
Graficul 18. Structura prevalenței generale în Republica Moldova și pe grupele mari de vârstă, 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	28
Graficul 19. Repartizarea raioanelor, în funcție de nivelul mediu al prevalenței și grupele mari de vârstă, anii 2005-2009, abs. și procente	29
Graficul 20. Prognozarea prevalenței generale, 2010-2014, cazuri la 10 mii locuitori	30
Graficul 21. Prognozarea prevalenței la adulți, 2010-2014, cazuri la 10 mii adulți	30
Graficul 22. Prognozarea prevalenței globale la copii, 2010-2014, cazuri la 10 mii copii	31
Graficul 23. Repartizarea raioanelor, în funcție de nivelul mediu al incidenței maladiilor respiratorii și grupele mari de vârstă, anii 2005-2009, abs. și procente	31
Graficul 24. Dinamica incidenței maladiilor aparatului respirator pe grupuri mari de vârstă, 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	33
Graficul 25. Repartizarea raioanelor, în funcție de nivelul prevalenței maladiilor respiratorii și grupele mari de vârstă, 2005-2009, abs. și procente	33
Graficul 26. Prognozarea incidenței totale a maladiilor aparatului respirator, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	34
Graficul 27. Prognozarea incidenței maladiilor aparatului respirator la adulți , 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți	35
Graficul 28. Prognozarea incidenței maladiilor aparatului respirator la copii , 2010-2014, cazuri la 100 mii copii	35
Graficul 29. Prognozarea prevalenței maladiilor aparatului respirator, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	36
Graficul 30. Prognozarea prevalenței maladiilor aparatului respirator la adulți, 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți	36
Graficul 31. Prognozarea prevalenței maladiilor aparatului respirator la copii, 2010-2014, cazuri la 100 mii copii	37
Graficul 32. Dinamica incidenței prin leziuni traumatice în Republica Moldova, municipii și raioane, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	37
Graficul 33. Repartizarea raioanelor, în funcție de nivelul prevalenței prin leziuni traumatice și grupele mari de vârstă, anii 2005-2009, abs. și procente	38
Graficul 34. Prognozarea incidenței leziunilor traumatice în Republica Moldova, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	39
Graficul 35. Prognozarea incidenței leziunilor traumatice la adulți, 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți	39
Graficul 36. Prognozarea incidenței leziunilor traumatice la copii, 2010-2014, cazuri la 100 mii copii	39
Graficul 37. Dinamica prevalenței prin leziuni traumatice pe grupuri mari de vîrste, 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	40
Graficul 38. Prognozarea incidenței maladiilor aparatului circulator, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	41
Graficul 39. Prognozarea incidenței maladiilor aparatului circulator la adulți, 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți	42
Graficul 40. Prognozarea incidenței maladiilor aparatului circulator la copii, 2010-2014, cazuri la 100 mii copii	42
Graficul 41. Prognozarea prevalenței maladiilor aparatului circulator, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	43
Graficul 42. Prognozarea prevalenței la adulți maladiilor aparatului circulator, 2010-2014, cazuri la 10 mii adulți	44
Graficul 43. Prognozarea prevalenței la copii maladiilor aparatului circulator la copii, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	44
Graficul 44. Prognozarea incidenței HTA , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	45
Graficul 45. Prognozarea incidenței HTA la adulți , 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți	45
Graficul 46. Prognozarea incidenței HTA la copii , 2010-2014, cazuri la 100 mii copii	45
Graficul 47. Prognozarea prevalenței HTA, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	46
Graficul 48. Prognozarea prevalenței HTA la adulți, 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți	46
Graficul 49. Prognozarea prevalenței HTA la copii , 2010-2014, cazuri la 100 mii copii	46
Graficul 50. Dinamica incidenței prin tulburări mintale în Republica Moldova, municipii și raioane, 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	47
Graficul 51. Prognozarea incidenței tulburărilor mintale, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	48
Graficul 52. Prognozarea incidenței tulburărilor mintale la adulți , 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți	48
Graficul 53. Prognozarea incidenței tulburărilor mintale la copii , 2010-2014, cazuri la 100 mii copii	48
Graficul 54. Prognozarea prevalenței tulburărilor mintale , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	49
Graficul 55. Prognozarea prevalenței tulburărilor mintale la adulți , 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți	50
Graficul 56. Prognozarea prevalenței tulburărilor mintale la copii , 2010-2014, cazuri la 100 mii copii	50
Graficul 57. Prognozarea incidenței prin alcoolism , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	51
Graficul 58. Prognozarea prevalenței prin alcoolism , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	51
Graficul 59. Prognozare incidenței prin narcomanie , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	52
Graficul 60. Prognozare incidenței prin narcomanie la nivel raional , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	53
Graficul 61. Prevalența prin narcomanie în Republica Moldova, municipii și raioane, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	53
Graficul 62. Prognozarea prevalenței prin narcomanie , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	53

Graficul 63. Incidența prin ciroze hepatice în grupele mari de vârstă, 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	54
Graficul 64. Prognozarea incidenței totale prin ciroze hepatice și hepatite , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	55
Graficul 65. Prognozarea incidenței prin ciroze hepatice și hepatite la adulți pentru perioada anilor 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți	55
Graficul 66. Prognozarea incidenței prin ciroze hepatice și hepatite la copii pentru perioada anilor 2010-2014, cazuri la 100 mii copii	56
Graficul 67. Prognozarea prevalenței prin ciroze hepatice și hepatite pentru perioada anilor 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	57
Graficul 68. Prognozarea incidenței prin ciroze hepatice și hepatite la adulți pentru perioada anilor 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți	58
Graficul 69. Prognozarea incidenței prin ciroze hepatice și hepatite la copii pentru perioada anilor 2010-2014, cazuri la 100 mii copii	58
Graficul 70. Structura morbidității prin hepatitele virale, %	58
Graficul 71. Incidența formelor bacilare ale tuberculozei, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	60
Graficul 72. Prognozarea incidenței globale a tuberculozei, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	60
Graficul 73. Prognozarea incidenței primare a tuberculozei , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	60
Graficul 74. Prognozarea incidenței formelor bacilare a tuberculozei pentru perioada anilor 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	61
Graficul 75. Prognozarea prevalenței tuberculozei , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	61
Graficul 76. Prognozarea prevalenței formelor bacilare a tuberculozei , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	62
Graficul 77. Prevalența tuberculozei MDR printre cazurile noi, anii 1995 – 2009, procente	62
Graficul 78. Prognozarea prevalenței suferinzilor de SIDA , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	63
Graficul 79. Prognozarea prevalenței persoanelor cu HIV , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	63
Graficul 80. Prognozarea incidenței purtătorilor de HIV , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	64
Graficul 81. Incidența prin maladiile oncologice, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	64
Graficul 82. Prognozarea incidenței maladiilor oncologice, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	65
Graficul 83. Prognozarea prevalenței maladiilor oncologice , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	65
Graficul 84. Dinamica incidenței prin diabet zaharat după grupe mari de vârstă, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	66
Graficul 85. Prognozarea incidenței totale a diabetului zaharat , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	67
Graficul 86. Prognozarea incidenței diabetului zaharat la adulți , 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți	67
Graficul 87. Prognozarea incidenței diabetului zaharat la copii , 2010-2014, cazuri la 100 mii copii	67
Graficul 88. Dinamica prevalenței prin diabet zaharat, după medii de reședință, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori	68
Graficul 89. Prognozarea prevalenței totale a diabetului zaharat , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori	68
Graficul 90. Prognozarea prevalenței la adulți prin diabet zaharat , 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți	68
Graficul 91. Prognozarea prevalenței diabetului zaharat la copii , 2010-2014, cazuri la 100 mii copii	69
Graficul 92. Asigurarea cu medici de familie în Republica Moldova, municipii și raioane, 2005-2009, medici la 10 mii locuitori	79
Graficul 93. Asigurarea populației cu paturi în Republica Moldova, municipii și raioane, 2005-2009, paturi la 10 mii locuitori	80

LISTA ABREVIERILOR

AgHBs - Antigenul de suprafață al Virusului Hepatitei B
BNS – Biroul Național de Statistică
BDA - Boli Diareice Acute
CNȘPMP - Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă
CNMS – Centru Național de Management în Sănătate
DALY – Disability-Adjusted Life Year
GYTS - Studiul „Global Youth Tobacco Survey”
HG – Hotărâre de Guvern
HTA – Hipertensiune Arterială
HIV – Virusul Imunodeficienței Umane
HVA - Hepatita Virală A
HVB - Hepatita Virală B
HVC - Hepatita Virală C
EUROCDC - Centrul European de Prevenire și Control al Maladiilor
PYLL - Potential Years of Life Lost
MS – Ministerul Sănătății
MDR – Multi Drog Rezistentă
OMS – Organizația Mondială a Sănătății
OSC – Oficiu Stării Civile
RM – Republica Moldova
SCV – Sistem Cardio-Vascular
SIDA – Sindromul Imunodeficienței Dobândite
VAM – Vârsta Aptă de Muncă
QALY - Quality-Adjusted Life Expectancy

I. INTRODUCERE

Prezentul Raport include o descriere a stării sănătății populației Republicii Moldova prin prisma indicatorilor statistici și a rezultatelor studiilor oficiale desfășurate pînă în prezent în domeniul sănătății publice. Studiul a fost realizat în baza obiectivelor Politicii Naționale de Sănătate a Republicii Moldova (2007-2021), cu analiza indicatorilor de monitorizare și evaluare menționați în acest document.

Pentru analiză au fost utilizate datele Biroului Național de Statistică, Centrului Național de Management în Sănătate, Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă, informația oficială oferită de Ministerul Mediului și Inspectoratul Ecologic de Stat, precum și Studiile UNICEF, UNFPA, OMS, Băncii Mondiale și alte studii care conțin date oficiale. Analiza informației în domeniul sănătății a fost efectuată în baza informației statistice pentru perioada anilor 2005-2009, etapă în care au fost inițiate și realizate un șir de programe și reforme esențiale pentru sistemul sănătății. Astfel, prin o analiză cantitativă și calitativă, scopul acestui studiu a fost determinarea eficienței măsurilor întreprinse și a impactului acestora asupra evoluției indicatorilor principali de sănătate. Intenția cercetării este de a propune recomandări pentru a îmbunătăți calitatea analizei datelor statistice colectate și a modului de utilizare a acestora. Totodată, după interpretarea multiaspectuală a indicatorilor, au fost trasate un șir de concluzii și recomandări în vederea îmbunătățirii unor politici în domeniul sănătății publice și dezvoltării unor măsuri suplimentare care ar crește eficiența acestora.

Starea sănătății populației este un indice integrat al dezvoltării sociale a țării, o reflectare a bunăstării social-economice și morale a poporului, a condițiilor de trai și consumului de servicii medicale, precum și a gradului de educație adecvată despre factorii de risc și comportamente sănătoase. Stările morbide sînt determinate de factori complecși, care acționează într-un sistem sinergetic, de la influența generală asupra organismului, pînă la maladii concrete, organice. Reieșind din aceste considerente, am inclus în studiul nostru evaluarea atât a indicatorilor principali ai sănătății populației, cât și cei care au un impact direct, sau indirect, asupra acestora, cum sunt suma indemnizațiilor primite pentru copii, poluarea mediului înconjurător, alimentația incorectă, deprinderile dăunătoare, planificarea familială, atitudinea față de propria sănătate, etc.

În realizarea studiului au fost utilizate diferite metode de cercetare, printre care analiza discriptivă, cu calcularea ratelor, proporțiilor, valorilor medii; analiza comparativă după diferite criterii de apreciere (mediu de reședință, sex, vîrstă etc.); metoda analitică, de prognozare și modelare, șiruri cronologice, etc. Acestea au permis de a evidenția starea existentă și tendințele evoluției indicatorilor de sănătate, cu identificarea momentelor alarmante, care necesită amplificarea intervențiilor din partea factorilor de decizie, elaborarea unor noi tehnici, eficiente, care ar influența pozitiv starea sănătății populației.

Totodată, în Raport este determinată și argumentată importanța inițierii unor studii situaționale suplimentare, care ar putea evidenția factorii determinanți ale unor stări morbide ale populației, precum și necesitățile reale ale populației în servicii de sănătate. Acestea ar favoriza optimizarea și direcționarea justificată a politicilor în domeniul sănătății publice.

II. ANALIZA ASPECTELOR GENERALE ȘI SPECIFICE ALE PROCESELOR MEDICO-DEMOGRAFICE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Indicatorii stării de sănătate a populației de pe teritoriul Republicii Moldova pentru ultimii 5 ani atestă, într-o oarecare măsură, o îmbunătățire a situației: natalitatea și sporul natural au tendință spre creștere, stabilizarea mortalității. Totuși, făcând o analiză a proceselor demografice pentru o perioadă mai extinsă în timp, considerăm că unele aspecte rămân a fi alarmante: natalitate și fertilitate scăzută, spor natural negativ, mortalitate înaltă, îmbătrânirea populației, migrația etc. O astfel de situație a indicatorilor este una comună țărilor cu economii în proces de dezvoltare.

Situația socio-economică și politică din ultimii ani a avut repercusiuni profunde asupra evoluției numărului și structurii pe vârste a populației în Republica Moldova, cu schimbarea semnificativă a caracteristicilor fenomenului demografic.

2.1 Natalitatea

Natalitatea este un fenomen demografic, complex, de importanță atât biologică, cât și socială, ce exprimă frecvența sau intensitatea nașterilor în cadrul unei populații sau subpopulații. Factorii care permit explicarea variațiilor natalității sunt strâns legați între ei și, deseori, imposibil de separat, aceștia fiind: economici, politici și sociali.

Actualmente, în Republica Moldova sănătatea reproducerii atât feminine, cât și masculine, în comparație cu alte țări europene, se confruntă cu multiple probleme determinate de perioada anevoioasă de tranziție cu o situație socio-economică precară și nivel scăzut de educație și trai. Totodată, se observă și o modificare esențială în ierarhia valorilor societății, cu schimbarea comportamentului sexual al indivizilor și diminuarea importanței familiei ca valoare. Astfel, conform datelor statistice oficiale¹ pe parcursul ultimilor 10 ani numărul divorțurilor a crescut cu 22,4% (an. 2000 - 9 707 divorțuri total pe țară, în an.2009 - 11 884 divorțuri) și numărul copiilor născuți în afara casatoriei (în an.2000 - 7 567 copii, an.2009 - 9 351 copii) a crescut cu 23,6%. Complexitatea acestor factori au avut și continuă să aibă un impact negativ asupra viitoarelor generații.

Începând cu a doua jumătate a secolului al XX-lea, numărul nașterilor în Republica Moldova are o tendință spre reducere semnificativă. În doar două decenii (1950-1970) rata natalității a scăzut de două ori (de la 38,9 la 19,4‰, respectiv). În următoarele decenii (1970-2000) acest indicator înregistrează o tendință continuă spre reducere, scăzând de la valorile de 19,4 la, respectiv, 10,2 ‰².

Conform Cercetării Bugetelor Gospodăriilor Casnice pentru anul 2009³, gospodăriile, în componența cărora sunt copii în vârstă de pînă la 18 ani, reprezintă 39,9%. Din acestea, fiecare a doua gospodărie are un singur copil, 37,0% din gospodăriile au doi copii, iar restul gospodăriilor sunt cu trei și mai mulți copii (10,2% total, și 14,3% pentru mediul rural). Gospodăriile cu un singur copil sunt majoritare în mediul urban (62,1% din numărul de familii cu copii).

În medie la o gospodărie casnică cu copii revine 1,6 copii, cu o diferențiere a acestui indicator pe medii de reședință, de 1,4 copii în mediul urban și, respectiv, 1,8 copii în mediul rural.

În perioada anilor 2005-2007, indicii natalității pe țară s-au menținut stabili (cca 10,5 nașteri la 1000 locuitori), aceștia înregistrând însă o mică creștere către an. 2009 - pînă la 11,4 nașteri la 1000 locuitori. Menționăm că acest fenomen în special are tendință spre creștere la nivel municipal - de la 9,2 nașteri în an. 2005 pînă la 10,2 nașteri la 1000 locuitori în an. 2009. Considerăm că această creștere poate fi explicată prin faptul că, în prezent, înregistrarea copiilor se face direct în maternități, pe cînd anterior se efectua la OSC locale, respectiv, numărul nou-născuților se atribuie către municipii.

Tendința ușoarei creșteri a natalității înregistrate în ultimii ani se explică prin faptul că *baby-boom*-ul din perioada anilor 1980-1990 se manifestă astăzi printr-un număr mai mare de femei ajunse în vîrsta aptă de reproducere și, respectiv, apariția mai multor familii tinere. Această situație este favorabilă pentru creșterea natalității în țară. În scopul realizării unor măsuri corecte și eficiente în cadrul politicilor de stat în vederea îmbunătățirii situației demografice, ar fi foarte relevantă realizarea unor sondaje sociale, pentru evidențierea doleanțelor tinerilor familii privind condițiile care le-ar motiva să conceapă mai mulți copii.

¹ Datele Biroului Național de Statistică, Populația și procesele demografice, www.statistica.md

² Datele Centrului Național de Management în Sănătate

³ Datele Biroului Național de Statistică privind situația copiilor pentru anul 2009: caracteristica gospodăriilor cu copii.

Determinăm un șir de factori, care induc riscul ca natalitatea să rămână în continuare la valori joase, cu oscilații ne semnificative, și pun în pericol asigurarea continuității intergeneraționale pe termen lung. Printre acești factori sunt: implicarea tot mai activă a femeii în viață socială, în special în mediul urban, lipsa condițiilor favorabile pentru îmbinarea rolurilor profesionale și a celor părintești, motivarea insuficientă din partea statului pentru nașterea copilului.

În vederea realizării acestui deziderat pot fi structurate câteva aspecte-cheie:

1. dezvoltarea instituțiilor de îngrijire extrafamilială a copiilor (creșe și grădinițe);
2. diversificarea formelor de ocupare economică a femeilor, care permit îmbinarea activității profesionale și celei părintești;
3. susținere financiară prin elaborarea unor programe speciale, în dependență de calificarea profesională (ex: păstrarea indemnizațiilor, chiar și în condițiile de întoarcere la serviciu);
4. programe de asistență socială a familiilor cu posibilități financiare limitate.

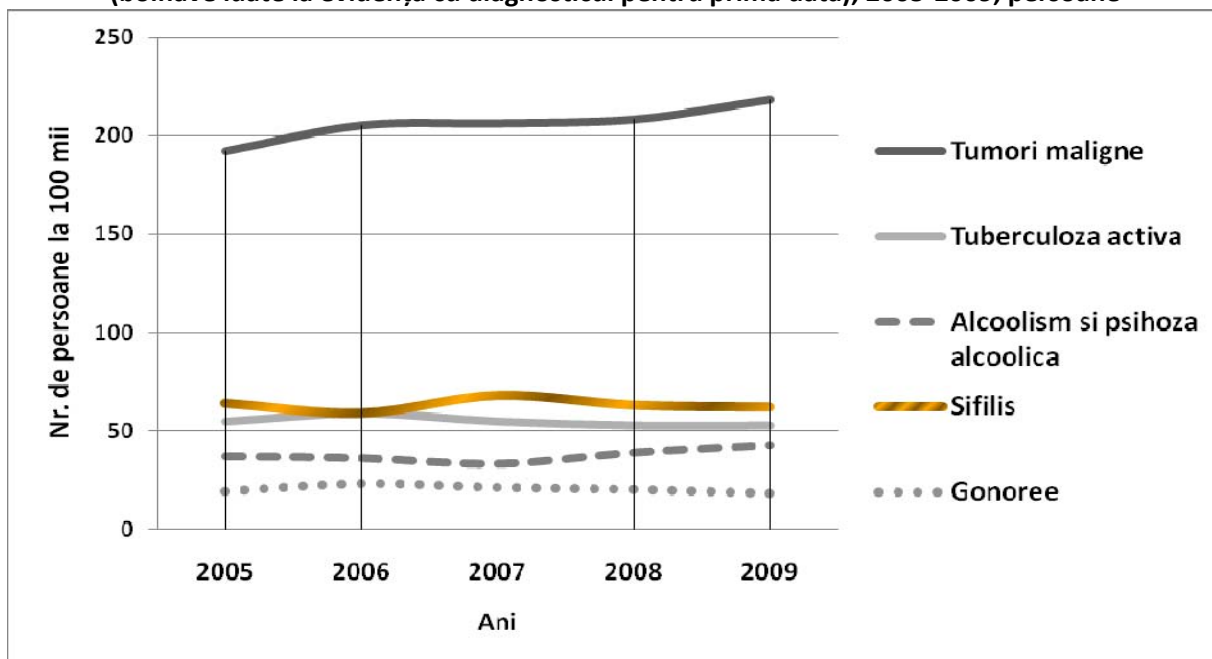
Așadar, este vorba de strategia investițiilor sociale orientate spre copii, bazată pe politici care garantează veniturile familiilor cu copii și, totodată, contribuie la sporirea participării femeilor în activitatea profesională.

Este important de menționat că creșterea numărului de femei tinere în perioada fertilă induce și necesitatea intensificării unor activități din partea instituțiilor de sănătate publică în domeniul promovării și monitorizării sănătății reproductive.

Din anexa 1 (vezi Anexe) observăm că starea sănătății femeii în Republica Moldova este alarmantă. Rămâne înaltă morbiditatea femeilor determinată de boli sexual-transmisibile, rata cărora nu înregistrează schimbări esențiale pe parcursul ultimilor 5 ani. Aceeași situație se observă și în cazul morbidității prin tuberculoză cu formă activă. Crește rata femeilor depistate cu alcoolism și psihoză alcoolică. În *Graficul 1* putem urmări situația pe parcursul a ultimilor 5 ani și observăm că numărul bolnavelor a crescut cu 16,8% în anul 2009 comparativ cu an. 2005.

Provoacă îngrijorare creșterea morbidității prin tumori maligne la femei. Numărul cazurilor luate la evidență pentru prima dată a crescut cu 12,6% în an.2009 comparativ cu an. 2005.

Graficul 1. Morbiditatea femeilor în Republica Moldova (bolnave luate la evidență cu diagnosticul pentru prima dată), 2005-2009, persoane



Sursa: Datele Biroului Național de Statistică, Morbiditatea femeilor prin diferite maladii, www.statistica.md

Aceste date ne permit să constatăm că măsurile întreprinse la etapa actuală în vederea sănătății reproductive a populației, inclusiv educarea pentru sănătate, sunt insuficiente și necesită a fi revizuite și fortificate.

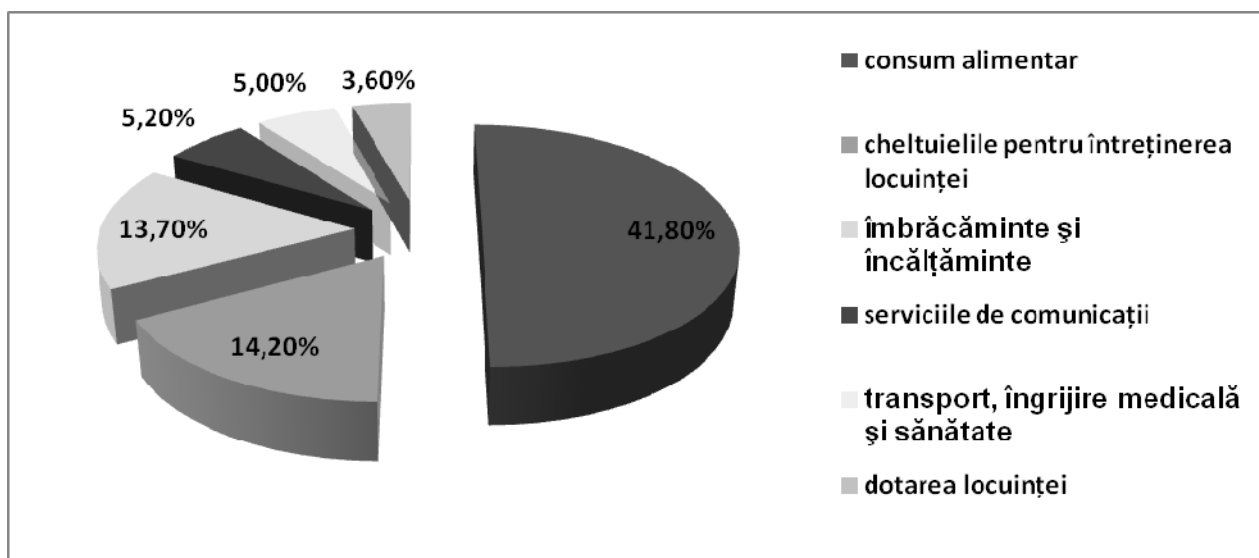
2.2 Dinamica mărimii alocației sociale la nașterea copilului

Experiența internațională ne demonstrează că susținerea financiară din partea statului a tinerilor familii pentru creșterea copilului este o măsură eficientă în intenția de a crește natalitatea în cadrul populației.

În medie, în Republica Moldova, veniturile disponibile ale unei persoane din cadrul gospodăriilor cu copii pentru anul 2009 constituie 1006,3 lei lunar, în mediul urban -1260,2 lei față de 838,7 lei pentru gospodăriile din mediul rural. Circa 45,8% (60,8% pentru mediul urban și 31,0% pentru rural) revine veniturilor din activitatea salariată, iar indemnizațiilor pentru copii le revin doar 1,3% (1,2%-urban și 1,1%-rural) (vezi Anexa 2 în Anexe).

Datele statistice ne demonstrează că cheltuielile lunare de consum ale gospodăriilor cu copii constituie în medie 1111,3 lei pe o persoană și, după cum vedem din *Graficul 2*, sunt orientate preponderent pentru necesarul de consum alimentar (41,8%), după care urmează cheltuielile pentru întreținerea locuinței (14,2%), îmbrăcăminte și încălțăminte (13,7%). Celelalte cheltuieli au avut drept destinație serviciile de comunicații (5,2%), transport, îngrijire medicală și sănătate (câte 5,0%), dotarea locuinței (3,6%), etc.

Graficul 2. Repartizarea cheltuielilor lunare de consum în gospodăriile cu copii, 2009, procente



Sursa: Datele BNS, Situația copiilor în Republica Moldova în anul 2009: caracteristica gospodăriilor cu copii, www.statistica.md

Din Anexa 3 (vezi Anexe) observăm influența locului de trai (reședință) asupra nivelului absolut al cheltuielilor lunare de consum, care variază între 1392,2 lei în urban și 925,8 lei în rural. În timp ce gospodăriile cu copii din mediul rural își orientează cea mai mare parte a cheltuielilor spre produsele alimentare (44,7%), în mediul urban ponderea pentru aceste cheltuieli este de 38,9%⁴.

Nașterea copilului în familie presupune frecvent întreruperea activității profesionale a tinerilor femei. Drept rezultat, veniturile din activitățile salariale scad odată cu creșterea numărului de copii în gospodărie, acestea oscilând între 62,7% și 38,5% la gospodăriile urbane și între 32,3% și 26,9% la gospodăriile din mediul rural. În acest context, cheltuielile necesare pentru întreținerea unui copil și a mamei în perioada de îngrijire a acestuia ar trebui să fie acoperite din indemnizațiile oferite de stat. Însă, chiar dacă datele statistice oficiale, de pe parcursul ultimilor 5 ani, arată că indemnizațiile oferite pentru copii în Republica Moldova au tendință spre creștere, observăm din tabelul de mai jos că suma acestora este departe de a acoperi necesitățile lunare.

Luând în considerație faptul că minimul de existență (media lunară pe o persoană) în Republica Moldova a crescut cu circa 36% de la 766,1 lei în an. 2005 la 1187,8 lei în an. 2009⁵, este evident că indemnizațiile lunare oferite pentru îngrijirea copilului sunt insuficiente și nu motivează tinerele familii pentru nașterea a mai multor copii. Dacă în cazul gospodăriilor cu un copil, în an. 2009, unei persoane îi revine 1149,5 lei lunar, atunci în cazul celor cu 3 copii și mai mulți – doar 669,7 lei. Acest fapt presupune lipsa unor condiții

⁴ Datele BNS, Situația copiilor pentru anul 2009: caracteristica gospodăriilor cu copii.

⁵ Datele BNS, Principalii indicatori social-economici ce caracterizează veniturile și nivelul de trai al populației, data???, sau lunk-ul ???

de trai adecvate și alimentația insuficientă în multe familii cu 3 copii și mai mulți, ceea ce se răsfrânge direct asupra stării sănătății și morbidității tinerei generații.

Tabelul 1. Mărimea medie a indemnizațiilor pentru copii, 2005-2009, lei

Nr.	Denumire	2005	2006	2007	2008	2009
1	Indemnizație unică la nașterea primului copil	500	800	1000	1200	1400
2	Indemnizație unică la nașterea fiecărui următor copil	500	800	1000	1500	1700
3	Indemnizație lunară pentru îngrijirea copilului persoane asigurate (în vârstă de pînă la 3 ani)	149	182	230	322,6	478,9
	persoane neasigurate (în vârstă de pînă la 1,5 ani)	100	100	100	150	150
4	Indemnizație lunară pentru mame singure îngrijirea copilului în vârstă de 1,5 (3) - 16 ani	50	50	50	50	50

Sursa: Datele BNS, Situația copiilor în RM în anul 2009, www.statistica.md

Menționăm că, începînd cu anul 2005, nu există diferențe dintre indemnizațiile unice oferite persoanelor asigurate și celor neasigurate. Diferențele apar în indemnizațiile lunare pentru îngrijirea copilului, care au crescut din an.2005 cu 221,5% pentru persoanele asigurate și doar cu 50% pentru cele neasigurate.

Specialiștii în domeniul demografiei din Republica Moldova⁶ consideră că asigurarea tinerilor familii cu locuințe, formarea și promovarea valorilor de familie, dezvoltarea unor mecanisme eficiente de susținere financiară a familiilor cu copii, ameliorarea deservirii medicale a mamei și copilului, sunt factori decisivi pentru creșterea natalității și crearea unei generații tinere sănătoase. Aceste măsuri ar trebui să fie determinate drept prioritare în elaborarea unor strategii pentru prosperitatea țării.

2.3 Sporul natural

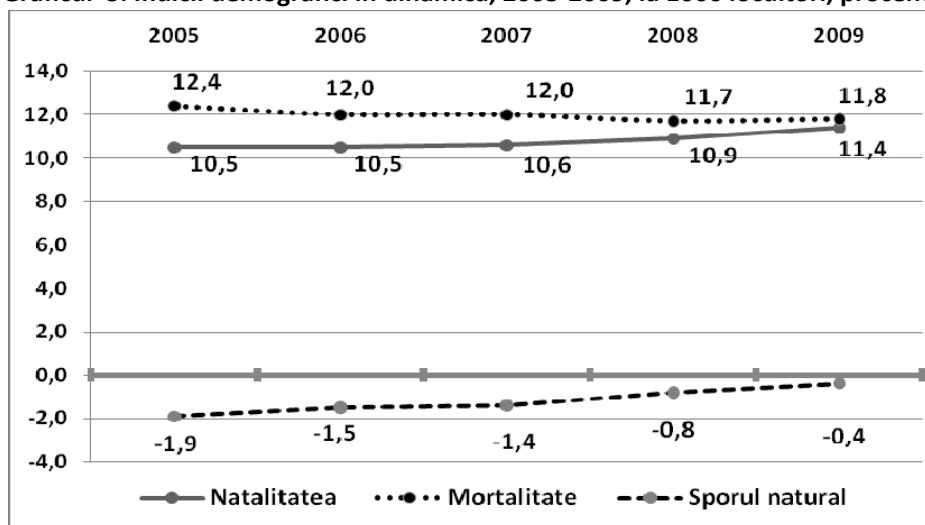
Pe parcursul ultimilor 3 decenii sporul natural în Republica Moldova are o evoluție alarmantă (în an.1990 – 8,0 ‰, în an 2000 – (-)1,1‰, în anul 2009 - (-) 0,4‰,). Această scădere drastică pînă la valori negative poate fi explicată prin creșterea ratei mortalității odată cu micșorarea natalității în rândurile populației Republicii Moldova pe parcursul acestei perioade.

Totuși, pentru anul 2009 sporul natural în Republica Moldova marchează o tendință de creștere – (-) 0,4‰ comparativ cu (-)1,9‰ în an. 2005 sau chiar (-) 0,9 ‰ în anul 2008. Această ameliorare se datorează creșterii natalității, precum și scăderii ușoare a indicatorului mortalității generale.

Observăm că, în mun. Chișinău, sporul natural pe parcursul ultimilor 5 ani are un decalaj semnificativ - de la 0,3 ‰ în an. 2005 pînă la 2,0‰ în an. 2009. Această diferență se explică prin noua modalitate de înregistrare a nou-născuților direct în maternități, menționată și mai sus.

La nivel raional sporul natural este negativ, variind de la (-) 2,8‰ în an. 2005 la (-)1,2‰ în an. 2009. Valorile negative crescute ale sporului natural la acest nivel sunt condiționate și de migrația înaltă a populației tinere din regiunile rurale spre cele municipale, precum și peste hotarele țării.

Graficul 3. Indicii demografici în dinamică, 2005-2009, la 1000 locuitori, procente



Sursa: Datele CNMS, www.sanatare-publica.md

⁶ Procesele socio-demografice în societatea contemporană: de la meditații la acțiuni. Materialele conferinței științifice internaționale organizată de AȘM și Fondul ONU pentru Populație, Chișinău, 2009. http://iiesp.asm.md/wp-admin/PDF/CULEGEREA_Conferinta.pdf

Unul dintre factorii care influențează semnificativ indicatorul natalității este migrația populației și, în special, a celor în vârstă aptă de muncă. Conform datelor BNS⁷, pe parcursul ultimilor 10 ani numărul persoanelor de 15 ani și peste, aflate la lucru sau în căutare de lucru în străinătate are tendință semnificativă spre crește (media anuală în a. 2005 - 138,3 mii persoane, și în an.2009 - 294,9 mii persoane).

Astfel, putem concluziona că scăderea drastică a natalității precum și migrația masivă, motivează sporul negativ al populației și îmbătrânirea demografică. Una din consecințele acestei situații va fi micșorarea cantitativă a populației apte de muncă și îmbătrânirea forței de muncă în țară, ceea ce va influența raportul dintre populația activă și cea inactivă, distribuția veniturilor, cheltuielile publice pentru asigurarea socială, investițiile și, în general, bunăstarea țării.

Se cere o analiză fundamentală a situației și evoluției demografice, elaborarea unor strategii la nivel național argumentate științific pentru redresarea situației, care ar putea asigura încurajarea creșterii natalității, reieșind din condițiile demografice ale Republicii Moldova.

2.4 Speranța vieții la naștere

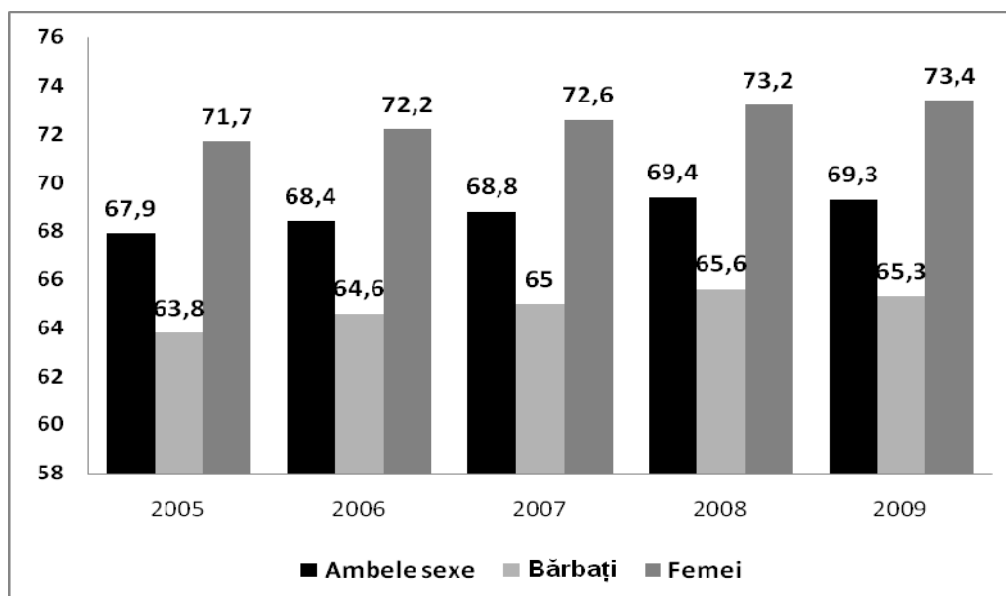
Durata medie de speranță a vieții la naștere este unul dintre indicatorii de bază care caracterizează starea sănătății populației. La nivel mondial se înregistrează contraste profunde, reflectând decalajul economic dintre statele dezvoltate și cele în curs de dezvoltare.

Progresele tehnologice, economice și culturale, precum și politicile și programele implementate pe parcursul ultimului deceniu în Republica Moldova, au generat rezultate benefice în multe domenii: a crescut nivelul și calitatea vieții, a sporit accesul populației la serviciile medicale, s-a ameliorat starea de sănătate și, ca rezultat, a crescut durata medie a vieții.

Din *Graficul 4* observăm că pentru perioada anilor 2005-2009 în Republica Moldova se observă o tendință de creștere a duratei medii de speranță a vieții la naștere pentru ambele sexe, atât pentru bărbați, cât și pentru femei. Totuși, nivelul de dezvoltare economică a țării determină valori mai mici ale speranței vieții la naștere în comparație cu țările europene econom avansate, unde în medie acest indicator variază de la 78 la 81 ani.

Ecartul dintre speranța de viață masculină și speranța de viață feminină se menține constant pe toată perioada, cu modificări foarte mici, păstrându-se în jurul valorii de 8 ani.

Graficul 4. Durata media de speranță a vieții la naștere, 2005-2009, ani



Sursa: Datele CNMS, www.sanatare-publica.md

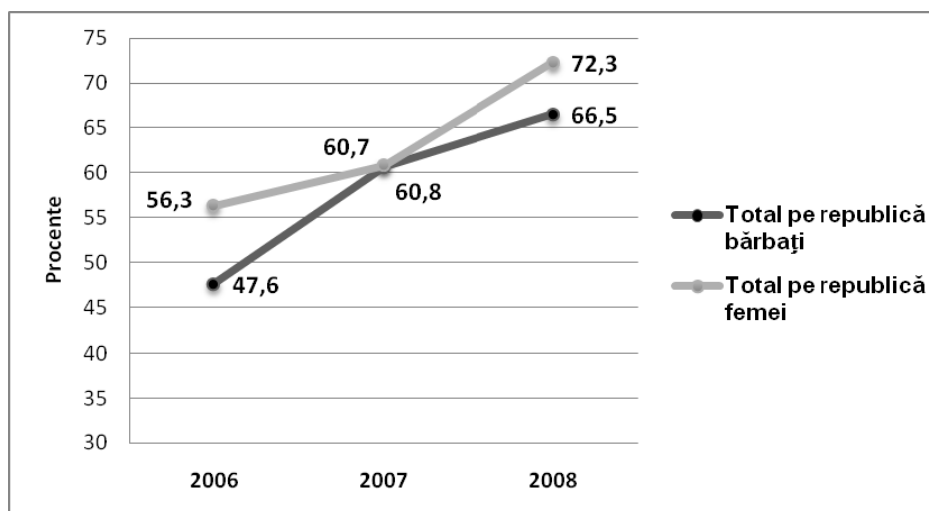
Fenomenul de supramortalitate masculină se poate explica prin faptul că femeia nu participa la viața socială atât de activ precum bărbatul. Totodată, pentru bărbați sunt caracteristice meseriile ce implică mai multe riscuri pentru viață.

⁷ Datele BNS, Migrația forței de muncă, www.statistica.md

Totodată, rezultatele studiului BNS⁸ ne demonstrează o diferență semnificativă între sexe în ce privește atitudinea față de propria sănătate. În populația inclusă în studiu ponderile cele mai mari de adresare la medic se regăsesc în rândurile populației de sex feminin, în special pentru grupul de vârstă de 35-44 ani, unde se înregistrează o proporție cu 12,7 puncte procentuale mai mult comparativ cu bărbații. Serviciile medicului specialist au fost solicitate în cea mai mare parte de către persoanele de sex feminin cu o diferență de 5,2 puncte procentuale față de bărbați. Bărbații, într-o proporție mai mică recurg la serviciile din cadrul spitalelor și farmaciilor (cu o diferență de 1,2 puncte procentuale în comparație cu femeile). Astfel, aceștia solicită servicii medicale cel mai mult la punctele medicale și centrele de sănătate, în proporție de 26,3% și respectiv 55,3%. Femeile, mai frecvent apelează la medic pentru tratament profilactic ca și continuarea a vizitei, ponderea acestora constituie 45,8% și, respectiv, 16,6%, iar bărbații se adresează în aceste scopuri în proporție de 32,3% și 15,4%. La bărbați, motivul de adresare la medic prevalează la răceala și tuse, vizite administrative, dureri de dinți, vaccinare, etc.

Datele statistice ne demonstrează că, în medie, bărbații cheltuie mai puțin pentru sănătate comparativ cu femeile⁹ (Graficul 5).

Graficul 5. Cheltuielile de consum ale populației pe sexe, 2006-2008, procente



Sursa: Datele BNS, Cheltuieli consum populație, www.statistica.md
 Notă: fără datele raioanelor din partea stînga a Nistrului și mun. Bender

În acest context, ar fi utile elaborarea unor programe de *screening* și profilaxie în rândurile populației masculine, reieșind din specificul morbidității înregistrate la acest grup de populație.

2.5 Mortalitatea

Mortalitatea reflectă totalitatea deceselor care se produc în cadrul unei populații pe parcursul unei perioade definite de timp. Rata mortalității generale a populației este influențată semnificativ de un șir de factori:

- de structura pe vârstă a populației: cu cât populația este mai tânără, cu atât mortalitatea generală este mai redusă;
- de tipul de morbiditate înregistrat în populația respectivă: prevalența ridicată a bolilor cronice degenerative predispune la un nivel mai ridicat al mortalității generale;
- de nivelul de dezvoltare socio-economică a țării, cât și de nivelul de trai: țările dezvoltate au o mortalitate generală mai redusă, în ciuda ponderii importante a populației vîrstnice;
- de gradul de dezvoltare a serviciilor medicale și, în special, asistența de urgență și de îngrijire la domiciliu;
- de nivelul de educație și instruire a populației.

⁸ Cercetarea BNS „Sănătatea populației și accesul populației la serviciile de sănătate”, www.statistica.md/public/files/ComPresa/sociala/nota_sanatatea_pop_2009.pdf

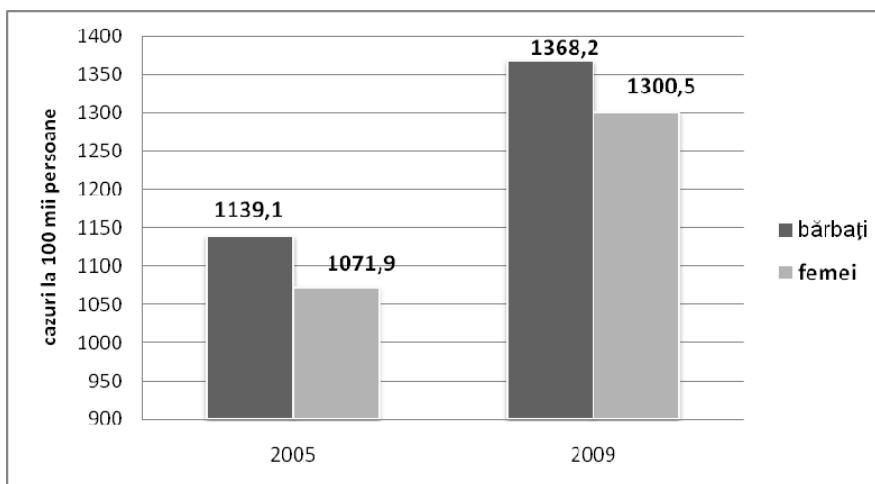
⁹ Datele Biroului National de Statistica, Cercetarea Bugetelor Gospodariilor Casnice, www.statistica.md

Indicatorul mortalității generale din Republica Moldova pe parcursul ultimilor 5 ani are tendință nesemnificativă spre descreștere: de la 12,4 cazuri (2005) pînă la 11,8 cazuri (2009) la 1000 de locuitori. Aceeași tendință se observă atât la nivel municipal, cât și cel raional.

Este necesar de menționat că, indicatorul mortalității din an. 2009 este similar cu indicatorul anului 1994, ceea ce ne permite să constatăm, cu regret, că numărul deceselor anuale în rândurile populației Republicii Moldova rămîne fără schimbări esențiale ultimii 15 ani de tranziție socio-economică.

Se apreciază că sexul masculin are o mortalitate specifică mai mare decât sexul feminin. Din *Graficul 6* observăm că, pe parcursul întregii perioade cercetate se menține constant raportul dintre indicatorul mortalității generale la bărbați și indicatorul mortalității la femei, primul fiind de 1,2 ori mai mare atât în an. 2005, cât și pentru an. 2009. Menționăm că supramortalitatea masculină se observă chiar din primul an de viață, fenomen care necesită cercetări științifice suplimentare.

Graficul 6. Raportul dintre indicatorul mortalității generale la bărbați și la femei, cazuri la 100 mii locuitori, an. 2005 vs. an. 2009



Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

Mortalitatea mai înaltă la bărbați, în comparație cu femeile, poate fi explicată prin specificul profesiilor și îndeletnicirilor cu un risc crescut pentru viață, mai des întâlnite la populația masculină, cum este, de exemplu, mortalitatea înaltă prin traume ca rezultat al accidentelor rutiere, în lucrări de construcție, etc. De asemenea, după cum a fost menționat și în analiza speranței de viață la naștere, populația feminină este mai precaută în ceea ce privește propria sănătate, în comparație cu populația masculină Bottom of Form. Acest fapt ne sugerează că mortalitatea mai înaltă a populației masculine comparativ cu cea feminină poate fi cauzată și de adresarea bărbaților la medic în faze tardive ale bolii, când asistența medicală nu mai poate fi eficientă. Astfel, se poate de explicat indicatori mortalității mai înalte cauzate de tumori și maladii ale aparatului digestiv la bărbați, în comparație cu populația feminină, care sunt prezentați ulterior în analiza mortalității specifice.

Specialiștii din domeniul sănătății publice menționează că rezultate pozitive în vederea reducerii mortalității populației pot fi obținute într-un timp mai scurt decât în vederea creșterii natalității, prin aplicarea politicilor coerente ce țin de propagarea modului de viață sănătos, preîntâmpinarea comportamentului deviant (fumatul, abuzul de alcool, drogurile), în special în rândul tinerilor, organizarea unor programe de control profilactic pentru diferite grupuri de populație supuse unor riscuri pentru sănătate etc.

2.5.1. Mortalitatea specifică

Calcularea indicatorului mortalității specifice prin cauze de deces se face prin raportarea numărului de decese determinate de o anumită boală sau situație (ex. accident, intoxicație etc.) la numărul populației în care s-a înregistrat fenomenul. În Anexa 4 este prezentată repartizarea cazurilor de mortalitate specifică.

Analiza mortalității specifice în ambele sexe și după principalele cauze de deces a scos în evidență, că rata mortalității prin bolile cardio-vasculare la femei este de 1,1 ori mai mare decât la bărbați (741,5 și 655,2 cazuri la 100 mii persoane de sexul respectiv, an. 2005). Această tendință este caracteristică pentru toată perioada de analiză (690,5 și 633,7 cazuri la 100 mii persoane de sexul respectiv, an. 2009).

În restul grupelor de maladii, mortalitatea masculină prevalează față de cea feminină, după cum urmează:

- de 1,4 ori mai mare mortalitatea prin tumori;
- de 1,1 ori mai mare mortalitatea prin bolile aparatului digestiv;
- de 3,6 ori mai mare rata mortalității prin traume și otrăviri;
- de 2,1 ori mai înaltă mortalitatea prin bolile aparatului respirator.

Această tendință este caracteristică pentru întreaga perioadă supusă analizei (2005-2009).

Este foarte important ca în analiza mortalității specifice să fie luată în considerație complexitatea de factori care determină expunerea diferențiată a populației la riscul de deces. Acești factori țin de:

a) persoana expusă riscului de deces – vârsta (care este cel mai strâns legată de riscul de deces), ocupația (care prin conținut și prin condiții specifice de exercitare poate presupune riscuri de deces diferite), venituri (care diferențiază populația după accesul la servicii medico-sanitare de calitate, alimentație sănătoasă), comportamente, studii, etc.;

b) împrejurările în care traiesc oamenii și în care se produc decesele – condiții de mediu geografic (care pot fi favorabili sau mai puțin favorabili sănătății și care pot induce riscuri diferite de deces), mediul de rezidență (fiind puternic asociat cu riscul de îmbolnavire și deces), etc.;

c) evenimentul decesului – cauzele (pot fi externe sau interne), asistența medicală acordată persoanei decedate: calitatea, volumul și promptitudinea serviciilor.

Analiza fenomenului mortalității specifice prin prisma factorilor enumerați implică necesitatea unor studii detaliate, sau propunerea de către specialiștii în domeniu a unor indicatori statistici suplimentari necesari a fi colectați, care ar oferi informația relevantă pentru a elabora noi strategii și acțiuni concrete spre reducerea riscurilor frecvente ce duc la decesul înalt al populației.

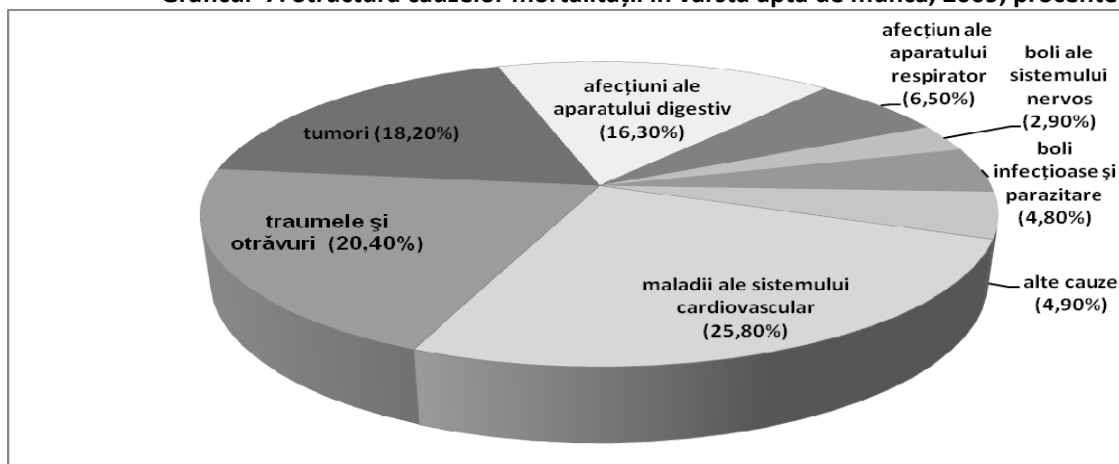
2.5.2. Mortalitatea în vârstă aptă de muncă (VAM)

Mortalitatea în VAM în Republica Moldova în an. 2009 a scăzut cu 20,3 cazuri la 100 mii comparativ cu an. 2005 (527,4 și, respectiv, 547,7 cazuri la 100 mii persoane VAM). Aceeași tendință este caracteristică pentru nivelul municipal și raional. În mediul rural mortalitatea în VAM este de 1,4 ori mai înaltă decât în mediul urban pe parcursul întregii perioade de studiu, ceea ce poate fi explicat prin accesul mai redus a populației rurale la serviciile de sănătate.

Prezintă interes analiza influenței migrației asupra mortalității populației în VAM, însă nu dispunem de date care ar determina cu certitudine această corelație. Evident că, pe de o parte, ocuparea în sectorul muncilor necalificate, deseori în condiții nocive, duce la înrăutățirea stării de sănătate a migranților la muncă. Pe de altă parte, veniturile obținute cresc accesul la serviciile medicale de calitate înaltă.

Analiza structurii cauzelor mortalității în vârstă aptă de muncă pentru anul 2009 (*Graficul 7*) demonstrează că maladiile sistemului cardiovascular determină 25,8% din totalul de decese, traumele și otrăvurile – 20,4%, tumorile – 18,2%, afecțiunile aparatului digestiv – 16,3% (dintre care hepatite cronice și ciroze hepatice 77,3%), afecțiunile aparatului respirator – 6,5%, bolile sistemului nervos - 2,9%, bolile infecțioase și parazitare – 4,8%, alte cauze – 4,9%.

Graficul 7. Structura cauzelor mortalității în vârstă aptă de muncă, 2009, procente



Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

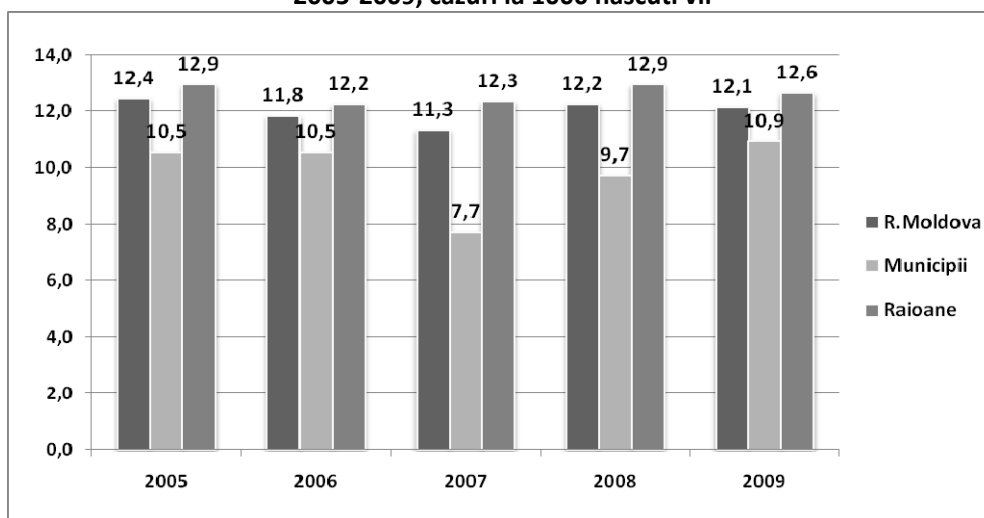
Reducerea mortalității la populația în vârstă aptă de muncă reprezintă o problemă majoră de sănătate publică. Profilaxia traumatismului și intoxicațiilor, depistarea precoce și tratamentul adecvat al maladiilor cardiovasculare, oncologice și infecțioase (tuberculoză) sunt direcțiile prioritare în acest domeniu. Este important de studiat nivelul mortalității în VAM în raport cu dezvoltarea infrastructurii: igiena, ecologia, asigurarea cu produse alimentare, apă potabilă, medicamente etc.

2.5.3. Mortalitatea copiilor în vârstă sub 5 ani

Mortalitatea copiilor în vârstă sub 5 ani în Republica Moldova are tendința de descreștere, marcînd o scădere cu 7,0% în an. 2009 comparativ cu an. 2005 (14,3 și 15,6 cazuri la 1000 născuți vii). Menționăm că mortalitatea infantilă constituie pînă la 80,0% din mortalitatea copiilor sub 5 ani și, conform datelor statistice, acest indicator nu înregistrează schimbări semnificative pentru perioada inclusă în studiu (12,4 cazuri la 1000 născuți vii în an. 2005 și 12,1 cazuri la 1000 născuți vii în an. 2009). Scăderea mortalității printre copii în măsură mai mare decât mortalitatea infantilă se poate datora realizării unor intervenții în domeniul sănătății publice în vederea îmbunătățirii factorilor de mediu ce acționează asupra copiilor, scăderea riscului accidentelor, îmbunătățirii generale a standardului de viață în societate etc.

Menționăm că mortalitatea copiilor în vârstă sub 5 ani în mediul urban este de 1,4 ori mai joasă decât în mediul rural. Rata mortalității infantile în an. 2009 în Republica Moldova atât în municipii cât și în raioane rămîne stabilă în raport cu an. 2005 (*Graficul 8*).

Graficul 8. Mortalitatea infantilă în Republica Moldova, municipii și raioane, 2005-2009, cazuri la 1000 născuți vii



Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

2.5.4. Mortalitatea infantilă

Observăm că, o componentă masivă a cauzelor mortalității infantile o constituie stările patologice din perioada perinatală. Cu regret constatăm că, pentru anul 2009, rata acestor cauze în structura mortalității infantile a constituit 40,8%, ceea ce este semnificativ mai mare în comparație cu an. 2005, cînd aceasta a fost de 34,2%. Specialiștii din domeniu susțin că nivelul înalt de morbiditate și mortalitate infantilă este direct determinat de starea sănătății femeii. Datele statistice ne arată că cca 62% femei gravide atestă afecțiuni extragenitale, 42,4 gravide din 100 femei care au terminat graviditatea prin naștere suferă de anemie. Astfel, starea de sănătate a femeii gravide, condiționată de alimentație insuficientă, utilizare de alcool, tutun sau droguri, sporește riscul pentru viața și sănătatea copilului născut.

Mortalitatea infantilă la copiii de sex masculin este mai înaltă decât pentru cei de sex feminin (tab.2), fenomen interesant de studiat în condițiile Republicii Moldova.

Tabelul 2. Structura mortalității infantile după medii și sexe, 2005-2009, cazuri

	Total pe Republica			Urban			Rural		
	Ambele sexe	Baieti	Fete	Ambele sexe	Baieti	Fete	Ambele sexe	Baieti	Fete
2005	468	247	221	177	96	81	291	151	140
2006	442	243	199	177	99	78	265	144	121
2007	428	222	206	142	80	62	286	142	144
2008	473	256	217	159	90	69	314	166	148
2009	492	293	199	168	99	69	324	194	130

Sursa: Datele BNS, Populație, www.statistica.md; Nota: Fără populația din partea stînga a Nistrului și municipiul Bender

Sugarii din regiunea de sud înregistrează cele mai înalte rate ale mortalității, pe când copiii din Chișinău au cele mai bune șanse de supraviețuire pînă la vârsta de cinci ani. Explicația constă în nivelul mai scăzut de educație și cunoștințe ale părinților din mediul rural despre sănătatea copilului, condiții de trai precare, acces mai redus la servicii de sănătate, etc.

Un studiu efectuat de către CNȘPMP și ORC Macro, SUA¹⁰ ne relatează că în Republica Moldova mortalitatea printre copiii mamelor cu studii secundare speciale se înregistrează în rate mai înalte decît printre copiii mamelor cu studii secundare sau superioare. Estimările mortalității în funcție de chintila de bunăstare arată diferențele previzibile: ratele mortalității infantile și printre copiii în vîrstă pînă la 5 ani sunt cele mai mici pentru chintila superioară de bunăstare.

Mortalitatea infantilă reprezintă un indicator al stării de sănătate, dar, în același timp, și un indicator al dezvoltării sociale și economice. Rata înaltă a acestui indicator este un rezultat al sărăciei, precum și al nivelului jos de educație al mamelor.

2.5.5. Mortalitatea perinatală

Mortalitatea perinatală include decesele în perioada antenatală, la naștere și în primele 6 zile după naștere. În Republica Moldova acest indicator a avut tendința de descreștere de la 11,5 în an. 2005 pînă la 10,3 la 1000 născuți vii și morți în an. 2007, cu o creștere pînă la 13,0 la 1000 născuți vii și morți în an. 2009. În special, se observă o creștere la nivel de municipii - de la 9,9 la 1000 născuți vii și morți în an. 2005 pînă la 12,2 cazuri la 1000 născuți vii și morți în an. 2009. Acest fenomen poate fi explicat prin faptul că din an. 2008, conform recomandărilor OMS, Republica Moldova a trecut la înregistrarea nou-născuților vii și morți de la vârsta de gestație 22 săptămîni și greutatea la naștere de 500 g (anterior se înregistrau nou-născuții de la 28 săptămîni de gestație și cu greutatea la naștere de 1000 g).

Asistența medicală și îngrijirea acordată acestor nou-născuți necesită condiții și echipament special de întreținere, fapt ce presupune necesitatea unor fonduri și investiții suplimentare.

2.5.6. Mortalitatea maternă

Mortalitatea maternă reprezintă un fenomen demografic negativ cu implicații majore sociale și medicale. Este un indicator fidel al stării de sănătate a populației ce reflectă gradul de dezvoltare a unei țări, ilustrează statutul femeilor și accesul lor la asistența medicală precum și competența sistemului medical de a răspunde fiecărui caz în parte. Inclusiv, acest indicator demonstrează, nivelul de cultură și educație pentru sănătate a populației.

Conform datelor OMS, anual, în întreaga lume, în timpul sarcinii, nașterii și în perioada post-partum decedează circa 536 000 femei, dintre care 99% sunt din țările în curs de dezvoltare. Riscul de deces în aceste țări este de 1:20, vis-a-vis de 1:100 000 în majoritatea țărilor cu economii dezvoltate¹¹.

Deoarece indicatorul mortalității materne reflectă și implicarea statelor și guvernelor în realizarea binelui social (prin procentul din PIB alocat sănătății), mortalitatea maternă este un indicator recomandat de către experții ONU în demografie pentru caracterizarea sintetică a nivelului de dezvoltare socio-economică a țării.

Încă în anul 1995 în „Raportul OMS asupra sănătății lumii” se stipulează că sănătatea femeii depinde atât de insuficiența resurselor, de lacune ale infrastructurii, de căi de acces dificile, cât și de condiția socio-economică inferioară a femeii, nivelul limitat de decizie și instruire, de incapacitatea de utilizare corectă a serviciilor de maternitate. Decesele premature ale mamelor sunt asociate unei condiții umane inferioare, ca și consecințe ale caracteristicilor sociale, culturale și economice ale țărilor¹².

Indicatorul mortalității materne în an. 2009 în Republica Moldova este într-o scădere nepronunțată, comparativ cu an. 2005¹³ (17,2 și, respectiv, 18,6 cazuri la 100 mii născuți vii), însă valoarea maximă a fost atinsă în an. 2008 fiind 38,4 cazuri la 100 mii născuți vii¹⁴. Pentru comparație, menționăm că pentru an. 2008, mortalitatea maternă pentru Europa Centrală a constituit 13 cazuri la 100 mii născuți vii, iar pentru Europa de Vest – 7 cazuri la 100 mii născuți vii.

¹⁰ Studiu demografic și de sănătate din Republica Moldova, 2005. CNȘPMP, ORC Macro, SUA. Chișinău, 2006

¹¹ Maternal Mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank., www.who.int

¹² Rapport sur la Santé dans le Monde, Genève, OMS, 1995, p.37.

¹³ Conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate, Sănătatea publică în Moldova, 2009.

¹⁴ Fără raionale de est ale Republicii Moldova

Evoluția oscilatorie a indicatorului mortalității materne ne confirmă faptul că activitățile, realizate pînă în prezent în cadrul sistemului de sănătate publică spre reducerea acestui fenomen, nu sunt destul de eficiente și durabile. Astfel, pentru a putea influența această situație, nu este suficient să se cunoască doar cifrele statistice referitoare la mortalitatea materna, ci trebuie să fie cunoscut și înțeles întregul complex de circumstanțe, pentru ca, în final, să fie elaborate un set de măsuri cu abordare strategică multidisciplinară, spre reducerea stabilă a numărului de decese materne în Republica Moldova.

Conform datelor Ministerului Sănătății¹⁵ în structura cauzelor mortalității materne pe parcursul anului 2008 hemoragiile s-au plasat pe primul loc, constituind 33%, urmate de gestoze tardive, stări septicice, tromboembolii, ciroze hepatice a câte 13%, și câte un caz complicație anestetică și după avort (7%).

Analiza, chiar și sumară, a principalelor cauze ale mortalității materne și a problemelor legate de acestea trebuie să ne conducă, în mod necesar, la evaluarea măsurilor, a posibilităților de reducere a mortalității materne. În raportul OMS¹⁶ se demonstrează că o bună parte din cauzele deceselor materne pot fi evitate: 55% în cazul hemoragiei, 75% al septicemiei, 65% al eclampsiei, 80% pentru distocie, 75% pentru avortul periculos, 20% pentru cauze indirecte. Este un fapt de la care trebuie să pornim: mortalitatea maternă nu poate fi adusă la “zero”, dar poate fi redusă la niveluri cât mai mici. Analiza profesională a cazurilor de deces matern reprezintă unul dintre mecanismele importante prin care se poate realiza îmbunătățirea calității asistenței medicale în timpul sarcinii, nașterii și lăuziei, evitarea repetării erorilor comise, depistarea unor imperfecțiuni de organizare din cadrul sistemului și propunerea unor recomandări spre reforme utile.

Astfel, mortalitatea maternă, chiar dacă este deosebit de dificil de soluționat în condițiile unei economii precare, poate fi rezolvată prin atingerea unui nivel adecvat de implementare a protocoalelor în supravegherea, conduita și tratamentul gravidelor, promovarea unui management corect al serviciilor de asistență medicală acordate femeilor.

Rezultatele analizei cauzelor mortalității materne demonstrează că în circa 47% se determină existența problemelor de ordin social, așa ca: modul de viață migrator (în 13% cazuri), munca femeilor peste hotare (27%)¹⁷, care presupune angajarea multor femei, mai ales din mediul rural, la munci ocazionale sau sezoniere, cu eforturi fizice și psihice extenuante, condiții nocive și chiar extrem de periculoase pentru sănătatea reproductivă.

În 7 % din cazurile înregistrate de deces matern se determină apelarea tardivă după ajutor medical calificat, care, la fel, își are argumentarea în situația socio-economică precară a țării, cum ar fi lipsa transportului, imperfecțiunea mijloacelor de telecomunicații, deteriorarea bazei materiale a instituțiilor medicale, lipsa acută de cadre medicale, mai ales în localitățile rurale, care face ca, foarte des, supravegherea sarcinii să fie asigurată numai de moașă sau de medicul de familie. Aceste condiții explică și faptul că majoritatea decedatelor provin din localitățile rurale (cca 58%), care se caracterizează printr-o calitate mai joasă a serviciilor medicale specializate și printr-un nivel mai înalt al sărăciei.

Așadar, din totalitatea cazurilor finalizate cu decesul matern nu trebuie ignorați factorii economici, sociali, cei legați de subdezvoltare, sărăcie și ignoranță, tradiții și subalimentație. Din aceste considerente, este necesară o abordare intersectorială, întru dezvoltarea unor măsuri de mobilizare a comunității în ceea ce privește susținerea mamei și a copilului, creșterea gradului de responsabilitate și informare a femeilor, îmbunătățirea accesului la servicii medicale de calitate înaltă etc.

De o importanță majoră este educația continuă pentru sănătate, încă din anii de școală, în vederea viitoarei gravidității și chiar paternității, planificarea familială, utilizării contraceptivelor și, nu în ultimul rând, consultația psihosexuală în cadrul cabinetelor de sănătate a reproducerii și de promovare a sănătății.

2.5.7. Gradul de îmbătrânire a populației

Analizînd evoluția structurii pe vârste a populației pe parcursul ultimilor 5 ani, observăm amprenta caracteristică unui proces de îmbătrânire demografică. În anul 2009, comparativ cu anul 2004¹⁸, se constată reducerea ponderii populației tinere de 0-14 ani de la 19%, respectiv, la 16,7% și creșterea ponderii persoanelor în vîrstă de peste 55 ani, de la 18% la 20,5%. Astfel, datele oficiale ne indică că la nivel de țară numărul populației în vîrstă de 60 ani și peste la 100 copii în vîrstă 0-14 ani ajunge la 80,5 persoane¹⁹.

¹⁵ Raport de evaluare a Strategiei Naționale de Dezvoltare 2008-2011, pentru anul 2008.

¹⁶ Rapport sur la Santé dans le Monde, Genève, OMS, 1995, p.36.

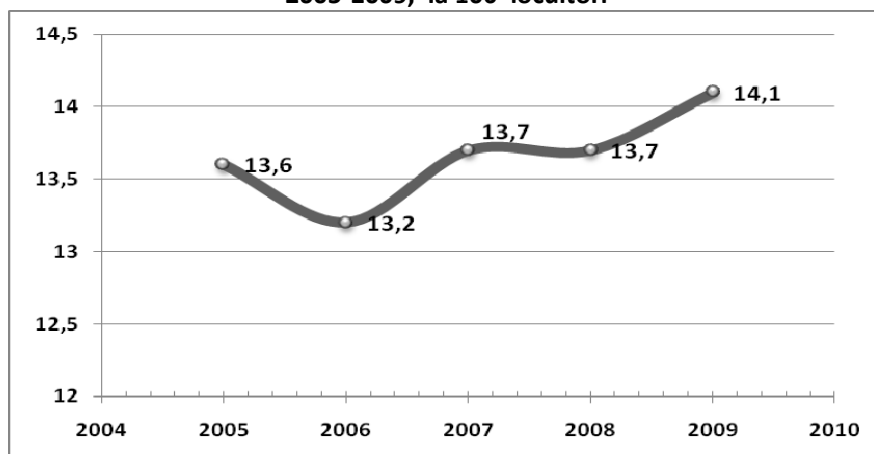
¹⁷ Raport de evaluare a Strategiei Naționale de Dezvoltare 2008-2011, pentru anul 2008.

¹⁸ Datele Biroului Național de Statistică, 2009

¹⁹ Populația și procesele demografice în Republica Moldova. Culegere statistică, BNS, Chișinău, 2009.

Coeficientul de îmbătrânire a populației (numarul persoanelor în vârstă de 60 ani și peste la 100 locuitori) are tendință spre creștere, iar conform scării G. Bojio-Garnier, valoarea coeficientului de 12 și mai mult se califică ca “îmbătrânire demografică”.

Graficul 9. Coeficientul îmbătrînirii populației (numărul persoanelor în vârstă de 60 ani și peste), 2005-2009, la 100 locuitori



Sursa: Datele BNS, Numarul populatiei, www.statistica.md

Se atestă o diferențiere pronunțată în ponderea grupelor de vârstă pentru populația urbană și rurală. Caracteristic este faptul că populația urbană atestă un caracter tînăr, pe cînd populația rurală se evidențiază printr-un grad înalt de îmbătrînire. În prezent, în mediul urban populația în vârstă de pensionare (57 ani pentru femei și 62 ani pentru bărbați) constituie 13,1%, iar în mediul rural – 16,1%. În acest context, putem afirma că ritmurile înalte de îmbătrînire a populației Republicii Moldova se datorează, în primul rînd, îmbătrînirii populației din mediul rural, ținînd cont de faptul că populația rurală constituie (2009) 58,6% din totalul populației statului. Acest fenomen poate fi explicat prin tendința actuală a populației tînere spre migrare către mediu urban, sau în afara țării.

Rezultatele prognozei ne demonstrează că, în perioada de proiecție, procesul de îmbătrînire demografică va continua să crească, ponderea populației în vârstă peste 55 ani ajungînd pînă la 23,0% în anul 2014.

Graficul 10. Dinamica ponderii populației în vârstă peste 55 ani, anii 2005-2009, prognozarea pentru anul 2015, procente



Sursa: Datele CNMS, www.sanatare-publica.md

Aceleași tendințe confirmă și prognozele demografice realizate de ONU²⁰, prin modelarea diferitor scenarii, prin care se presupune că rata îmbătrînirii, către anul 2025, va oscila de la 21,8 pînă la 23,7 %, iar către anul 2050 - de la 26,7 pînă la 36,7%.

Creșterea rapidă a ponderii populației vîrstnice va proveni din totalitatea generațiilor numeroase născute în perioada anilor 1970-1990. Generațiile puțin numeroase născute după anul 1990 vor deține, după anii 2020-2030, poziția centrală atât în populația de la care vor proveni viitorii copii ai țării, cât și în populația economic activă. Accentuarea procesului de îmbătrînire a populației pe parcursul următoarelor 2-3 decenii

²⁰ World Population Prospects: The 2008 Revision. <http://esa.un.org/unpp>

nu poate fi evitată, de aici obiectivul principal al politicilor în domeniul demografic constă în acomodarea societății la un nou profil al structurii pe vârste a populației.

Totodată, această situație trebuie prevăzută și pentru dezvoltarea unor domenii specifice din sistemul de sănătate, cum este geriatria, prin instruirea cadrelor medicale în domeniul respectiv și organizarea unor servicii specializate, reieșind din experiența țărilor europene care se confruntă deja cu această situație.

Atât declinul demografic, cât și deteriorarea structurii pe vârste își au originea principală în scăderea natalității. Deaceia creșterea natalității trebuie să fie o problemă-cheie a politicilor demografice. Fără o redresare a fertilității feminine natalitatea va scădea dramatic, în timp ce în condițiile creșterii ponderii vârstnicilor în structura populației, mortalitatea generală se va majora. Astfel, situația demografică actuală din Republica Moldova și tendințele care se prefigurează în acest domeniu necesită elaborarea unei strategii în domeniul populației, care trebuie să fie o parte componentă a strategiei de dezvoltare social-economică a țării, cu prevederea măsurilor de stopare a declinului natalității și asigurarea creșterii echilibrate a acesteia, scăderea în continuare a mortalității, precum și reducerea fluxurilor migratorii la dimensiuni firești.

III. EVALUAREA TENDINȚELOR ȘI ASPECTELOR SPECIFICE ALE MORBIDITĂȚII POPULAȚIEI REPUBLICII MOLDOVA

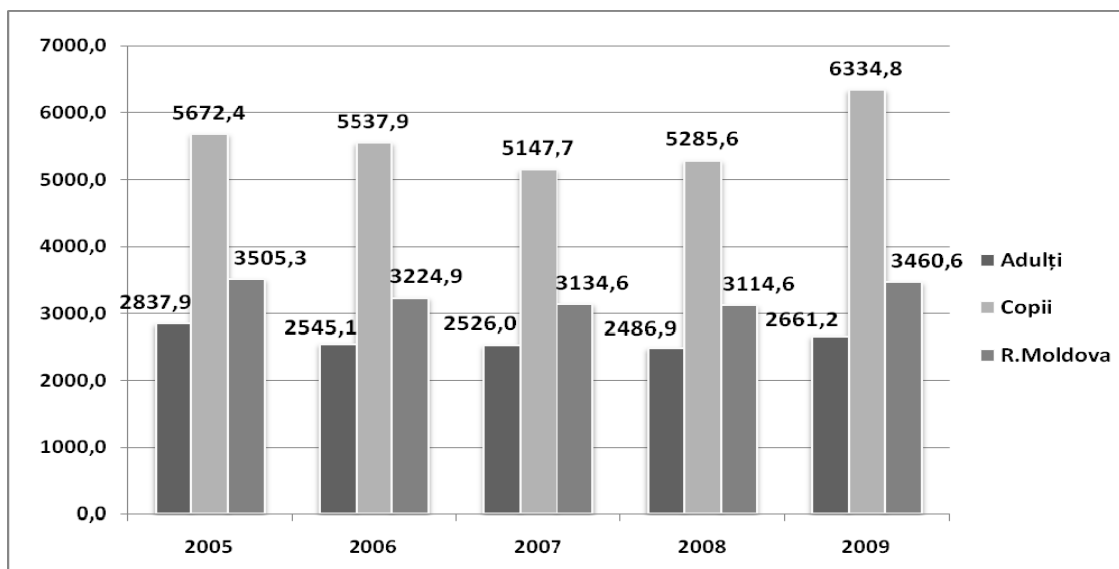
Gradul de îmbolnăvire a populației într-o comunitate este rezultanta acțiunii cumulate a mai multor factori obiectivi și subiectivi, cu anvergura macro și microsocială, numiți generic "determinantele morbidității". Printre acestea se consideră dezvoltarea economico-socială, care conduce la un anumit standard de viață pentru individ, materialul genetic moștenit, factorii specifici de mediu, stilurile de viață adaptate, de multe ori nesănătoase, obiceiurile alimentare, consumul insuficient de servicii medicale, dar și oferta săracă de astfel de servicii, care conduc la creșterea valorii indicilor de morbiditate și, ca o consecință logică, a valorii indicilor de mortalitate.

Morbiditatea înaltă influențează direct speranța de viață la naștere, însă, în ultimii ani, în literatura de specialitate din domeniul sănătății publice, tot mai frecvent se menționează analiza calității vieții membrilor unei comunități și nu doar enumerarea numărului de ani trăiți. Spre exemplu, în Franța s-a introdus în statistica oficială un indicator sintetic al stării de sănătate, simbolizat EVSI (*esperance de vie sans incapacite*), a cărui măsurare periodică permite compararea diverselor categorii sociale de populație, oferind decidenților din domeniul politicilor sociale posibilitatea să acționeze diferențiat în mediile dezavantajate.

3.1. Incidența în Republica Moldova (urban, rural)

Incidența generală în Republica Moldova are tendință neînsemnată de descreștere, ori mai puțin cu 42,7 cazuri la 10 mii locuitori în an. 2009 comparativ cu an. 2005.

Graficul 11. Nivelul incidenței generale în Republica Moldova și pe grupele mari de vârstă, anii 2005-2009, cazuri la 10 mii locuitori



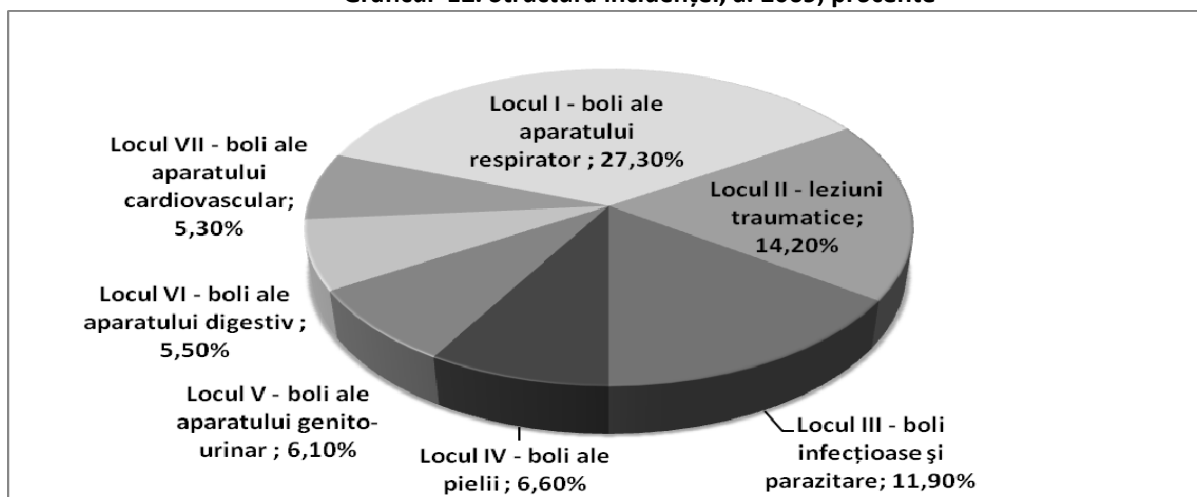
Sursa: Datele CNMS, www.sanatare-publica.md

În anul 2005 incidența totală în mediul urban (4563,9 cazuri la 10 mii locuitori) a fost de 1,5 ori mai mare decât în mediul rural și de 1,3 ori mai mare decât total în Republica Moldova (3136,8 cazuri la 10 mii locuitori), pe când în anul 2009 acest indicator este de 5292,1, adică de 1,9 ori mai mare decât în mediul rural (2796,5 cazuri la 10 mii locuitori) și de 1,5 ori mai mare decât total pe Republica Moldova. Acest fenomen poate fi explicat prin gradul de acces mai crescut a populației din mediul urban la servicii medicale în raport cu populația rurală.

La nivel raional pentru toată perioada (2005-2009) se observă o tendință de descreștere (a scăzut de 1,1 ori), în an.2009 – 2796,5 cazuri la 10 mii locuitori, pe când în an. 2005 au fost 3136,8 cazuri la 10 mii locuitori.

În *Graficul 12* putem analiza structura incidenței și repartizarea după frecvență a maladiilor.

Graficul 12. Structura incidenței, a. 2009, procente



Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

Un nivel foarte înalt al incidenței globale îl atestă raioanele: Ialoveni, Anenii Noi, Rezina, Ceadăr-Lunga și Vulcănești (Tabelul 3 și anexa 6 din Anexe), ceea ce necesită o studii suplimentare a cauzelor și factorilor ce condiționează această diferență.

Tabelul 3. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței generale, anii 2005-2009, cazuri la 10 mii locuitori

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (1593,4-2119,1)	5	Ocnîța; Leova; Dondușeni; Edineț; Criuleni
Mic (2119,1-2644,8)	14	Drochia; Hîncești; Cahul; Orhei; Cantemir; Nisporeni; Fălești; Șoldănești; Ștefan-Vodă; Rîșcani; Taraclia; Soroca; Basarabeasca Comrat
Mediu (2644,8-3170,6)	5	Florești; Cimișlia; Briceni; Căușeni; Călărași
Înalt (3170,6-3696,3)	6	Sîngerei; Ungheni; Strășeni; Telenești; Dubăsari; Glodeni
Foarte înalt (3696,3-4222,0)	5	Ialoveni; Anenii Noi; Rezina; Ceadăr-Lunga; Vulcănești

Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

3.1.1. Incidența la adulți

Incidența la adulți s-a micșorat semnificativ în an. 2006 comparativ cu an. 2005 cu 10,3%, pentru următorii ani observându-se o stabilizare a procesului. Însă în an. 2009 se determină o creștere cu 7,0% comparativ cu anul precedent. Caracterul oscilatoriu al acestui indicator sugerează că factorii care îl determină nu sunt supuși încă unui control stabil și durabil din partea sistemului sănătății.

Rata incidenței la adulți la nivel municipal este de 1,3 ori mai mare decât pe Republica Moldova și de 1,4 ori mai mare comparativ cu nivelul rural în an. 2005, acest raport majorându-se pe parcursul anilor incluși în studiu pînă la 1,9 (municipii/R.Moldova) și 1,5 (municipii/nivel raional) în an. 2009.

În structura incidenței la adulți primele trei locuri sunt analogice pentru structura incidenței generale. Bolile aparatului circulator s-au plasat pe locul V (8,3%), iar bolile aparatului digestiv – s-au coborât pe locul IX (6,1%).

După indicatorii incidenței la adulți raioanele cu incidență globală totală foarte înaltă apar în segmentul cu nivel înalt al incidenței la adulți, iar un nivel foarte înalt aici se determină pentru r-nul Telenești (Tabelul 4).

Tabelul 4. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței la adulți, anii 2005-2009, cazuri la 10 mii adulți

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (1407,4-1893,8)	10	Leova; Ocnîța; Edineț; Criuleni; Cantemir; Dondușeni; Drochia; Orhei; Rîșcani; Cahul
Mic (1893,8-2380,2)	12	Fălești; Basarabeasca; Ștefan-Vodă; Comrat; Hîncești; Nisporeni; Taraclia; Soroca; Cimișlia; Briceni; Șoldănești; Florești;

Mediu (2380,2-2866,6)	7	Ungheni; Căușeni; Sîngerei; Dubăsari; Strășeni; Călărași; Anenii Noi;
Înalt (2866,6-3353,0)	5	Glodeni; Rezina; Ialoveni; Ceadâr-Lunga; Vulcănești;
Foarte înalt (3353,0-3839,4)	1	Telenești

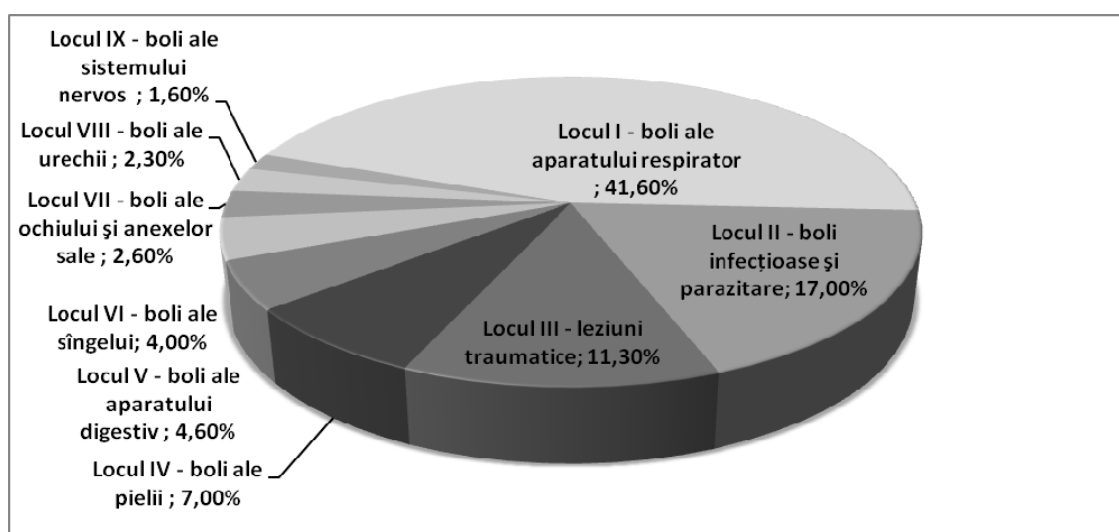
Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

3.1.2. Incidența la copii

La copii incidența are tendință de creștere pentru an. 2009 (6334,8 cazuri la 10 mii copii) cu 11,7% comparativ cu an. 2005 (5672,4 cazuri la 10 mii), fiind de 2,3 ori mai mare decât la adulți la nivelul Republicii Moldova și nivel raional, și de 2,9 ori mai mare la nivel municipal.

În incidența la copii (*Graficul 13*), afecțiunile aparatului respirator, ca și în structura incidenței generale, apar pe primul loc (41,6%). Sunt urmate de bolile infecțioase și parazitare (17,0%) și leziunile traumatice (11,3%). Cu cota de 7,0% se înregistrează bolile pielii și cu 4,6% bolile aparatului digestiv. În această structură se determină anumite clase de maladii, mai mult caracteristice copiilor: bolile sîngelui (4,0%), bolile ochiului și anexelor sale (2,6%), bolile urechii (2,3%) și bolile sistemului nervos (1,6%).

Graficul 13. Structura incidenței la copii, 2009, procente



Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

Un nivel foarte înalt al incidenței la copii se înregistrează în raioanele Ceadâr-Lunga și Vulcănești (Tabelul 5).

Tabelul 5. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței la copii, anii 2005-2009, cazuri la 10 mii copii

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (2259,5-3407,3)	6	Ocnița; Șoldănești; Dondușeni; Telenești; Leova; Hîncești;
Mic (3407,3-4555,1)	14	Edineț; Nisporeni; Criuleni; Ștefan-Vodă; Cahul; Fălești; Căușeni; Drochia; Orhei; Soroca; Călărași; Florești; Cantemir; Taraclia;
Mediu (4555,1-5702,8)	5	Comrat; Cimișlia; Sîngerei; Basarabeasca; Rîșcani;
Înalt (5702,8-6850,6)	8	Briceni; Strășeni; Glodeni; Ialoveni; Ungheni; Dubăsari; Rezina; Anenii Noi
Foarte înalt (6850,6-7998,4)	2	Ceadâr-Lunga; Vulcănești;

Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

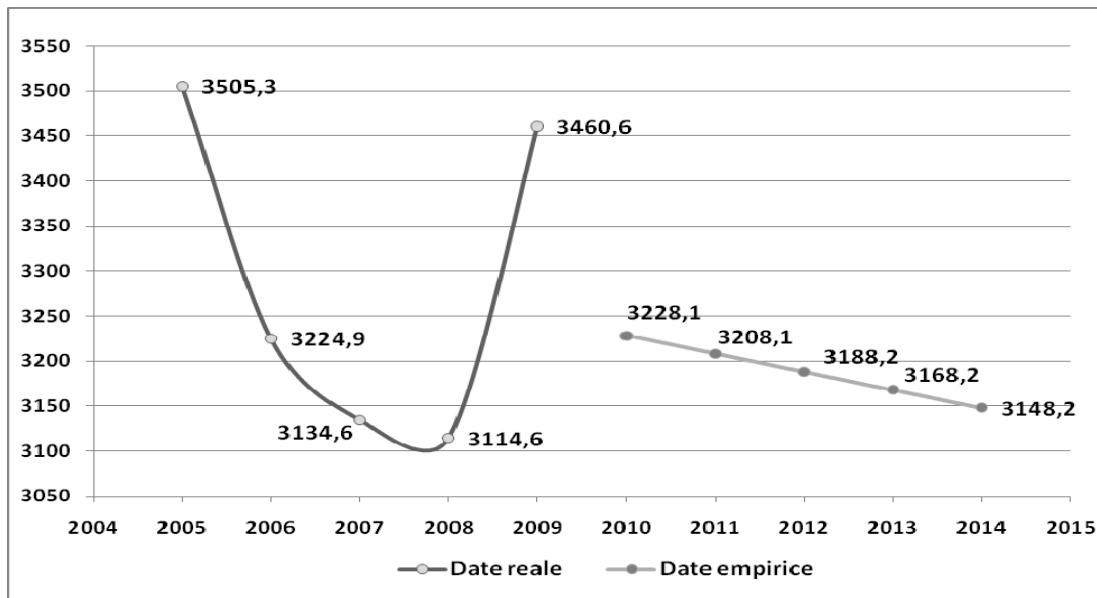
Observăm că atât pentru incidența totală, cât și separat pe fiecare grupă mare de vârstă, cel mai mare număr de raioane se plasează la nivelul mic (40,0%, respectiv, 34,3%, 40,0%).

Folosind metoda regresiei liniare, putem face o prognoză a schimbării indicatorilor incidenței totale, la adulți și la copii (*Graficul 14-16*).

3.1.3. Prognozarea incidenței (totale, adulți, copii)

Se presupune o micșorare neînsemnată a incidenței globale pentru anul 2014 – 3148,2 cazuri la 10 mii locuitori (*Graficul 14*).

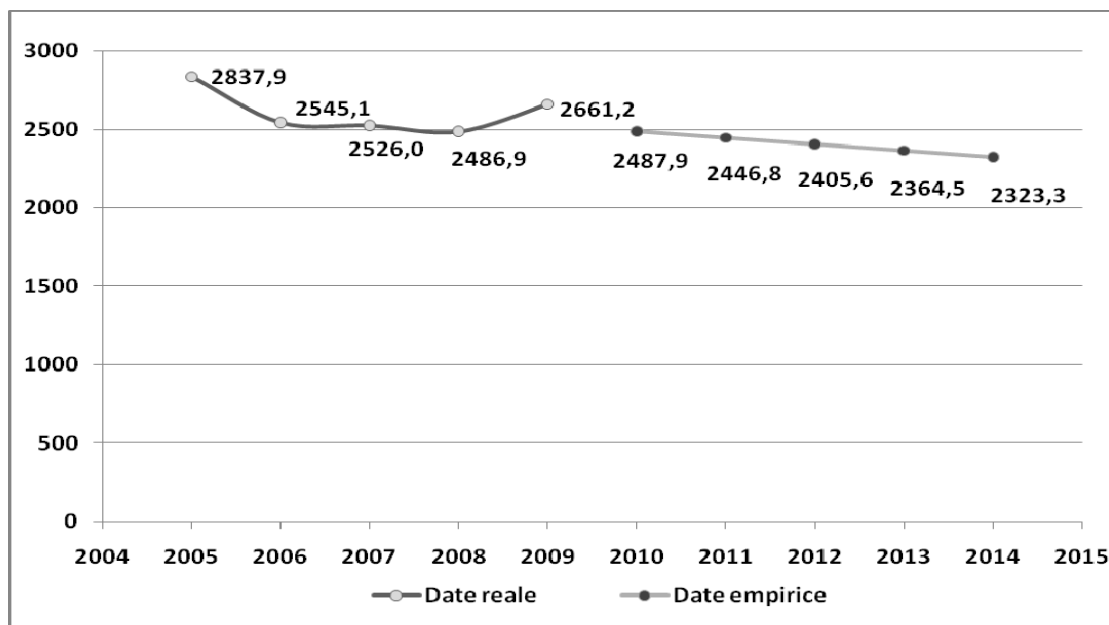
Graficul 14. Prognozarea incidenței generale , 2010-2014, cazuri la 10 mii locuitori



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS

La fel, pentru anul 2014, se prognozează o micșorare neînsemnată a incidenței la adulți – 2323,3 cazuri la 10 mii adulți (*Graficul 15*).

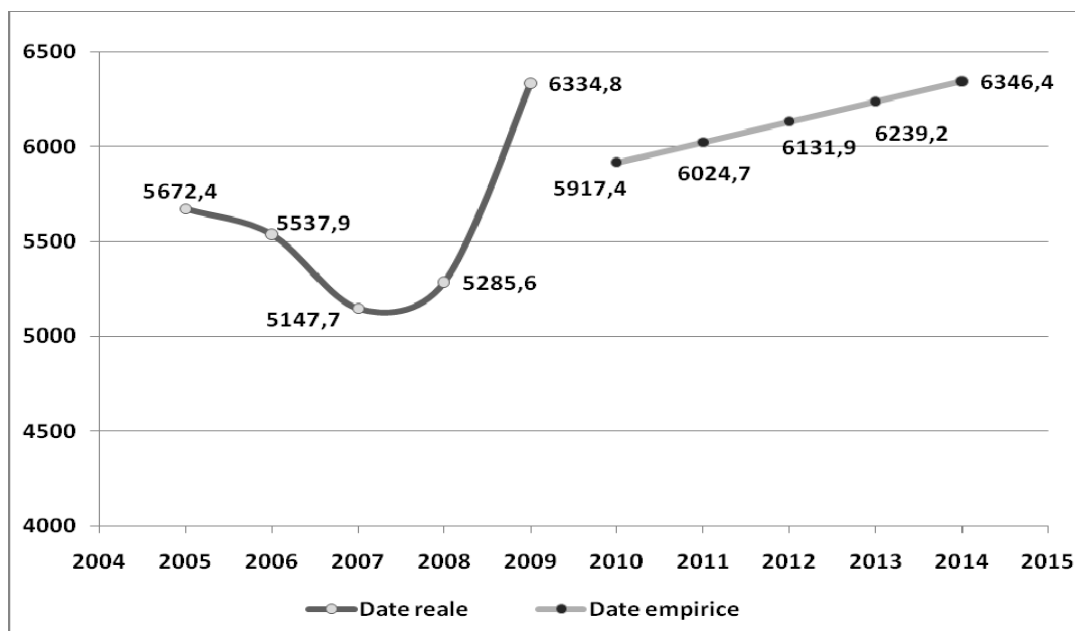
Graficul 15. Prognozarea incidenței totale la adulți , 2010-2014, cazuri la 10 mii adulți



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS

Conform prognozei, incidența totală la copii în an. 2014 va fi practic la același nivel cu an. 2009 și va constitui 6346,4 cazuri la 10 mii copii (*Graficul 16*).

Graficul 16. Prognozarea incidenței totale la copii , 2010-2014, cazuri la 10 mii copii



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS

3.2. Prevalența totală (urban, rural)

Un alt indicator important de măsurare a frecvenței îmbolnavirilor este rata prevalenței generale. Prevalența pe Republica Moldova are tendință de creștere comparativ cu an. 2005 (5537,9 la 10 mii) cu 28,0% către an. 2009 (7086,0 la 10 mii locuitori).

Din Tabelul 6 putem observa că prevalența globală se înregistrează la nivelul foarte înalt în cinci raioane: Glodeni, Vulcănești, Călărași, Rezina și Ceadâr-Lungan.

Tabelul 6. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței totale, anii 2005-2009, cazuri la 10 mii adulti

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (4047,3-4791,3)	6	Nisporeni; Cahul; Ocnița; Leova; Comrat; Drochia
Mic (4791,3-5535,3)	11	Fălești; Edineț; Criuleni; Taraclia; Cantemir; Ștefan-Vodă; Orhei; Rîșcani; Hîncești; Căușeni; Cimișlia
Mediu (5535,3-6279,2)	9	Basarabeasca; Șoldănești; Strășeni; Briceni; Ialoveni; Soroca; Sîngerei; Ungheni; Telenești
Înalt (6279,2-7023,2)	4	Dondușeni; Dubăsari; Florești; Anenii Noi
Foarte înalt (7023,2-7767,2)	5	Glodeni; Vulcănești; Călărași; Rezina; Ceadâr-Lunga

Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

Structura prevalenței generale se deosebește radical de structura incidenței.

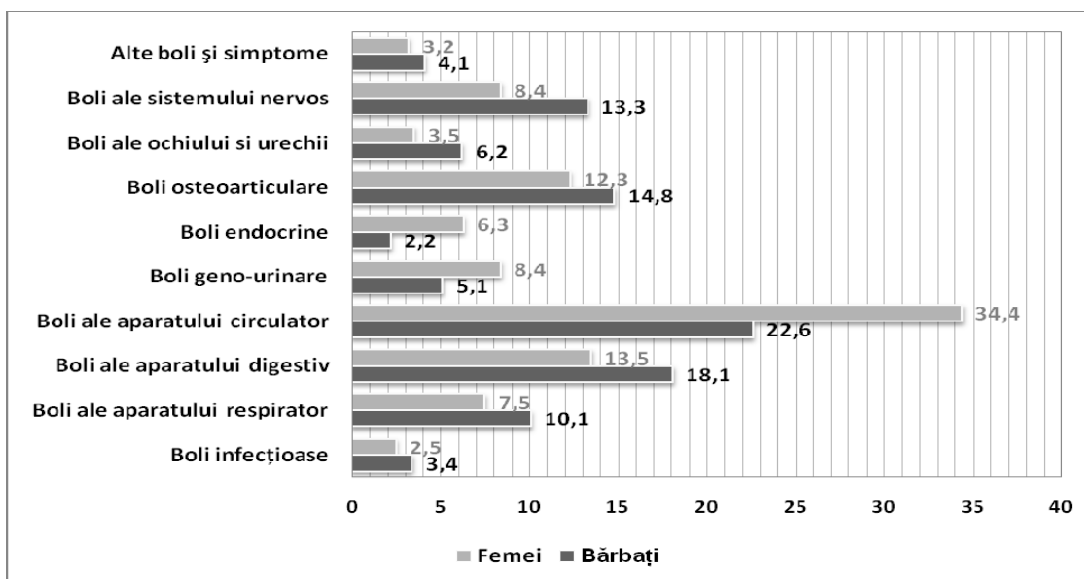
În prevalența globală pe locul I s-au plasat bolile aparatului circulator (17,3%), bolile aparatului respirator – pe locul II (15,9%), bolile aparatului digestiv – pe locul III (11,8%). Pe locul IV – tulburări mintale și de comportament (7,2%). Două clase de maladii (bolile infecțioase și bolile aparatului genito-urinar) se plasează cu cotă similară (câte 6,8%) pe locul V. Sunt urmate de alte 2 clase - bolile endocrine și afecțiunile sistemului osteo-articular, care au înregistrat câte 4,4%.

Conform unui studiu comun²¹ al Biroului de Statistică cu Ministerului Sănătății, s-a constatat că prevalența bolilor cronice la populația din Republica Moldova este înaltă, practic fiecare a treia persoană suferă de cel puțin o boală cronică (33,9%). Se constată, că rata prevalenței pentru populația din mediul urban - 36,9%, este mai mare decât pentru populația din mediul rural- 31,7%. Se determină că cele mai frecvente boli cronice specificate de locuitori sunt: boli ale aparatului circulator (29,8%), boli ale aparatului digestiv

²¹ Rezultatele studiului BNS privind Sănătatea populației și accesul populației la serviciile de sănătate în Republica Moldova, 2008

(15,3%), boli osteo-articulare (13,3%) și boli ale sistemului nervos (10,3%) (vezi anexa 5). Din *Graficul 17* observăm diferențele dintre prevalența unor boli cronice pe sexe.

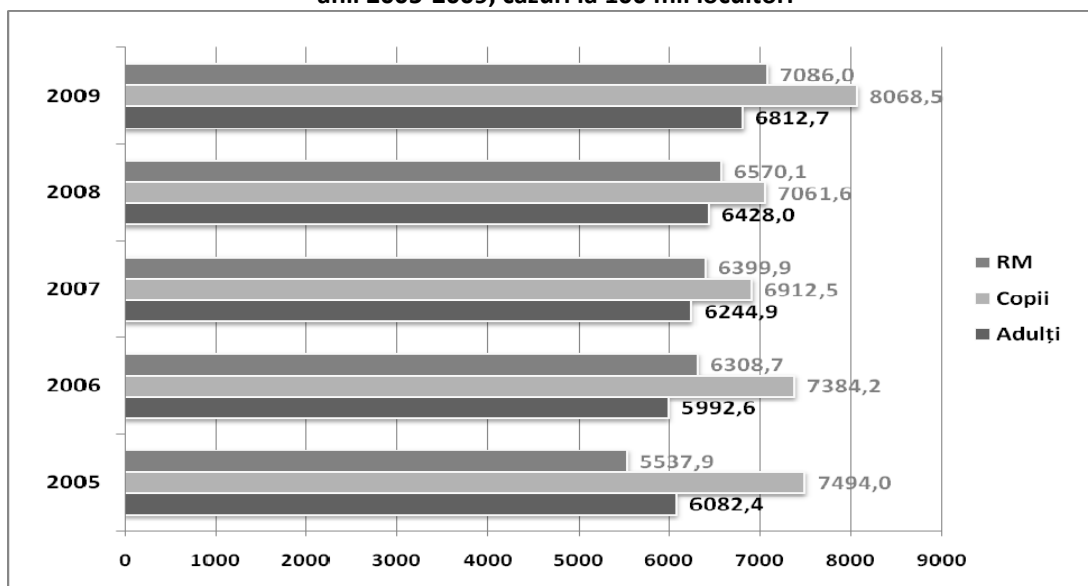
Graficul 17. Rata prevalenței unor boli cronice, pe sexe, (procente) pentru an.2008



Sursa: Studiul BNS privind „Sănătatea populației și accesul populației la serviciile de sănătate în Republica Moldova”, 2008

Din *Graficul 18* putem analiza repartizarea prevalenței totale după grupele mari de vârstă.

Graficul 18. Structura prevalenței generale în Republica Moldova și pe grupele mari de vârstă, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori



Sursa: Datele CNMS, www.sanatare-publica.md

3.2.1. Prevalența la adulți

La adulți acest indicator a crescut în an. 2009 cu 12,0% comparativ cu an. 2005 (în an. 2005 - 6082,4 cazuri la 10 mii locuitori, în an.2009 – 6812,7 cazuri la 10 mii adulți).

În structura prevalenței la adulți, cu cea mai mare rată se înregistrează bolile aparatului circulator (22,4%), urmate de rata afecțiunilor aparatului digestiv – 13,1%, afecțiunile aparatului respirator – 10,1%. Cu cota de 8,3% sunt tulburările mintale și de comportament, cu 7,8% se determină cota patologiilor genito-urinare, și de 6,2% - cea a malformațiilor congenitale.

Un nivel foarte înalt al prevalenței la adulți se determină în raionul Călărași (Tabelul 7, vezi Anexa 7 in Anexe), care, însă, a înregistrat un nivel mediu după incidență, fapt care necesită a fi studiat ulterior.

Tabelul 7. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței la adulți, anii 2005-2009, cazuri la 10 mii adulți

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (4182,5-5052,6)	9	Cahul; Nisporeni; Comrat; Fălești; Ocnîța; Drochia; Edineț; Leova; Cantemir;
Mic (5052,6-5922,7)	12	Rîșcani; Taraclia; Cimișlia; Criuleni; Orhei; Ștefan-Vodă; Basarabeasca; Ungheni; Hîncești; Căușeni; Strășeni; Ialoveni;
Mediu (5922,7-6792,8)	6	Briceni; Sîngerei; Dubăsari; Soroca; Vulcănești; Anenii Noi;
Înalt (6792,8-7662,8)	7	Rezina; Șoldănești; Florești; Telenești; Dondușeni; Glodeni; Ceadr-Lunga;
Foarte înalt (7662,8-8532,9)	1	Călărași

Sursa: Calculele autorilor pe baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

3.2.2. Prevalența la copii

Prevalența la copii are caracter oscilant. În an. 2009 se observă o creștere cu 7,7% comparativ cu an. 2005. La nivel municipal indicatorul este de 1,5 ori (an. 2005-2007) și de 1,7 ori (an. 2008-2009) mai mare decât total pe țară. La nivel raional se observă o tendință de descreștere pentru perioada de analiză, valoarea cea mai mică fiind înregistrată în an. 2008 (5729,5 cazuri la 10 mii). Observăm (Tabelul 8) că raioanele Ceadr-Lunga, Vulcănești și Rezina înregistrează un nivel foarte înalt al prevalenței la copii.

Tabelul 8. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței la copii, anii 2005-2009, cazuri la 10 mii copii

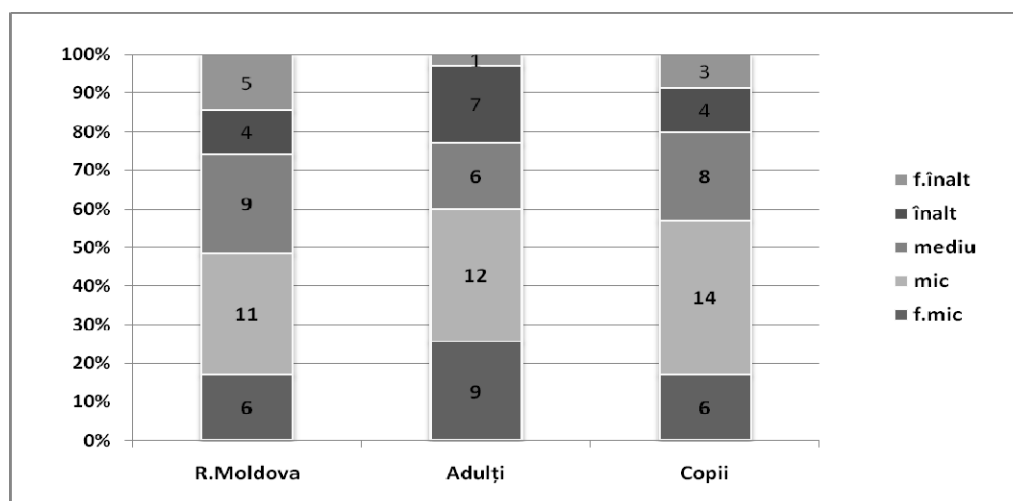
Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (3790,8-5105,5)	6	Ocnîța; Leova; Șoldănești; Telenești; Nisporeni; Cahul;
Mic (5105,5-6420,3)	14	Ștefan-Vodă; Criuleni; Edineț; Căușeni; Hîncești; Cantemir; Drochia; Dondușeni; Comrat; Taraclia; Fălești; Orhei; Sîngerei; Cimișlia;
Mediu (6420,3-7735,0)	8	Rîșcani; Florești; Călărași; Soroca; Basarabeasca; Briceni; Ialoveni; Strășeni;
Înalt (7735,0-9049,0)	4	Ungheni; Dubăsari; Anenii Noi; Glodeni;
Foarte înalt (9049,0-10364,5)	3	Ceadr-Lunga; Vulcănești; Rezina;

Sursa: Calculele autorilor pe baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Analiza structurii prevalenței la copii demonstrează că aceasta corespunde cu structura incidenței: cea mai înaltă cotă - 34,9% se referă la bolile aparatului respirator, urmată de bolile infecțioase și parazitare - 13,2%, bolile aparatului digestiv -7,7%, bolile sângelui - 5,8%, afecțiunile pielii - 5,6% și 3,8% cota tulburărilor mintale și de comportament.

Ca și în cazul incidenței, cea mai mare cotă a raioanelor s-a referit la nivelul mic: după prevalența globală - (31,3%), după prevalența la adulți - 34,3% și după prevalența la copii - 40,0% (Graficul 19).

Graficul 19. Număr de raioane în funcție de nivelul mediu al prevalenței și grupele mari de vârstă (adulți, copii), anii 2005-2009, abs. și procente

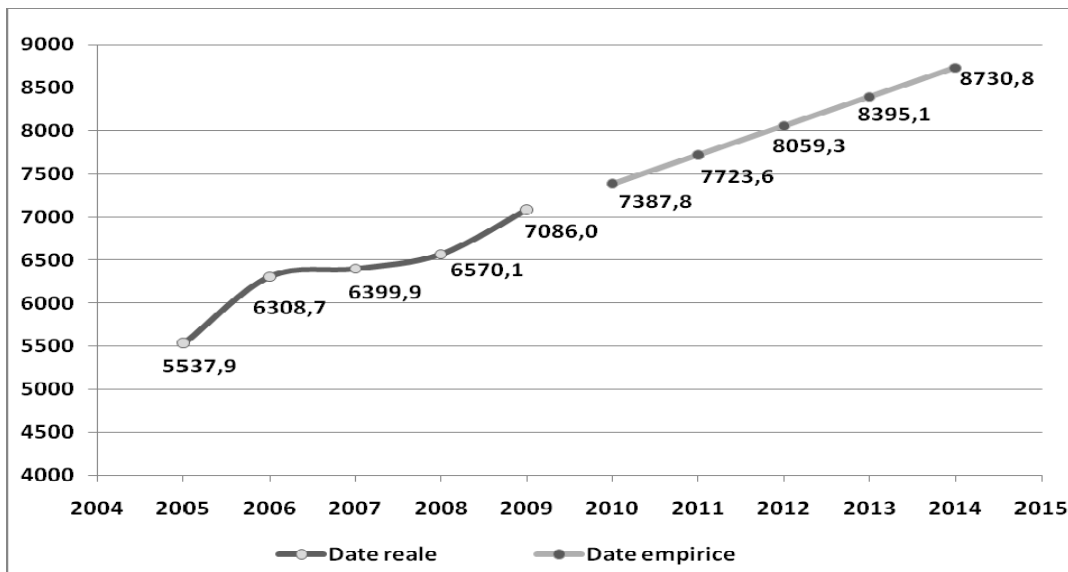


Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

3.2.3. Prognozarea prevalenței (totale, adulți, copii)

Cu toate că se prognozează o scădere a incidenței, observăm din Graficul 20 că pentru anul 2014 prevalența globală are tendință spre creștere ajungând la 8730,8 cazuri la 10 mii locuitori.

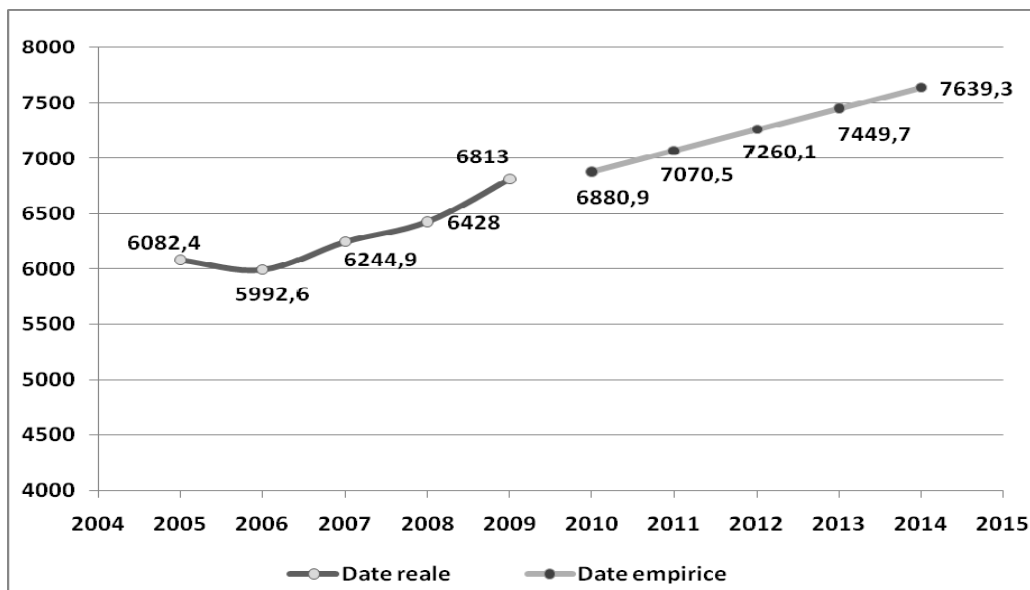
Graficul 20. Prognozarea prevalenței generale , 2010-2014, cazuri la 10 mii locuitori



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

A fost prognozat că TEMPOUL de creștere a prevalenței totale la adulți pentru anul 2014 se va mări de 1,1 ori – 7639,3 cazuri la 10 mii adulți, comparativ cu 2009 (Graficul 21).

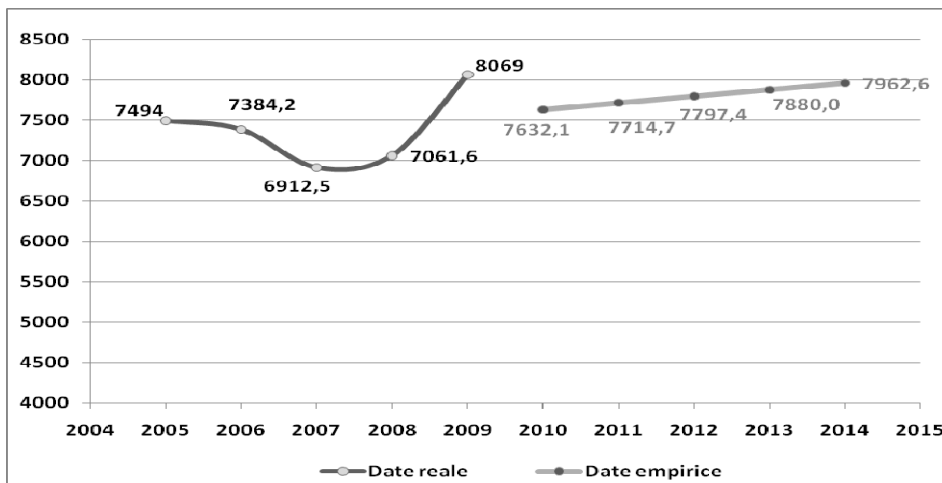
Graficul 21. Prognozarea prevalenței la adulți , 2010-2014, cazuri la 10 mii adulți



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Spre deosebire de prevalența totală și prevalența la adulți, la copii este prognozată o stabilitate a prevalenței pentru următorii 5 ani - 4694,2 cazuri la 10 mii copii în an. 2014 (Graficul 22).

Graficul 22. Prognozarea prevalenței globale la copii , 2010-2014, cazuri la 10 mii copii



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

3.3 Incidența și prevalența prin maladii

3.3.1. Incidența și prevalența maladiilor aparatului respirator

Afecțiunile aparatului respirator în structura incidenței în total pe Republica Moldova, atât la adulți cât și la copii, înregistrează cea mai înaltă cotă.

La nivel republican se observă o tendință de descreștere de la 10525,0 în an. 2005 pînă la 8496,0 în an. 2008 la 100 mii locuitori, cu creșterea ulterioară în an. 2009 pînă la 12759,0 la 100 mii locuitori. Despre tendința de descreștere ne vorbește valoarea absolută a 1% de spor: 105,3 (an. 2006), 98,0 (an. 2007), 95,2 (an. 2008) și 85,0 (an. 2009).

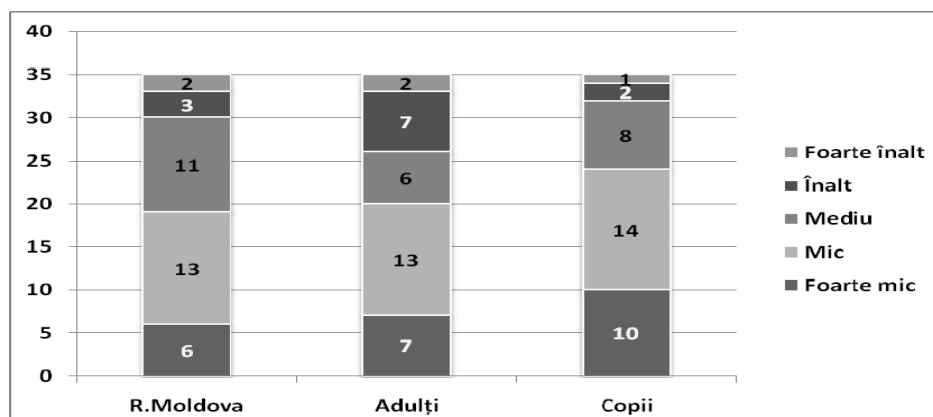
La nivel municipal (12921,0 cazuri la 100 mii locuitori) valoarea medie a incidenței afecțiunilor aparatului respirator pentru perioada de referință este mai mare de 1,3 ori comparativ cu nivelul republican (9584,8 cazuri la 100 mii locuitori) și de 1,5 ori mai mare decât nivelul raional (8407,0 cazuri la 100 mii locuitori).

Morbiditatea înaltă prin maladii ale aparatului respirator este un rezultat al epidemiilor de gripă sezonieră declanșate pe parcursul perioadei de analiză, și în special pe parcursul anului 2009. In acest context, densitatea mai mare a populației urbane menține răspîndirea infecției și, ca urmare, menține incidența prin afecțiunile respiratorii la nivel urban mai înaltă decât la nivel rural.

O altă cauză care, considerăm că determină morbiditatea înaltă prin afecțiunile aparatului respirator, este consumul frecvent de tutun în rândurile populației țării, în special printre tineri.

Analizând clasificarea raioanelor observăm predominarea cotei celor înregistrate cu nivel foarte mic și mic (peste 50% în fiecare totalitate) (*Graficul 23*).

Graficul 23. Număr de raioane în funcție de nivelul mediu al incidenței maladiilor respiratorii și grupele mari de vârstă (copii și adulți), anii 2005-2009, abs. și procente



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Este necesar de menționat faptul că raionul Vulcănești este plasat în categoria raioanelor cu nivelul foarte înalt de incidență prin maladiile aparatului respirator, atât pe Republica Moldova, cât și pe grupele mari de vârstă (Tab.9-11). În scopul elaborării unor măsuri strategice de soluționare a acestei probleme la nivel local este necesar de analizat cauzele înregistrării frecvente a maladiilor respiratorii în acest raion.

Tabelul 9 . Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței totale ale maladiilor aparatului respirator, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (2461,3-4803,1)	6	Ocnița; Leova; Dondușeni; Edineț; Cantemir; Ștefan-Vodă;
Mic (4803,1-7145,0)	13	Fălești; Drochia; Șoldănești; Nisporeni; Călărași; Florești; Sorooca; Taraclia; Orhei; Criuleni; Sîngerei; Cahul; Basarabeasca;
Mediu (7145,0-9486,8)	11	Rezina; Hîncești; Rîșcani; Cimișlia; Căușeni; Comrat; Telenești; Anenii Noi; Dubăsari; Glodeni; Strășeni;
Înalt (9486,8-11828,7)	3	Ialoveni; Briceni; Ceadr-Lunga;
Foarte înalt (11828,7-14170,5)	2	Ungheni; Vulcănești

Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Tabelul 10. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței maladiilor aparatului respirator la adulți, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii adulți

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (1444,8-3791,6)	7	Leova; Ocnița; Cantemir; Fălești; Drochia; Dondușeni; Basarabeasca;
Mic (3791,6-6138,4)	13	Nisporeni; Ștefan-Vodă; Edineț; Sîngerei; Călărași; Criuleni; Florești; Orhei; Șoldănești; Dubăsari; Sorooca; Comrat; Taraclia;
Mediu (6138,4-8485,2)	6	Rîșcani; Rezina; Anenii Noi; Strășeni; Căușeni; Ialoveni;
Înalt (8485,2-10832,0)	7	Cimișlia; Cahul; Ceadr-Lunga; Hîncești; Briceni; Glodeni; Ungheni;
Foarte înalt (10832,0-13178,8)	2	Vulcănești; Telenești

Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Tabelul 11. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței maladiilor aparatului respirator la copii, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii copii

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (6764,0-13772,8)	10	Ocnița; Leova; Telenești; Ștefan-Vodă; Edineț; Șoldănești; Cantemir; Dondușeni; Hîncești; Cahul;
Mic (13772,8-20781,5)	14	Fălești; Nisporeni; Drochia; Taraclia; Călărași; Criuleni; Florești; Sorooca; Orhei; Sîngerei; Rezina; Cimișlia; Glodeni; Căușeni;
Mediu (20781,5-27790,3)	8	Anenii Noi; Basarabeasca; Dubăsari; Rîșcani; Ialoveni; Strășeni; Comrat; Briceni;
Înalt (27790,3-34799,0)	2	Ceadr-Lunga; Ungheni;
Foarte înalt (34799,0-41807,8)	1	Vulcănești

Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

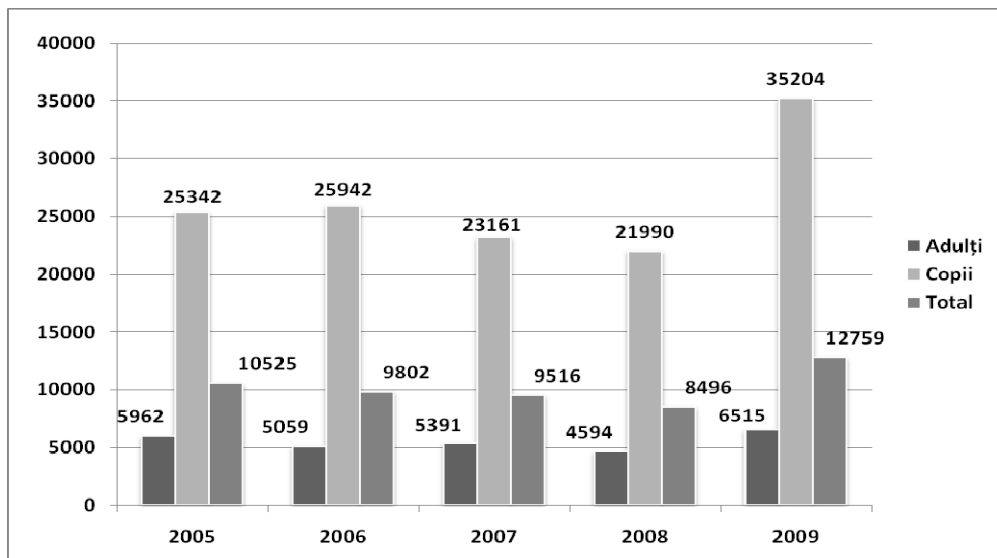
La adulți nivelul incidenței prin afecțiunile aparatului respirator în an. 2009 s-a majorat de 1,1 ori comparativ cu an. 2005 (6515,0 și 5962,0 la 100 mii adulți, respectiv).

Pe parcursul perioadei supuse studiului, la nivel municipal, valoarea medie a acestui indicator este mai mare - în mediu de 1,3 ori (7000,8 cazuri la 100 mii adulți) - decât la nivel republican (5251,5 cazuri la 100 mii adulți) și de 1,5 ori decât la nivel raional (4582,0 cazuri la 100 mii adulți).

Analiza incidenței prin bolile aparatului respirator la copii a scos în evidență, că valoarea medie a acestui indicator pentru perioada 2005-2009 (24108,8 cazuri la 100 mii locuitori) este de 4,5 ori mai mare decât la adulți (5251,5 cazuri la 100 mii locuitori).

Atât la adulți, cât și la copii se observă o tendință de creștere a procesului în dinamică - indicele de raport 2009:2005 la adulți = 1,2, și la copii - indicele de raport 2009:2005 = 1,4 (*Graficul 24*).

Graficul 24. Dinamica incidenței maladiilor aparatului respirator pe grupuri mari de vârstă, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori



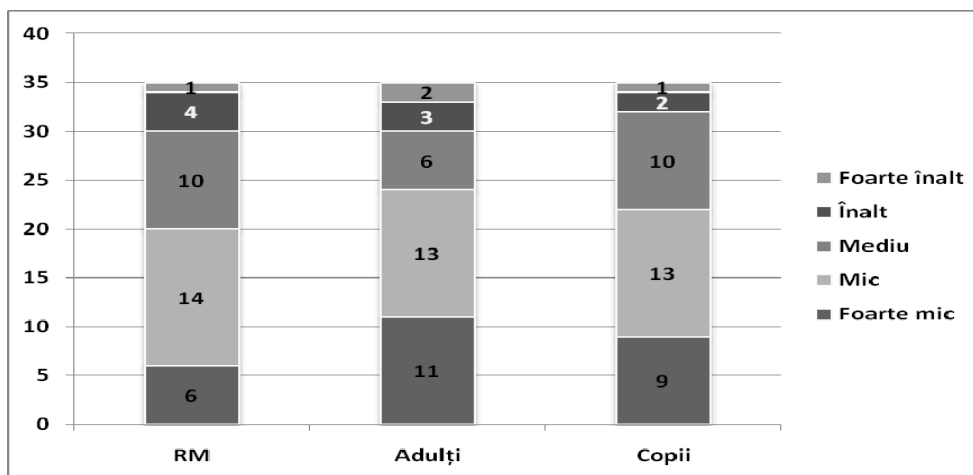
Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

Prevalența prin bolile aparatului respirator în structura morbidității globale ocupă locul II (15,9 %), la adulți este pe locul III (10,1 %), iar la copiii este situată pe locul I (34,9%).

Trebuie de menționat că acest indicator are un caracter oscilant în grupele mari de vârstă, totuși la nivel de țară, pe parcursul perioadei supuse studiului, se observă o tendință de creștere, similară dinamicii incidenței.

Analizând raioanele după nivelul de afectare, observăm că majoritatea raioanelor, ca și în cazul incidenței, se înregistrează cu un nivel foarte mic și mic (*Graficul 25*).

Graficul 25. Numărul de raioane în funcție de nivelul prevalenței maladiilor respiratorii și grupele mari de vârstă (adulți și copii), anii 2005-2009, abs. și procente



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

La fel și în cadrul prevalenței maladiilor sistemului respirator, raionul cu cel mai înalt nivel este Vulcănești, în care valorile prevalenței comparativ depășesc considerabil datele din celelalte raioane. Totodată putem menționa că și raionul adiacent - Ceadâr-Lunga - are un nivel înalt al prevalenței prin maladii respiratorii (Tabelele 12-14). Acest fapt ne sugerează necesitatea studierii condițiilor ecologice și factorilor de mediu din această regiune, deoarece raionul Vulcănești este menționat și în alte compartimente ale prezentului raport cu date alarmante ale sănătății populației.

Tabelul 12. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței maladiilor aparatului respirator, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (4156,5-6658,6)	6	Ocnița; Leova; Edineț; Ștefan-Vodă; Cantemir; Drochia;
Mic (6658,6-9160,6)	14	Dondușeni; Nisporeni; Fălești; Șoldănești; Orhei; Florești; Sîngerei; Cahul; Călărași; Soroca; Basarabeasca; Criuleni; Hîncești; Taraclia;
Mediu (9160,6-11662,7)	10	Rîșcani; Rezina; Cimișlia; Comrat; Anenii Noi; Strășeni; Ialoveni; Dubăsari; Căușeni; Telenești;
Înalt (11662,7-14164,7)	4	Briceni; Glodeni; Ungheni; Ceadr-Lunga;
Foarte înalt (14164,7-16666,8)	1	Vulcănești;

Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md**Tabelul 13. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței maladiilor aparatului respirator la adulți, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii adulți**

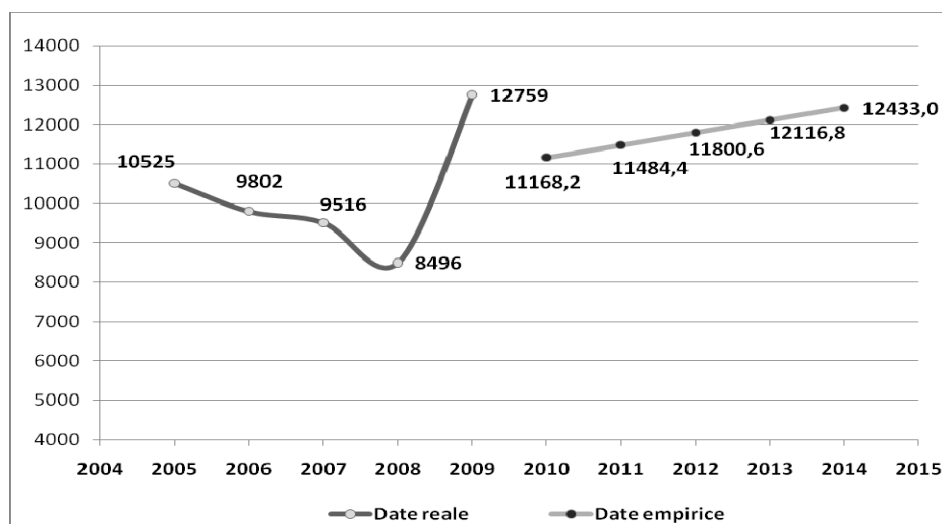
Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (2986,5-5626,0)	11	Ocnița; Cantemir; Leova; Basarabeasca; Drochia; Nisporeni; Fălești; Ștefan-Vodă; Edineț; Sîngerei; Dondușeni;
Mic (5626,0-8265,5)	13	Orhei; Comrat; Criuleni; Florești; Soroca; Rîșcani; Călărași; Șoldănești; Dubăsari; Anenii Noi; Rezina; Ialoveni; Strășeni;
Mediu (8265,5-10905,0)	6	Cimișlia; Cahul; Taraclia; Hîncești; Căușeni; Ungheni;
Înalt (10905,0-13544,5)	3	Ceadr-Lunga; Briceni; Glodeni;
Foarte înalt (13544,5-16184,0)	2	Vulcănești; Telenești

Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md**Tabelul 14. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței maladiilor aparatului respirator la copii, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii copii**

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (9106,8-16025,2)	9	Ocnița; Leova; Telenești; Ștefan-Vodă; Șoldănești; Hîncești; Cahul; Edineț; Nisporeni;
Mic (16025,2-22943,6)	13	Dondușeni; Cantemir; Taraclia; Drochia; Călărași; Fălești; Florești; Orhei; Criuleni; Cimișlia; Soroca; Sîngerei; Rezina;
Mediu (22943,6-29862,0)	10	Căușeni; Anenii Noi; Dubăsari; Rîșcani; Ialoveni; Strășeni; Basarabeasca; Comrat; Glodeni; Briceni;
Înalt (29862,0-36780,4)	2	Ceadr-Lunga; Ungheni;
Foarte înalt (36780,4-43698,8)	1	Vulcănești;

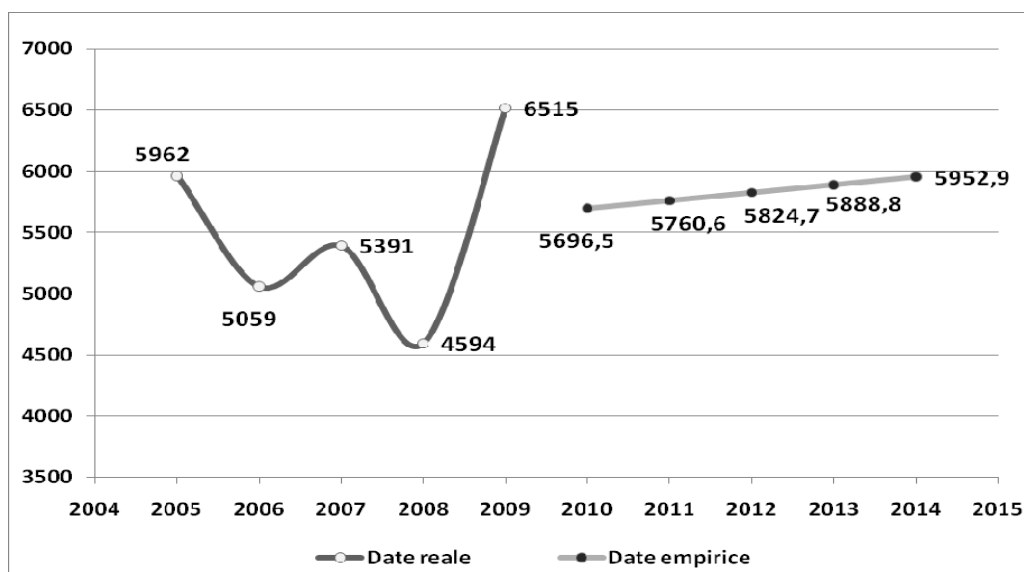
Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Prin prognozarea prin metoda regresiei liniare pentru perioada următorilor 5 ani observăm că pentru anul 2014 se așteaptă o micșorare neînsemnată a incidenței globale a maladiilor aparatului respirator cu 2,6% – 12433,0 cazuri la 100 mii locuitori (*Graficul 26*).

Graficul 26. Prognozarea incidenței totale a maladiilor aparatului respirator pentru perioada anilor 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitoriSursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Se presupune și o descreștere neînsemnată, cu 8,6%, a incidenței maladiilor aparatului respirator la adulți, care va înregistra în an.2014 cifra de 5952,9 cazuri la 100 mii adulți (Graficul 27).

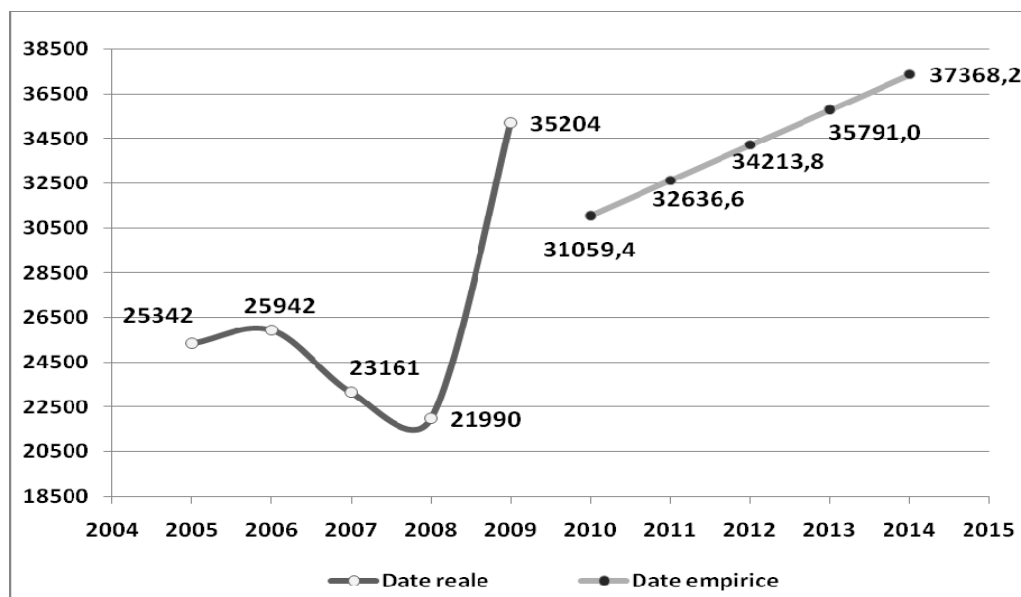
Graficul 27. Prognozarea incidenței maladiilor aparatului respirator la adulți , 2010-2014, caz./ 100 mii per.



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Spre deosebire de incidența globală a maladiilor respiratorii și incidența la adulți, pentru anul 2014 la copii se prognozează o creștere a incidenței prin maladiile aparatului respirator de 1,1 ori – 37368,2 cazuri la 100 mii (Graficul 28).

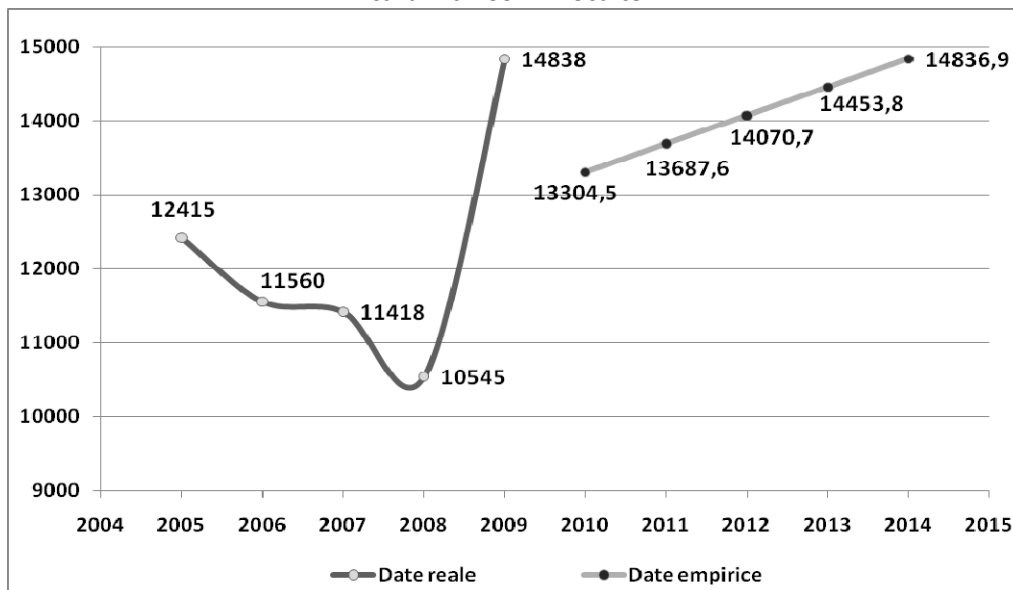
Graficul 28. Prognozarea incidenței maladiilor aparatului respirator la copii , 2010-2014, cazuri la 100 mii copii



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Prognozarea prevalenței maladiilor aparatului respirator, la general ne prezintă o stabilizare a procesului pentru anul 2014 (Graficele 28-30).

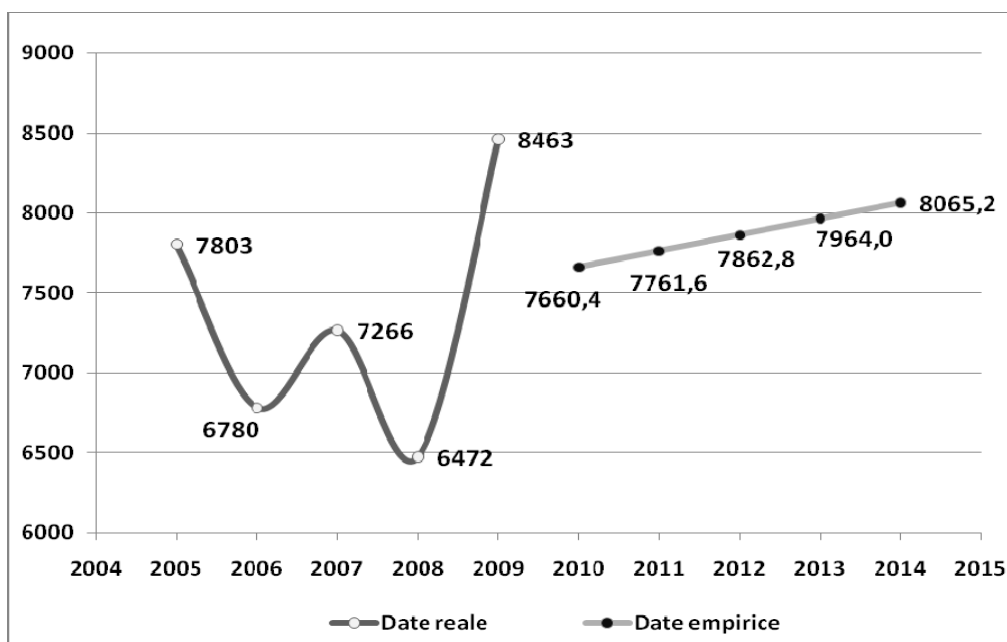
Graficul 29. Prognozarea prevalenței maladiilor aparatului respirator, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

La adulți prevalența maladiilor respiratorii prezintă o tendință de descreștere cu 400 cazuri la 100 mii adulți.

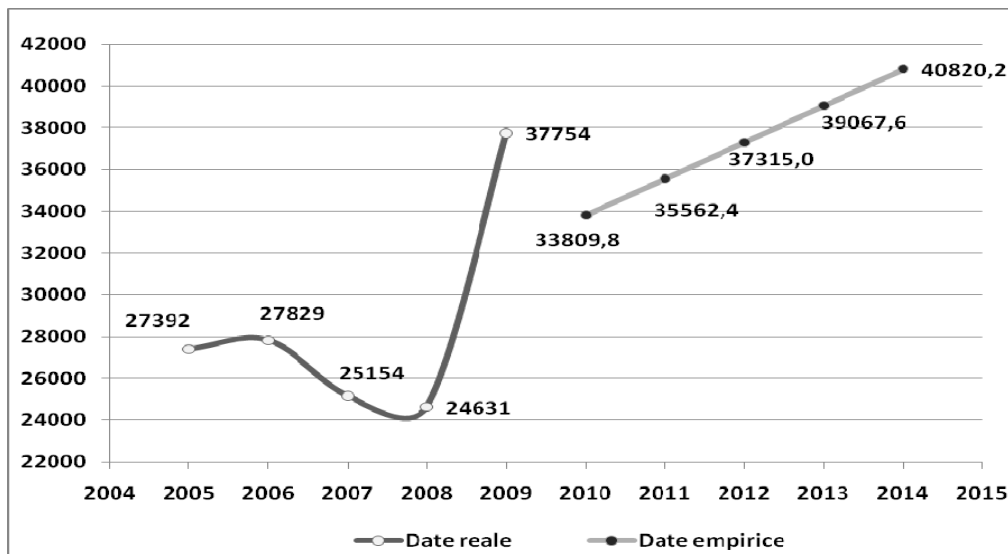
Graficul 30. Prognozarea prevalenței maladiilor aparatului respirator la adulți, 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Pentru anul 2014 la copii se prognozează o creștere de 1,1 ori a prevalenței prin maladiile aparatului respirator – 40820,2 cazuri la 100 mii copii (*Graficul 31*).

Graficul 31. Prognozarea prevalenței maladiilor aparatului respirator la copii , 2010-2014, cazuri la 100 mii copii

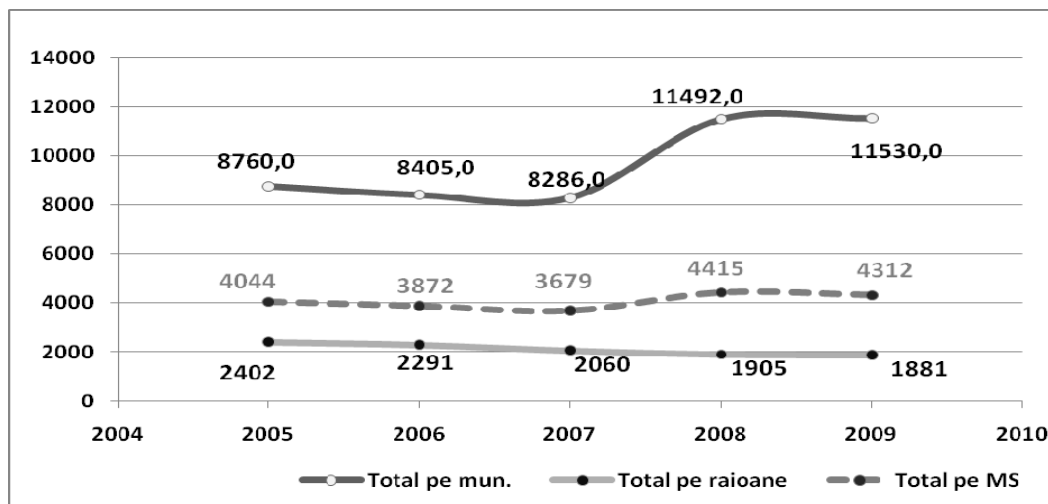


Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

3.3.2. Incidența și prevalența prin leziuni traumatice

Leziunile traumatice ocupă locul II în structura incidenței globale pe Republica Moldova (14,2%) și la adulți (16,0%) și locul III în structura incidenței la copii - 11,3%. Analizând acest indicator pe întreaga perioadă de studiu, observăm că la nivel republican acesta este stabil, la nivel municipal - oscilant și, la nivel raional, are tendință spre descreștere.

Graficul 32. Dinamica incidenței prin leziuni traumatice în Republica Moldova, municipii și raioane, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori

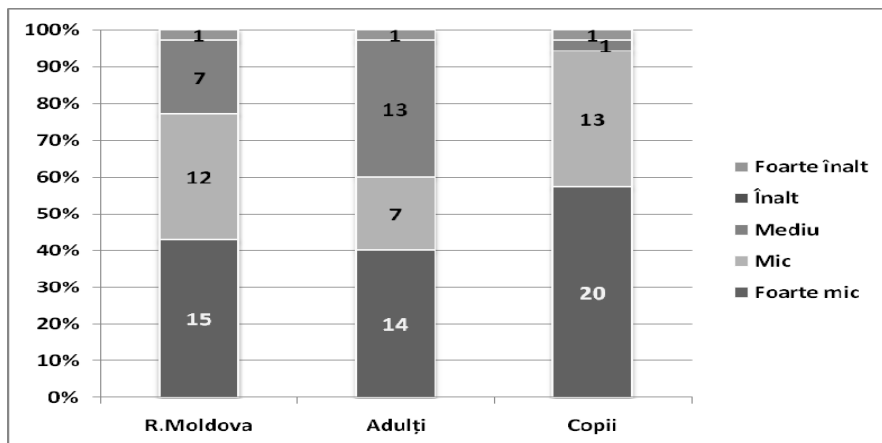


Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

Valoarea medie a incidenței prin leziuni traumatice în municipii este de 2,4 ori mai mare decât pe Republica Moldova și de 4,6 ori mai înalt decât la nivel raional.

În ce privește clasificarea raioanelor, în lipsa raioanelor cu nivel înalt, persistă un singur raion în nivelul foarte înalt - Vulcănești (Tabelul 15), iar 2/3 din raioane sunt plasate în grupurile cu nivel foarte mic și mic (Graficul 33).

Graficul 33. Numărul de raioane în funcție de nivelul prevalenței prin leziuni traumatice și grupele mari de vârstă, anii 2005-2009, abs. și procente



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Tabelul 15. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței prin leziuni traumatice, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (994,0-2111,0)	15	Edineț; Ștefan-Vodă; Dondușeni; Criuleni; Fălești; Dubăsari; Basarabeasca; Leova; Cantemir; Briceni; Orhei; Glodeni; Cahul; Sîngerei; Ialoveni
Mic (2111,0-3227,9)	12	Telenești; Cimișlia; Șoldănești; Florești; Comrat; Nisporeni; Călărași; Ceadr-Lunga; Ungheni; Soroca; Anenii Noi; Rezina;
Mediu (3227,9-4344,9)	7	Drochia; Hîncești; Rîșcani; Taraclia; Căușeni; Strășeni; Ocnîța;
Înalt (4344,9-5461,8)	-	-
Foarte înalt (5461,8-6578,8)	1	Vulcănești

Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Tabelul 16. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței prin leziuni traumatice la adulți, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii adulți

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (923,5-1724,0)	14	Edineț; Ștefan-Vodă; Dondușeni; Leova; Basarabeasca; Criuleni; Glodeni; Fălești; Cantemir; Dubăsari; Orhei; Sîngerei; Briceni; Cahul;
Mic (1724,0-2524,4)	7	Ialoveni; Telenești; Cimișlia; Șoldănești; - Comrat; Florești; Călărași;
Mediu (2524,4-3324,9)	13	Ungheni; Rezina; Soroca; Ceadr-Lunga; Drochia; Anenii Noi; Nisporeni; Hîncești; Rîșcani; Ocnîța; Taraclia; Strășeni; Căușeni;
Înalt (3324,9-4125,3)	-	-
Foarte înalt (4125,3-4925,8)	1	Vulcănești

Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

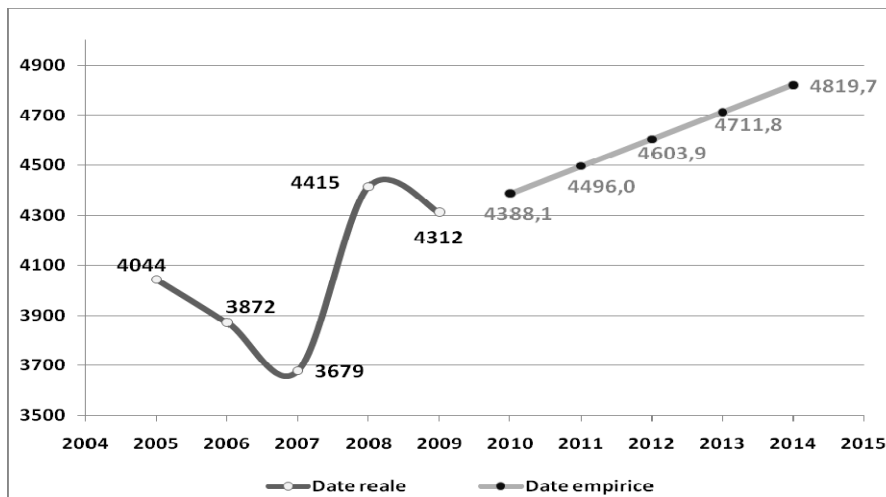
Tabelul 17. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței prin leziuni traumatice la copii, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii copii

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (927,3-2748,5)	20	Ștefan-Vodă; Fălești; Dubăsari; Edineț; Criuleni; Briceni; Cantemir; Orhei; Dondușeni; Nisporeni; Basarabeasca; Cahul; Telenești; Leova; Ialoveni; Sîngerei; Șoldănești; Glodeni; Cimișlia; Florești;
Mic (2748,5-4569,7)	13	Taraclia; Comrat; Ceadr-Lunga; Rîșcani; Anenii Noi; Ungheni; Soroca; Hîncești; Căușeni; Călărași; Drochia; Strășeni; Rezina;
Mediu (4569,7-6390,9)	1	Ocnîța
Înalt (6390,9-8212,1)	-	-
Foarte înalt (8212,1-10033,3)	1	Vulcănești

Sursa: : Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

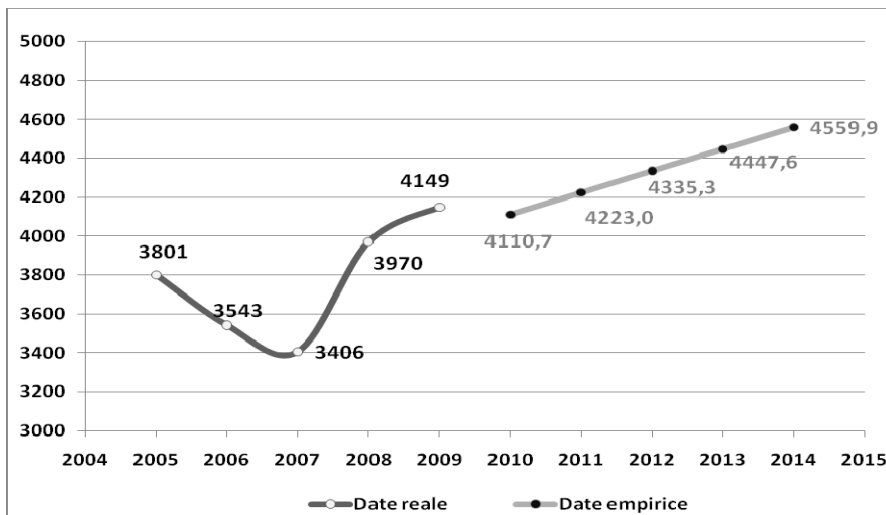
Prin prognozare, prin metoda regresiei liniare, s-a constatat o posibilă creștere, de 1,1 ori, a incidenței traumelor către an. 2014 în toate categoriile analizate (*Graficele 34-36*).

Graficul 34. Prognozarea incidenței leziunilor traumatice în Republica Moldova, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori



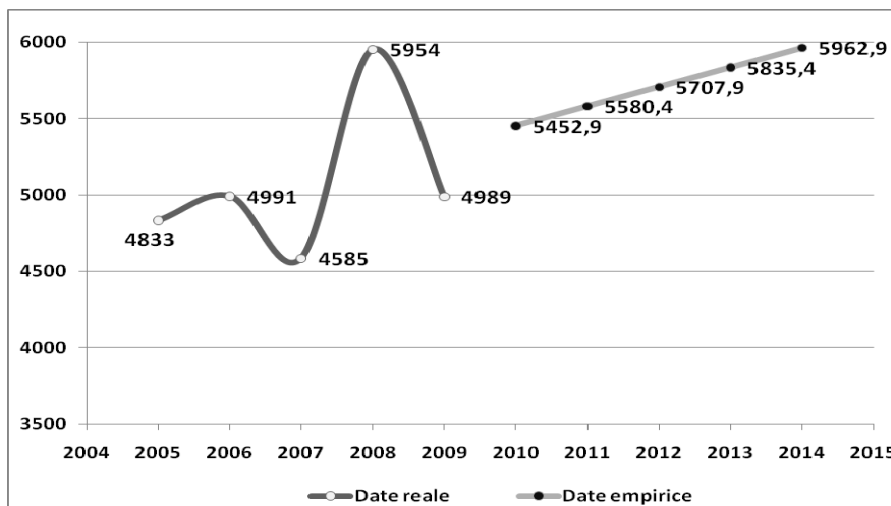
Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Graficul 35. Prognozarea incidenței leziunilor traumatice la adulți 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

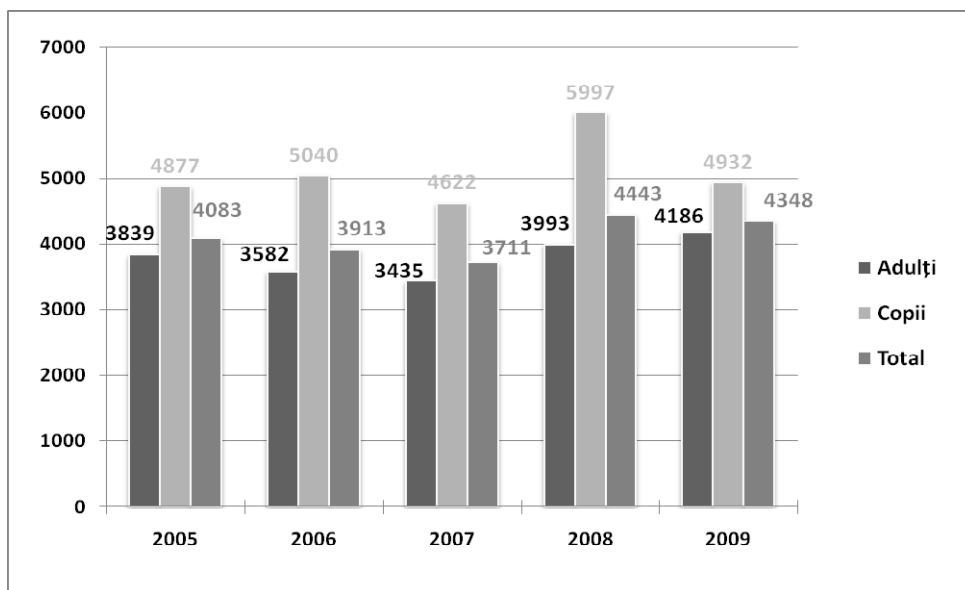
Graficul 36. Prognozarea incidenței leziunilor traumatice la copii 2010-2014, cazuri la 100 mii copii



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Prevalența prin leziuni traumatice în an. 2009 comparativ cu an. 2005 este într-o ușoară creștere în toate grupurile de vârstă (Graficul 37).

Graficul 37. Dinamica prevalenței prin leziuni traumatice pe grupuri mari de vârste, 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori



Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

Valoarea medie a prevalenței totale prin leziuni traumatice în municipii este de 2,4 ori mai mare (9637,8 cazuri la 100 mii locuitori) decât pe Republica Moldova (4099,6 cazuri la 100 mii locuitori). Același indicator la adulți pe municipii (8370,6 cazuri la 100 mii locuitori) comparativ cu indicatorul republican (3807,2 cazuri la 100 mii locuitori) este de 2,2 ori mai înalt.

La copii pe municipii valoarea medie a prevalenței prin leziuni traumatice este de 3 ori mai mare decât pe republică (15195,6 și, respectiv, 5093,6 la 100 mii locuitori).

Prognostarea nivelului prevalenței pentru anul 2014 respectă aceleași legități ca și în cazul incidenței leziunilor traumatice.

Leziunile traumatice de o frecvență înaltă sunt rezultatul nerespectării de către populație a unor măsuri de securitate, precum și colaborarea intersectorială insuficientă în vederea protejării sănătății publice. Se evidențiază necesitatea implementării unei strategii pe termen lung ce ar cuprinde măsuri concrete cu abordare interdisciplinară spre reducerea riscurilor de traumatisme în societate.

3.3.3. Incidența și prevalența prin boli ale aparatului circulator

Incidența prin bolile aparatului circulator în structura incidenței generale pe Republica Moldova ocupă locul VI (5,3%), la adulți – locul V (8,3%) și la copii – locul XVI (0,6%).

La această categorie de maladii după repartizare situația se determină în mod invers în comparație cu maladiile analizate anterior: cele mai înalte rate ale valorii medii pe perioada analizată se înregistrează la nivel raional (2078,2 cazuri la 100 mii) - de 1,1 ori mai mult de cât pe Republica Moldova (1933,6 cazuri la 100 mii locuitori) și de 1,4 ori mai mult decât pe municipii (1515,6 cazuri la 100 mii).

La adulți la nivel republican se observă o tendință de descreștere a valorii medii a incidenței cu 31,5% în an. 2009 comparativ cu an. 2005 (2044,0 și 2512,5 la 100 mii adulți, respectiv). Recomandăm realizarea unor studii aprofundate întru determinarea eficacității aplicării medicamentelor compensate (în special a antihipertensivelor) și utilizarea acestora la nivel rural/urban.

Clasificarea raioanelor, după nivelul mediu a incidenței maladiilor aparatului circulator, este redată în tab. 18-20. Atât incidența globală, cât și la adulți se manifestă la un nivel foarte înalt în raioanele Dondușeni și Călărași. Sunt necesare anumite studii pentru a determina cauzele valorilor crescute a morbidității prin maladii aparatului circulator în aceste raioane.

Tabelul 18. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței totale a maladiilor aparatului circulator, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (1120,5-1506,7)	7	Leova; Cantemir; Briceni; Telenești; Basarabeasca; Criuleni; Strășeni;
Mic (1506,7-1892,9)	13	Cahul; Orhei; Cimișlia; Rîșcani; Vulcănești; Hîncești; Rezina; Comrat; Dubăsari; Edineț; Ocnîța; Ceadr-Lunga; Drochia;
Mediu (1892,9-2279,1)	10	Șoldănești; Anenii Noi; Ungheni; Nisporeni; Sîngerei; Glodeni; Ialoveni; Fălești; Căușeni; Florești;
Înalt (2279,1-2665,3)	2	Ștefan-Vodă; Taraclia;
Foarte înalt (2665,3-3051,5)	3	Sorooca; Dondușeni; Călărași;

Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Tabelul 19. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței maladiilor aparatului circulator la adulți, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii adulți

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (1472,0-1981,7)	7	Leova; Cantemir; Briceni; Basarabeasca; Strășeni; Cimișlia; Criuleni;
Mic (1981,7-2491,4)	12	Telenești; Cahul; Orhei; Vulcănești; Rîșcani; Rezina; Hîncești; Edineț; Comrat; Ocnîța; Drochia; Dubăsari;
Mediu (2491,4-3001,4)	11	Anenii Noi; Ceadr-Lunga; Șoldănești; Ungheni; Căușeni; Glodeni; Sîngerei; Nisporeni; Fălești; Ialoveni; Florești;
Înalt (3001,4-3510,8)	3	Ștefan-Vodă; Taraclia; Sorooca;
Foarte înalt (3510,8-4020,5)	2	Dondușeni; Călărași;

Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

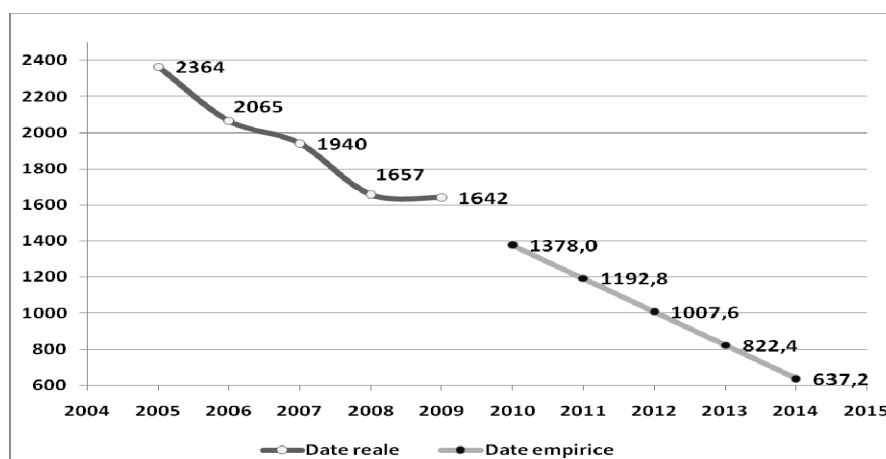
La copii, la fel, la nivel republican se observă o tendință de descreștere, în an. 2009 acest indicator s-a micșorat cu 44,8% comparativ cu an. 2005 (196,0 și, respectiv, 355,0 cazuri la 100 mii locuitori).

Tabelul 20. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței maladiilor aparatului circulator la copii, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii copii

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (91,3-234,7)	23	Telenești; Ceadr-Lunga; Basarabeasca; Rîșcani; Comrat; Leova; Dubăsari; Criuleni; Taraclia; Ocnîța; Briceni; Orhei; Șoldănești; Hîncești; Nisporeni; Cahul; Glodeni; Strășeni; Rezina; Ungheni; Vulcănești; Ialoveni; Edineț
Mic (234,7-378,2)	7	Florești; Drochia; Călărași; Cantemir; Sîngerei; Fălești; Anenii Noi
Mediu (378,2-521,6)	2	Dondușeni; Ștefan-Vodă
Înalt (521,6-665,1)	1	Cimișlia
Foarte înalt (665,1-808,5)	2	Căușeni; Sorooca

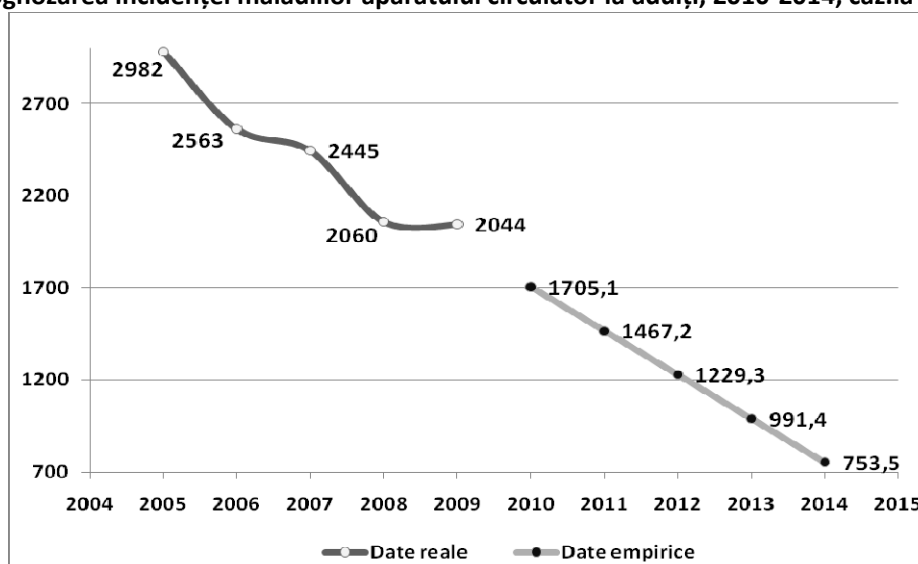
Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Datorită scăderii incidenței maladiilor aparatului circulator înregistrate pe parcursul ultimilor ani, la determinarea pronosticului, prin metoda regresiei liniare, se observă un declin considerabil a curbei (grf. 38-40), fapt ce poate fi explicat doar prin numărul mic de ani de observație (5) luați pentru calculul inițial. Însă, scăderea incidenței contravine tendințelor mondiale, remarcate în rapoartele OMS cu privire la creșterea mondială a maladiilor SCV.

Graficul 38. Prognozarea incidenței maladiilor aparatului circulator, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori

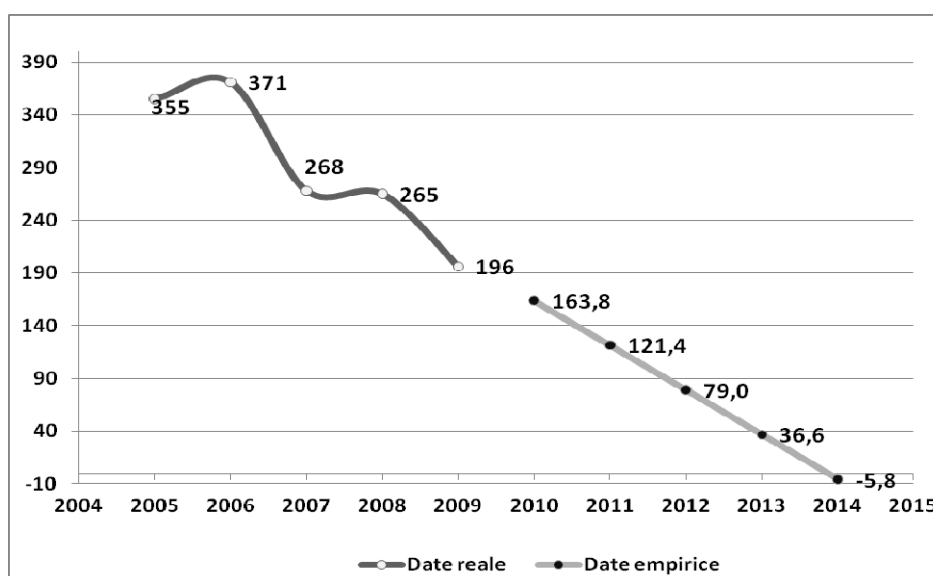
Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Graficul 39. Prognozarea incidenței maladiilor aparatului circulator la adulți, 2010-2014, caz.la 100 mii adulți



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Graficul 40. Prognozarea incidenței maladiilor aparatului circulator la copii, 2010-2014, caz. la 100 mii copii



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Prevalența maladiilor cardiovasculare la nivelul municipal este practic identică cu prevalența pe Republica Moldova și cea de la nivel raional.

La clasificarea raioanelor după nivelul de afectare ca și în cazul incidenței, raioanele Dondușeni și Călărași au un nivel foarte înalt de morbiditate (Tabelele 21-23).

Tabelul 21. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței maladiilor aparatului circulator, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (5240,8-7901,3)	13	Cahul; Cimișlia; Comrat; Cantemir; Vulcănești; Ceadr-Lunga; Nisporeni; Ocnîța; Telenești; Rîșcani; Strășeni; Ungheni; Edineț;
Mic (7901,3-10561,9)	11	Basarabeasca; Ialoveni; Leova; Fălești; Ștefan-Vodă; Criuleni; Hîncești; Orhei; Rezina; Taraclia; Sîngerei;
Mediu (10561,9-13222,4)	6	Drochia; Anenii Noi; Căușeni; Dubăsari; Briceni; Glodeni;
Înalt (13222,4-15883,0)	3	Șoldănești; Soroca; Florești;
Foarte înalt (15883,0-18543,5)	2	Călărași; Dondușeni;

Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Tabelul 22. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței maladiilor aparatului circulator la adulți, anii 2005-2009, cazuri la 10 mii adulți

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (7005,8-10165,5)	13	Vulcănești; Cahul; Cimișlia; Comrat; Cantemir; Ocnița; Nisporeni; Ceadr-Lunga; Rîșcani; Edineț; Strășeni; Telenești; Ungheni;
Mic (10165,5-13325,2)	10	Fălești; Basarabeasca; Ștefan-Vodă; Ialoveni; Leova; Hîncești; Orhei; Criuleni; Rezina; Taraclia;
Mediu (13325,2-16484,9)	5	Sîngerei; Drochia; Căușeni; Anenii Noi; Briceni;
Înalt (16484,9-19644,6)	5	Glodeni; Dubăsari; Soroca; Șoldănești; Florești;
Foarte înalt (19644,6-22804,3)	2	Călărași; Dondușeni;

Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

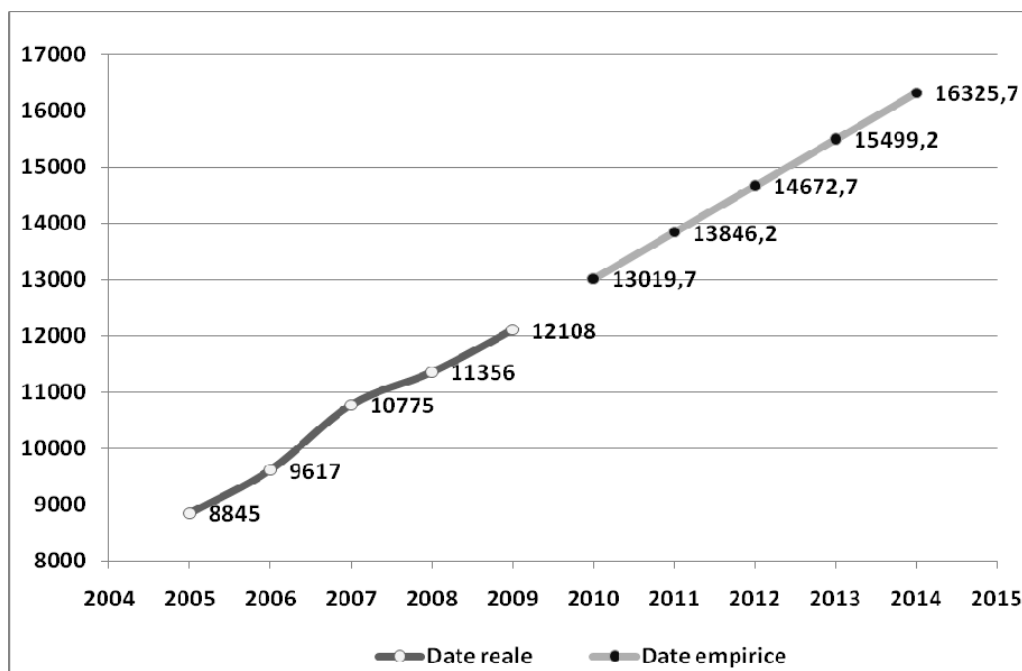
Tabelul 23. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței maladiilor aparatului circulator la copii, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii copii

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (275,8-897,2)	22	Telenești; Comrat; Ceadr-Lunga; Cahul; Leova; Rîșcani; Basarabeasca; Briceni; Criuleni; Taraclia; Ialoveni; Nisporeni; Ungheni; Strășeni; Florești; Dubăsari; Ocnița; Șoldănești; Cantemir; Orhei; Anenii Noi; Călărași;
Mic (897,2-1518,6)	7	Sîngerei; Drochia; Cimișlia; Hîncești; Rezina; Edineț; Glodeni;
Mediu (1518,6-2140,0)	5	Fălești; Dondușeni; Ștefan-Vodă; Căușeni; Vulcănești;
Înalt (2140,0-2761,4)		
Foarte înalt (2761,4-3382,8)	1	Soroca ²² ;

Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Contrar prognosticului pentru incidență, prevalența maladiilor SCV totală și la adulți are tendință spre creștere, și doar la copii este o tendință spre diminuare (grf. 41-43).

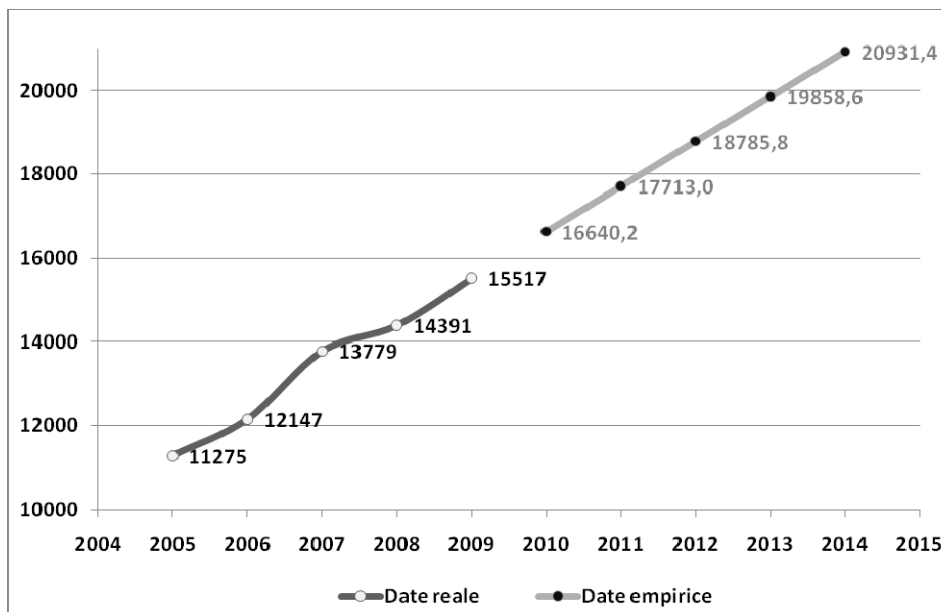
Graficul 41. Prognozarea prevalenței maladiilor aparatului circulator, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

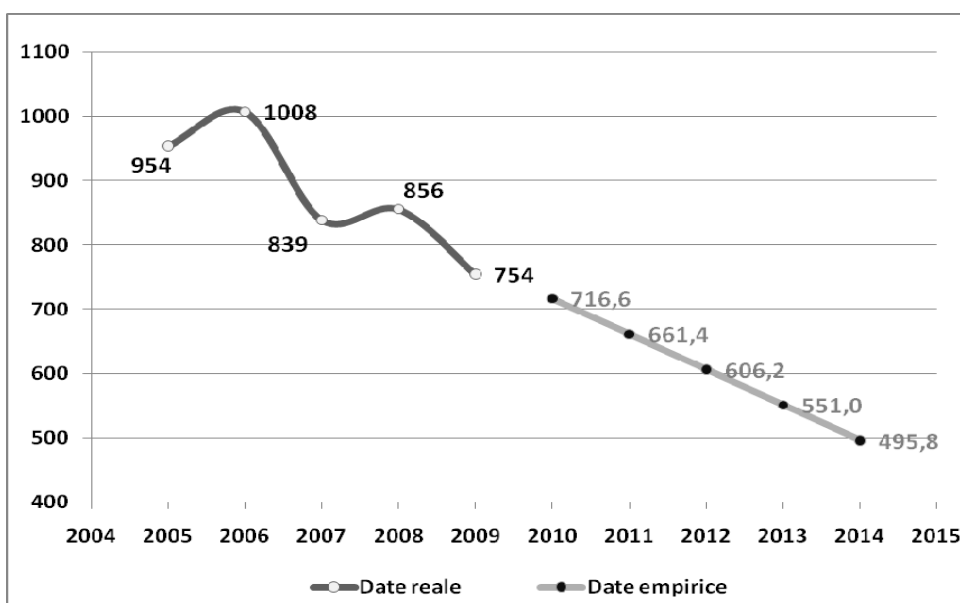
²² Deoarece indicatorul este de peste 3 ori mai mare decât media pe Republica Moldova în categoria de vârstă respectivă, presupunem că o astfel de cifră înaltă este motivată de hiperdiagnostic sau colectare greșită de date

Graficul 42. Prognozarea prevalenței la adulți a maladiilor aparatului circulator, 2010-2014, caz. la 10 mii adulți



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Graficul 43. Prognozarea prevalenței la copii a maladiilor aparatului circulator la copii, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Incidența prin HTA constituie cota majoră din numărul de cazuri ale maladiilor SCV, atât la nivel global (în an. 2005 - 68,0%, 2006 – 68,0%, 2007 – 66,0%, 2008 – 69,0%, 2009 – 63,9%), cât, în special, la adulți (pentru an. 2005 - 70,3% 2006 – 72,6%, 2007 – 68,0%, 2008 – 71,0%, 2009 – 65,6%).

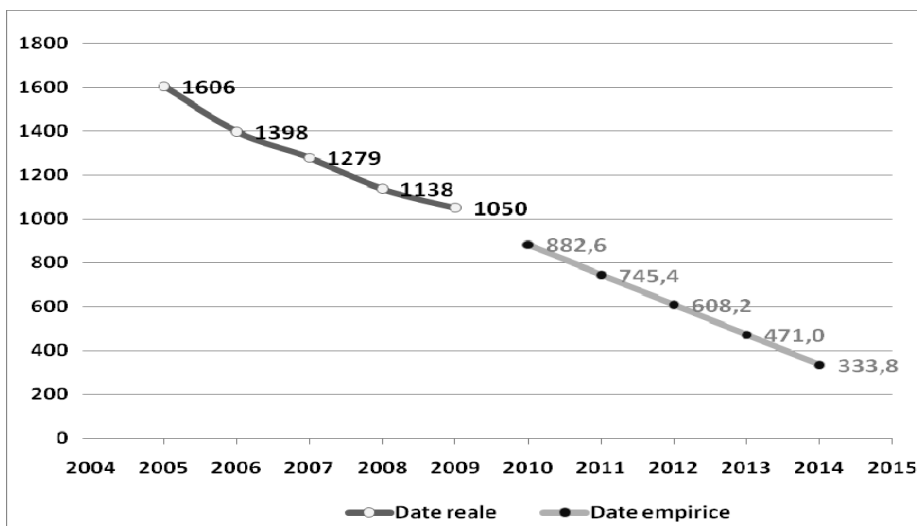
În mediul rural, pentru întreaga perioadă 2005 – 2009, valoarea medie a acestui indicator (la adulți) este de 1,5 ori mai mare decât în mediul urban (1828,2 și respectiv 1256,6 cazuri la 100 mii locuitori).

Se poate de presupus că această diferență este motivată de adresabilitatea și accesibilitatea la servicii medicale mai joase în regiunea rurală (elucidată în capitolul III al prezentului raport), fapt ce face ca maladia să fie depistată tardiv și nu se supune prevenției și tratamentului la etape precoce.

Clasificarea raioanelor după incidența HTA respectă aceeași legitate ca și pentru maladiile SCV.

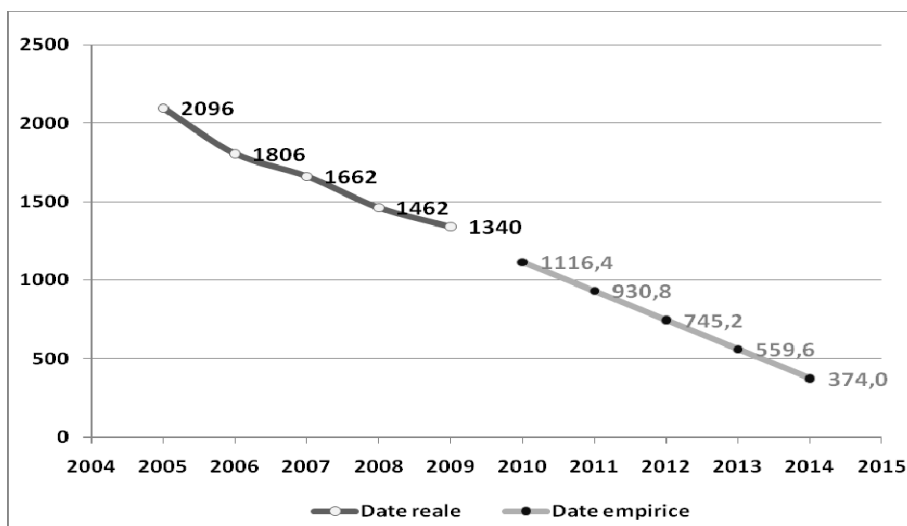
La prognozarea incidenței HTA pentru an. 2014 s-a depistat o scădere considerabilă la nivel total și la adulți, ce poate fi pus la îndoială, reieșind din tendințele mondiale de creștere a acestei maladii (Graf. 44-46).

Graficul 44. Prognozarea incidenței HTA , 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

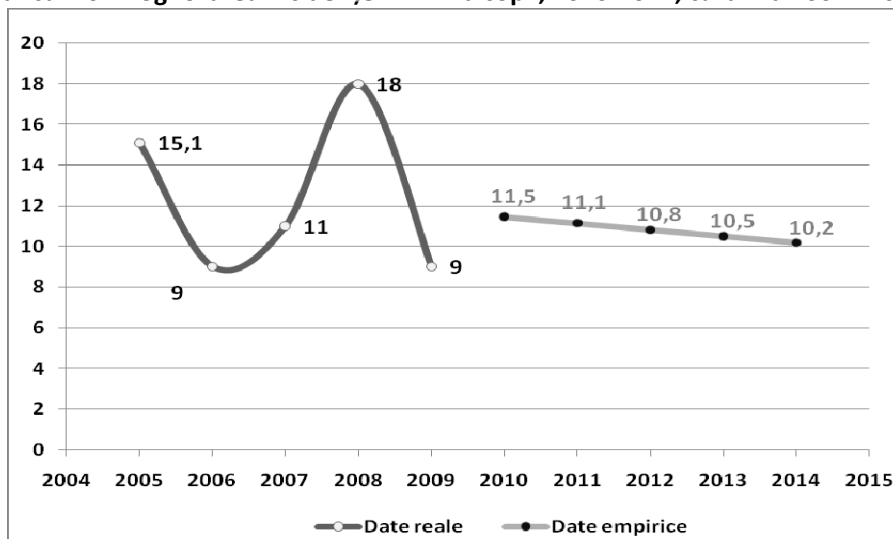
Graficul 45. Prognozarea incidenței HTA la adulți , 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

La copii se prognozează o creștere neînsemnată a incidenței HTA (*Graficul 46*).

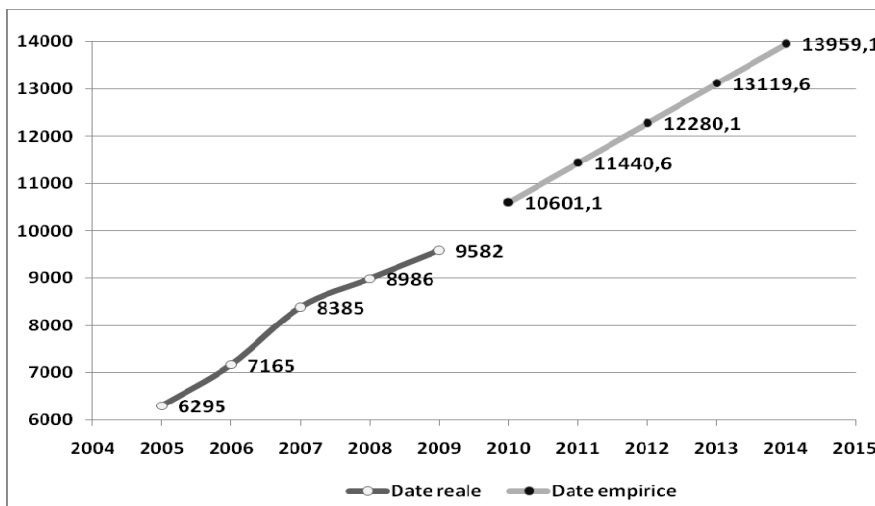
Graficul 46. Prognozarea incidenței HTA la copii, 2010-2014, cazuri la 100 mii copii



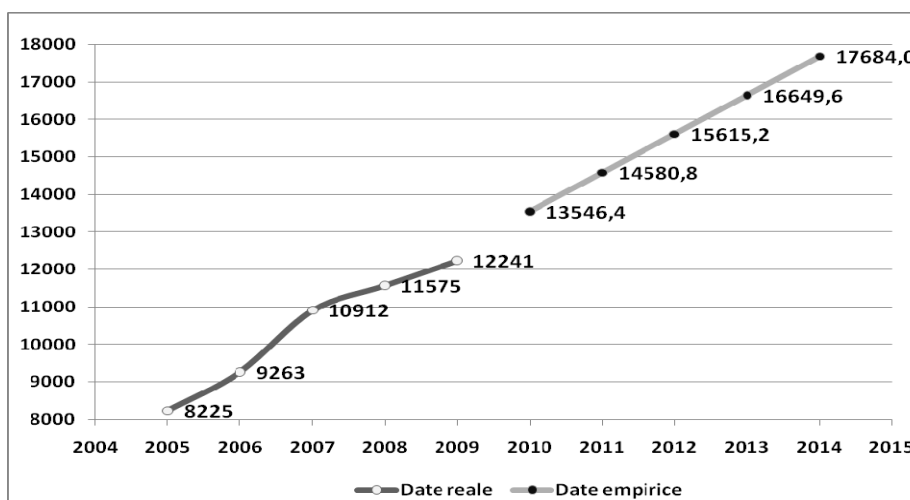
Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Prevalența prin HTA la total a crescut de 1,5 ori pe parcursul anilor de studiu (6295,0 în an. 2005 și 9582,0 cazuri la 100 mii locuitori în an. 2009). La adulți se observă același ritm de creștere - de 1,5 ori (8225,0 în an. 2005 și 12241,0 cazuri la 100 mii adulți în an. 2009), pe când la copii este o descreștere neînsemnată - de 0,9 ori (27,3 în an. 2005 și 24 cazuri la 100 mii copii în an. 2009). Nu sunt diferențe semnificative între nivelurile municipal și raional. Prognozarea prevalenței HTA pentru anul 2014 prezintă o creștere în toate grupele de vârstă (Graficele 47-49).

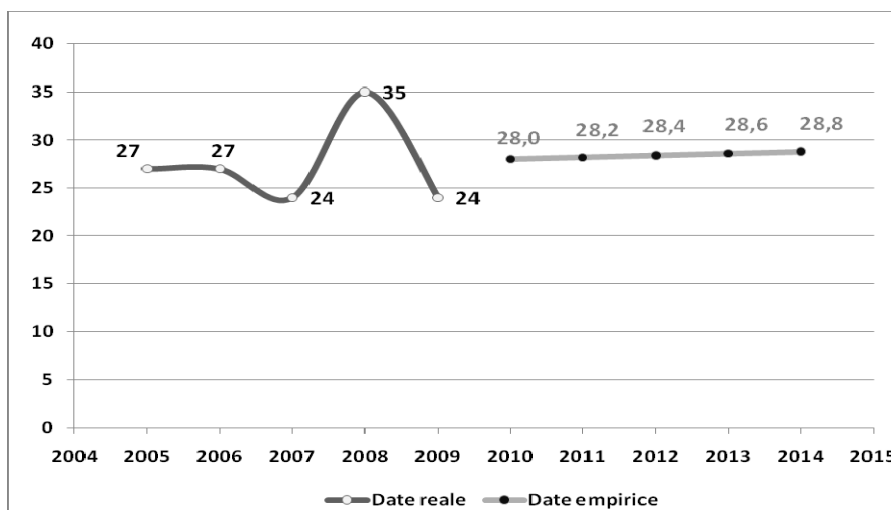
Graficul 47. Prognozarea prevalenței HTA, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori



Graficul 48. Prognozarea prevalenței HTA la adulți, 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți



Graficul 49. Prognozarea prevalenței HTA la copii , 2010-2014, cazuri la 100 mii copii



Sursa pt graficele 47-49: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Aceste rezultate alarmante provoacă inițierea unor măsuri eficiente și durabile, care ar putea influența ritmul de creștere a morbidității bolilor cardio-vasculare, printre care ar fi și finanțarea și realizarea adecvată a *Programului ramural de profilaxie a bolilor cardiovasculare*, care la moment se află la etapa de proiect.

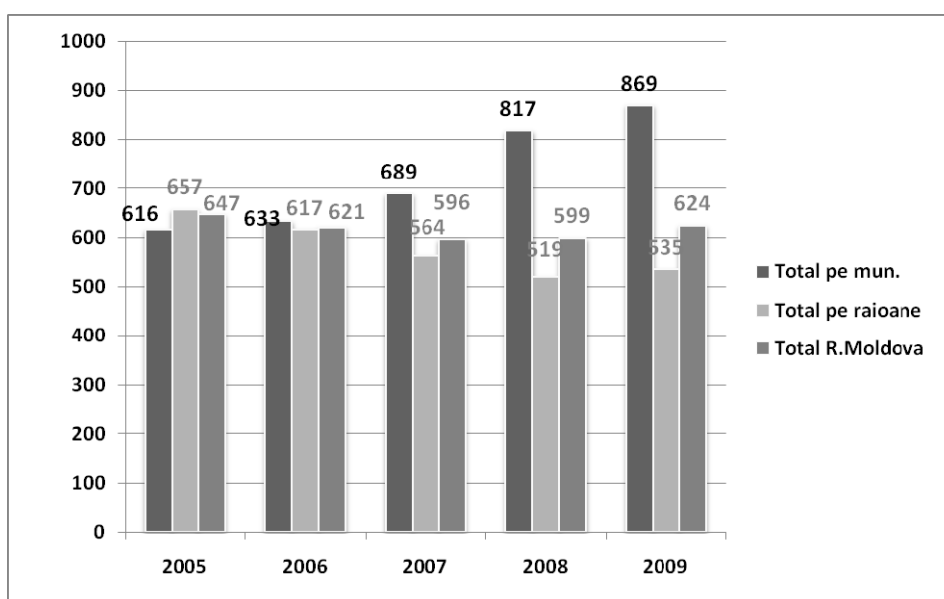
3.3.4. Incidența și prevalența prin tulburări mintale

Din anul 2007 a fost lansat Programul Național privind sănătatea mintală pentru anii 2007-2011 (HG RM nr. 353 din 30.03.2007). În Republica Moldova sunt 3 centre de sănătate mintală, atestate medical.

Asigurarea gratuită a bolnavilor de boli psihice endogene cu preparate psihotrope pe perioada 2005-2009 are o tendință semnificativă spre creștere. Dacă în an. 2005 au fost alocați 1867,2 mii Lei, în an.2009 această sumă crește pînă la 14 637,6 mii Lei, ceea ce este comparativ de 7,8 ori mai mare.

Necătând că acest indicator este relativ constant pe parcursul anilor supuși studiului, incidența tulburărilor mintale în raport cu mediul de reședință diferă semnificativ, crescînd de 1,4 ori în municipii de la 616,0 cazuri la 100 mii locuitori pînă la 869,0 cazuri la 100 mii locuitori și scăzând de 0,8 ori în raioane de la 657,0 cazuri la 100 mii locuitori la 535,0 cazuri la 100 mii locuitori (*Graficul 50*).

Graficul 50. Dinamica incidenței prin tulburări mintale în Republica Moldova, municipii și raioane, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori



Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

Este îngrijorător faptul ca valoarea mediei incidenței prin tulburări mintale la copii este mai înaltă de 1,3 ori decât la adulți (737,4 cazuri la 100 mii copii și 582,2 cazuri la 100 mii adulți, respectiv). Acest fapt necesită a fi studiat, cu elaborarea unor activități ulterioare spre reducerea ratei tulburărilor mintale la copii.

Clasificarea raioanelor după valoarea medie a scos în evidență că majoritatea raioanelor (77,1%) cu excepția raionului Telenești au un nivel foarte mic și mic de incidență a tulburărilor mintale și de comportament (Tabelul 24). Recomandăm o analiză a cauzelor ratei înalte a incidenței tulburărilor mintale în raionul Telenești, care poate fi motivată și de anumite erori în clasificare și evidență la nivel local.

Tabelul 24. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței tulburărilor mintale, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori

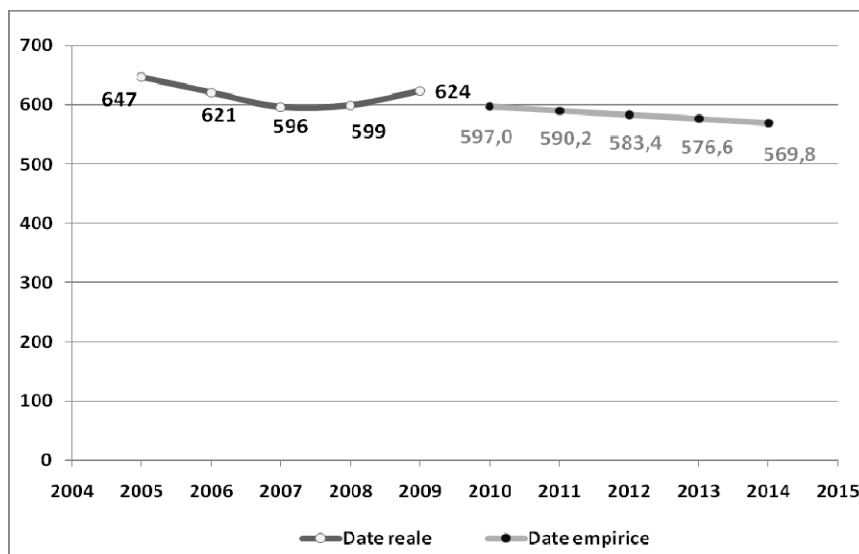
Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (266,6-468,8)	13	Cahul; Vulcănești; Rezina; Hîncești; Ocnîța; Cantemir; Leova; Fălești; Căușeni; Florești; Ialoveni; Comrat; Șoldănești;
Mic (468,8-671,0)	14	Soroca; Taraclia; Orhei; Nisporeni; Strășeni; Dondușeni; Călărași; Anenii Noi; Dubăsari; Drochia; Ceadr-Lunga; Ungheni; Cimișlia, Basarabeasca
Mediu (671,0-873,1)	7	Ștefan-Vodă, Criuleni, Briceni, Sîngerei, Edineț; Glodeni; Rîșcani
Înalt (873,1-1075,3)		
Foarte înalt (1075,3-1277,5)	1	Telenești

Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

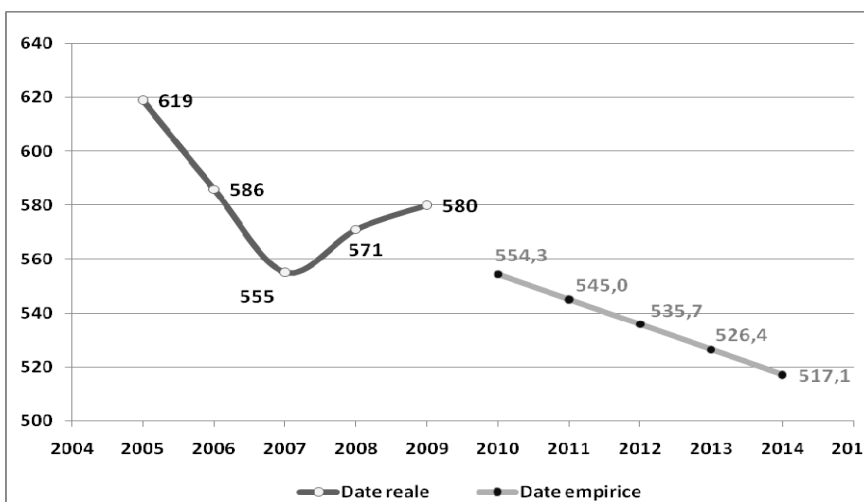
Trebuie de menționat că, dacă în an. 2005 raportul dintre indicatorii mediului rural și mediul urban a fost de 1,0:1,1, atunci în an. 2009 acest raport este de 1,0:0,8, indicînd îmbunătățirea situației la nivel urban.

Prognostarea incidenței tulburărilor mintale prezintă o scădere către anul 2014 în toate grupurile de vîrstă (Graficele. 51-53), ce contravine datelor mondiale, stipulate în raportele OMS.

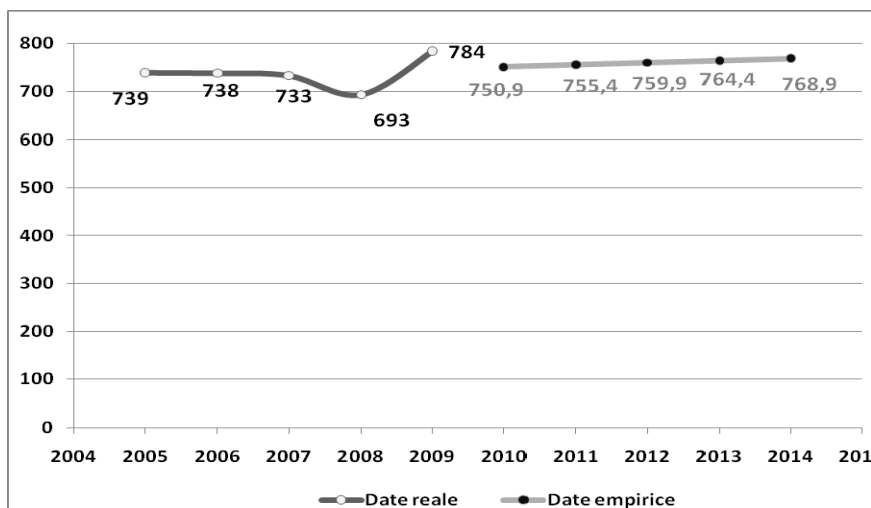
Graficul 51. Prognostarea incidenței tulburărilor mintale, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori



Graficul 52. Prognostarea incidenței tulburărilor mintale la adulți, 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți



Graficul 53. Prognostarea incidenței tulburărilor mintale la copii, 2010-2014, cazuri la 100 mii copii



Sursa pentru Graficele 51-53: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Tulburările mintale și de comportament în structura prevalenței globale ocupă locul IV și constituie 7,2% cu rata de 4310 cazuri la 100 mii locuitori în an. 2005, acest fenomen are tendința de creștere cu 9,5% către an. 2008 (4719 la 100 mii locuitori), urmată de o scădere neînsemnată în an. 2009 pînă la 4549,0 la 100 mii.

Spre deosebire de incidența tulburărilor mintale, în cazul prevalenței tulburărilor mintale numai jumătate din raioane (16) au un nivel foarte mic și mic, pe cînd 1/3 are nivel mediu al prevalenței (Tabelul 25). Analizînd gradul de asigurare cu medici psihiatri la nivel raional, observăm că nivelul mic și mediu al indicatorului prevalenței prin tulburări mintale este specific raioanelor în care lipsesc specialiștii acestui domeniu. Decalajul indicatorilor înregistrați în raioanele unde lipsesc acești specialiști comparativ cu raioanele în care activează psihiatri ne face să concluzionăm că, în primul caz, indicatorii declarați nu reflectă situația reală.

Tabelul 25. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței prin tulburări mintale, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (2716,5-3262,2)	3	Dubăsari; Ialoveni; Cahul
Mic (3262,2-3807,9)	12	Nisporeni; Briceni; Fălești; Hîncești; Cantemir; Vulcănești; Călărași; Fîlorești; Rîșcani; Strășeni; Ungheni; Ocnîța
Mediu (3807,9-4353,5)	13	Comrat; Criuleni; Drochia; Telenești; Edineț; Rezina; Glodeni; Soroca; Cimișlia; Căușeni; Șoldănești; Ștefan-Vodă; Taraclia
Înalt (4353,5-4899,2)	5	Sîngerei; Anenii Noi; Orhei; Leova; Dondușeni
Foarte înalt (4899,2-5444,9)	2	Basarabeasca; Ceadîr-Lunga

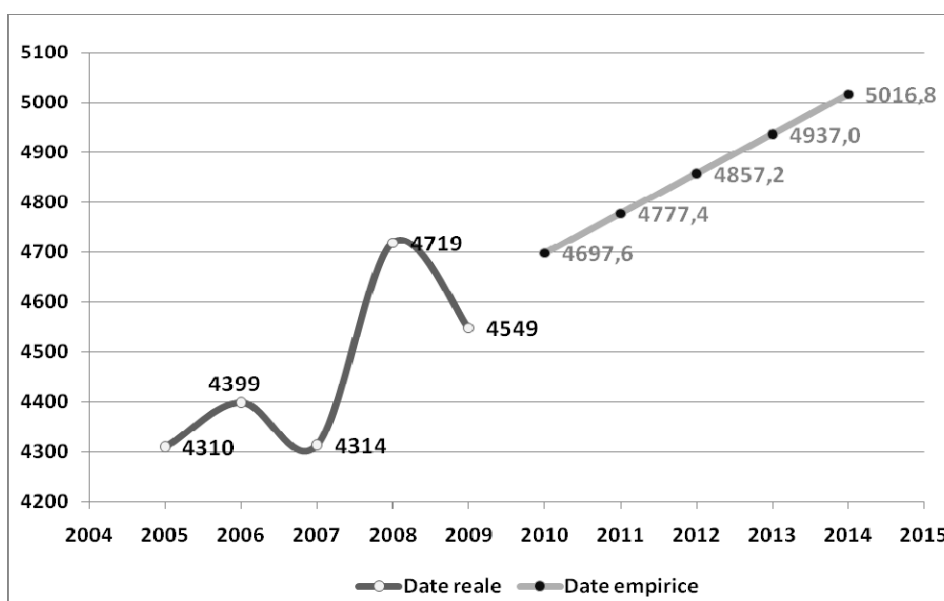
Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

La adulți tulburările mintale și de comportament constituie 13,1% din toate maladiile și ocupă locul III după bolile aparatului circulator și bolile aparatului digestiv. Trebuie de menționat, că nivelul prevalenței la adulți are tendința de creștere pînă în an. 2008 (Republica Moldova, nivel municipal și raional).

La copii nivelul prevalenței prin tulburări mintale în municipii în an. 2009 are tendința de creștere de 1,4 ori, comparativ cu an. 2005 (3973,0 și 2586,0 cazuri la 100 mii copii, respectiv).

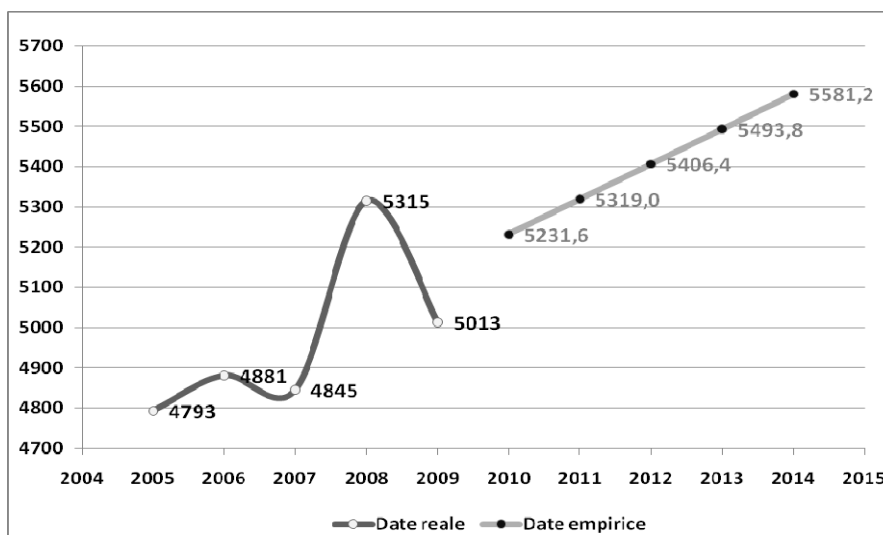
Regresia liniară ne arată că în toate grupurile mari de vîrstă se așteaptă o creștere a prevalenței tulburărilor mintale către anul 2014 (*Graficele* 54-56).

Graficul 54. Prognozarea prevalenței tulburărilor mintale, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori

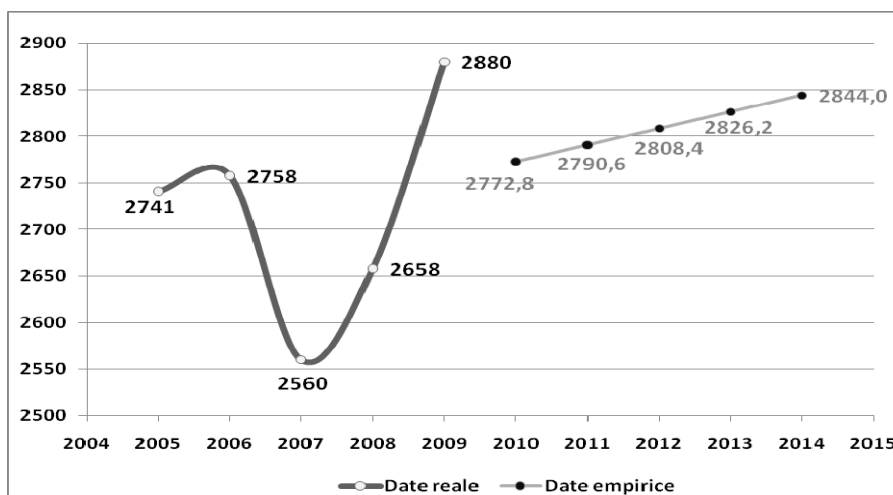


Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Graficul 55. Prognozarea prevalenței tulburărilor mintale la adulți, 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți



Graficul 56. Prognozarea prevalenței tulburărilor mintale la copii, 2010-2014, cazuri la 100 mii copii



Sursa pentru Graficele 55-56: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

3.3.5. Incidența și prevalența prin alcoolism

Incidența prin alcoolism pe Republica Moldova se menține la un nivel mediu pentru an. 2005-2008 de 114,3 cazuri la 100 mii locuitori, cu valoarea cea mai mare de 129,2 în an. 2009 și cea mai mică de 106,8 la 100 mii în an. 2006. Cota medie a femeilor constituie 16,6% cu cota cea mai mică - de 15,3% în an. 2007 și cea mai mare - de 18,4% - în an. 2008.

Incidența la nivel raional este de 2,2 ori mai mare decât la nivel municipal în an. 2005, avînd tendință spre scădere în an. 2009 (de 0,9 ori).

Clasificarea raioanelor conform nivelului mediu al incidenței prin alcoolism ne denotă că 58,9% din raioane au un nivel foarte mic și mic al incidenței (Tabelul 26).

Tabelul 26. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței prin alcoolism, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (37,0-83,0)	7	Taraclia; Vulcănești; Strășeni; Cahul; Hîncești; Șoldănești; Soroca
Mic (83,0-128,9)	16	Florești; Glodeni; Telenești; Rîșcani; Ungheni; Edineț; Leova; Călărași; Briceni; Drochia; Fălești; Criuleni; Rezina; Dubăsari; Ocnîța; Căușeni
Mediu (128,9-174,9)	6	Ialoveni; Comrat; Dondușeni; Basarabeasca; Cantemir; Anenii Noi
Înalt (174,9-220,8)	5	Cimișlia; Orhei; Ceadr-Lunga; Nisporeni; Ștefan-Vodă;
Foarte înalt (220,8-266,8)	1	Sîngerei

Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

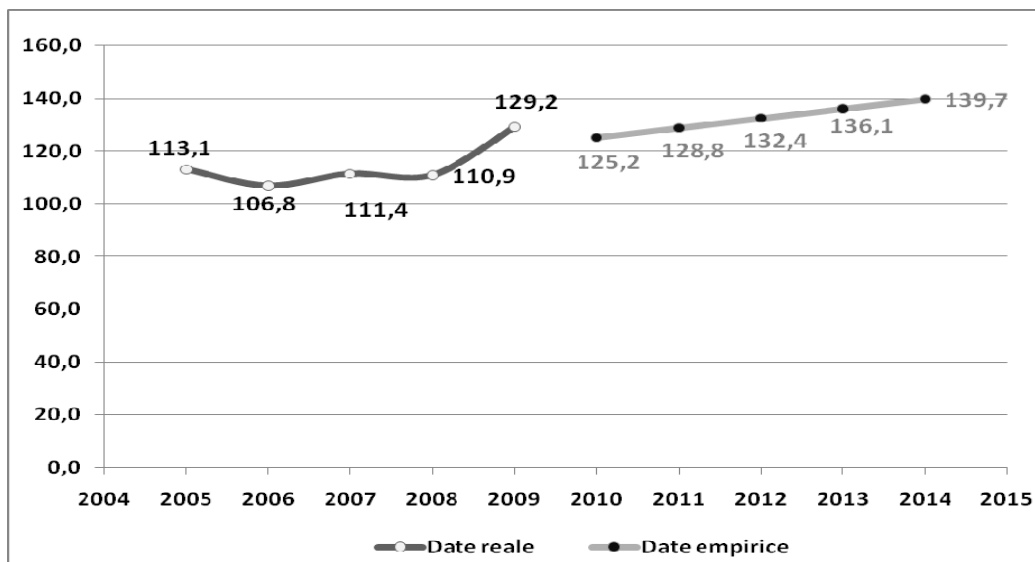
Cota medie a femeilor cu alcoolism la nivel raional constituie 18,6% (cu valoarea cea mai mică - de 17,2% - în an. 2005 și cea mai mare - de 20,0% - în an. 2009).

Aceste date sunt alarmante, deoarece alcoolismul la femei pune în pericol direct fertilitatea acestora, precum și sănătatea viitoarelor generații.

La nivel municipal cota medie a femeilor cu alcoolism este de 10,0%, cu valoarea cea mai mică - de 4,6% - în an. 2007 și valoarea maximă - de 13,1% - în an. 2008. Este o diferență prea bruscă și necesită cercetarea mai detaliată a cauzelor (poate fi motivată de diferențe în evidența statistică sau în colectarea datelor).

La alcătuirea trendului se constată o perspectivă de creștere a incidenței prin alcoolism către an. 2014 (*Graficul 57*).

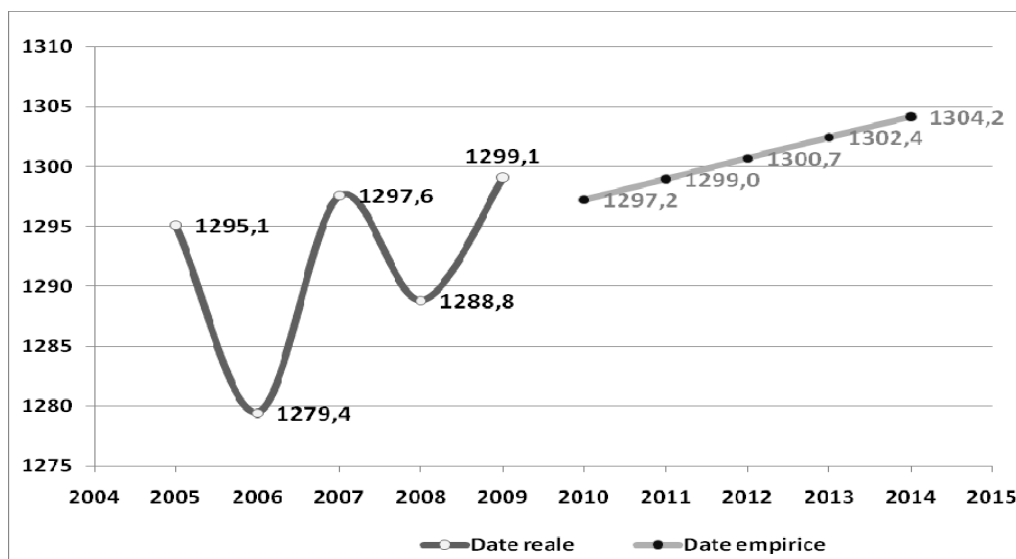
Graficul 57. Prognozarea incidenței prin alcoolism, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Prevalența prin alcoolism în an. 2009 comparativ cu an. 2005 la fel, ca și în cazul incidenței, este relativ stabilă pe Republica Moldova (1299,1 și 1295,1 la 100 mii, respectiv), iar la nivel municipal se observă o creștere cu 12,9% (1034,8 și 916,5 la 100 mii, respectiv). Pentru an. 2014 se așteaptă o creștere neînsemnată a prevalenței prin alcoolism (*Graficul 58*).

Graficul 58. Prognozarea prevalenței prin alcoolism, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Cota femeilor cu alcoolism, aflate în evidență, constituie în mediu pe Republica Moldova 16,4% cu valoarea cea mai mică de 15,9% în an. 2009 și cea mai mare de 16,8 în an. 2005 și 2006. La nivel raional acest indicator constituie în mediu 16,6% cu valoarea maximă de 16,9% în an. 2005 și minimă de 16,4% în

an. 2007 și 2008. La nivel municipal, media anuală pentru perioada de analiză este de 15,8% cu valoarea cea mai mică - de 13,4% - în an. 2009 și cea mai mare - de 17,3% - în an. 2006.

Stabilitatea indicatorilor înregistrați pe parcursul perioadei de analiză, precum și tendința de creștere a curbei, ne confirmă faptul că măsurile întreprinse în acest domeniu din partea sistemului de sănătate publică nu sunt suficiente.

3.3.6. Incidența și prevalența prin narcomanie

În perioada 2007-2009 a fost implementat Planul de acțiuni cu privire la combaterea narcomaniei și narcobusiness-ului (HG RM nr. 314 din 17.03.2007). Cu regret, nu există o evidență clară privind finanțarea realizată în cadrul acestui program, precum și despre cost-eficiența măsurilor realizate.

Incidența prin narcomanie pe Republica Moldova în an. 2009 a crescut cu 23,5% comparativ cu an. 2005 (35,2 și 28,5 cazuri la 100 mii locuitori, respectiv).

La nivel municipal se denotă o creștere neînsemnată cu 5,9% (92,8 cazuri în 2005 și 104,2 cazuri la 100 mii locuitori în 2009). La nivel raional se observă o creștere de 2,6 ori în an. 2009, comparativ cu an. 2005 (10,8 cazuri în an. 2009 și 4,1 cazuri la 100 mii locuitori în 2005).

La clasificarea raioanelor, conform nivelului incidenței prin narcomanie, s-a constatat că 94,3% din raioane au un nivel foarte mic și mic, doar 2 raioane (Ialoveni și Basarabeasca) au nivel foarte înalt de afectare (Tabelul 27).

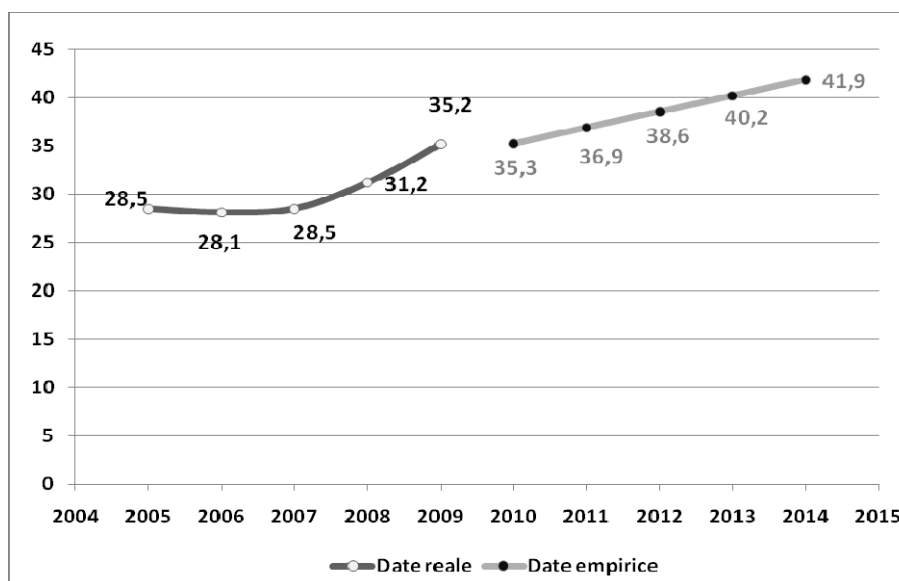
Tabelul 27. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței prin narcomanie, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (2,2-9,7)	24	Telenești; Cantemir; Dubăsari; Rezina; Florești; Briceni; Sîngerei; Hîncești; Șoldănești; Rîșcani; Glodeni; Fălești; Drochia; Leova; Căușeni; Criuleni; Dondușeni; Orhei; Taraclia; Sorooca; Ocnîța; Cahul; Strășeni; Vulcănești;
Mic (83,0-128,9)	9	Cimișlia; Comrat; Ștefan-Vodă; Edineț; Nisporeni; Anenii Noi; Ceadrî-Lunga; Călărași; Ungheni;
Mediu (128,9-174,9)	-	-
Înalt (174,9-220,8)	-	-
Foarte înalt (220,8-266,8)	2	Ialoveni; Basarabeasca

Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Conform prognozei, prin metoda regresiei liniare, determinăm că incidența narcomaniei pe Republica Moldova va crește către an. 2014 de 1,2 ori, comparativ cu 2009 (*Graficul 59*).

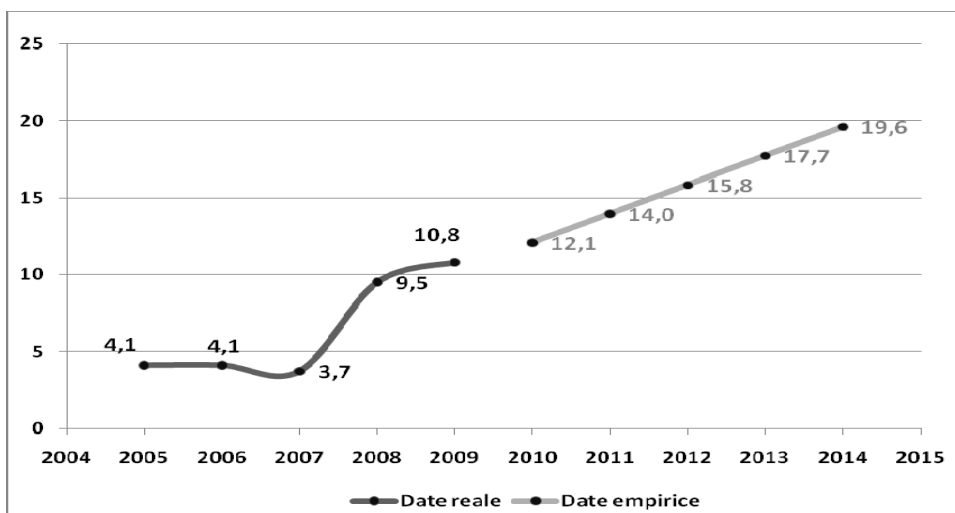
Graficul 59. Prognozare incidenței prin narcomanie, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

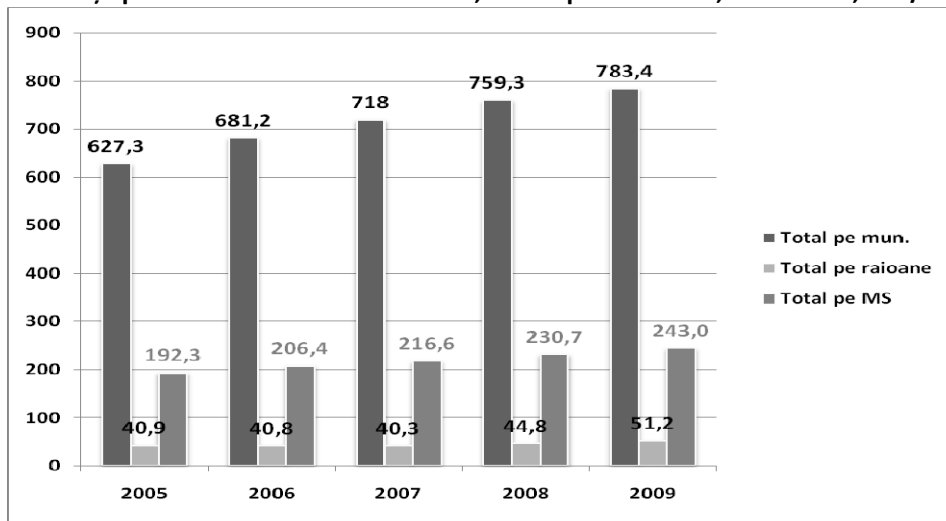
Este alarmant faptul că tempoul de creștere a incidenței prin narcomanie la nivelul raional este de 1,8 ori mai mare decât cel pe municipii (*Graficul 60*).

Graficul 60. Prognozarea incidenței prin narcomanie la nivel raional, 2010-2014, caz. la 100 mii locuitori



Prevalența prin narcomanie are tendință de creștere pe Republica Moldova, atât în municipii cât și în raioane (*Graficul 61*).

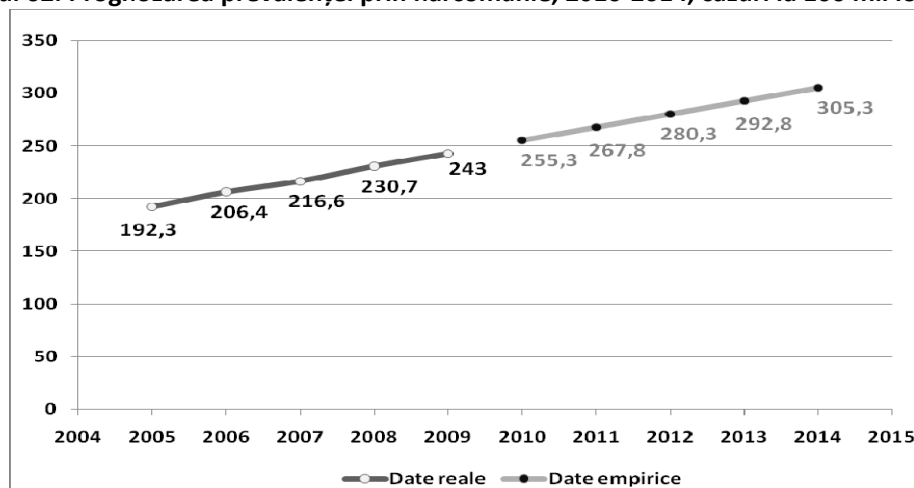
Graficul 61. Prevalența prin narcomanie în R.Moldova, municipii & raioane, 2005-2009, caz./100 mii loc.



Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

Prognozarea prevalenței prin narcomanie, similar incidenței, ne demonstrează o creștere a numărului de cazuri (*Graficul 62*).

Graficul 62. Prognozarea prevalenței prin narcomanie, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori



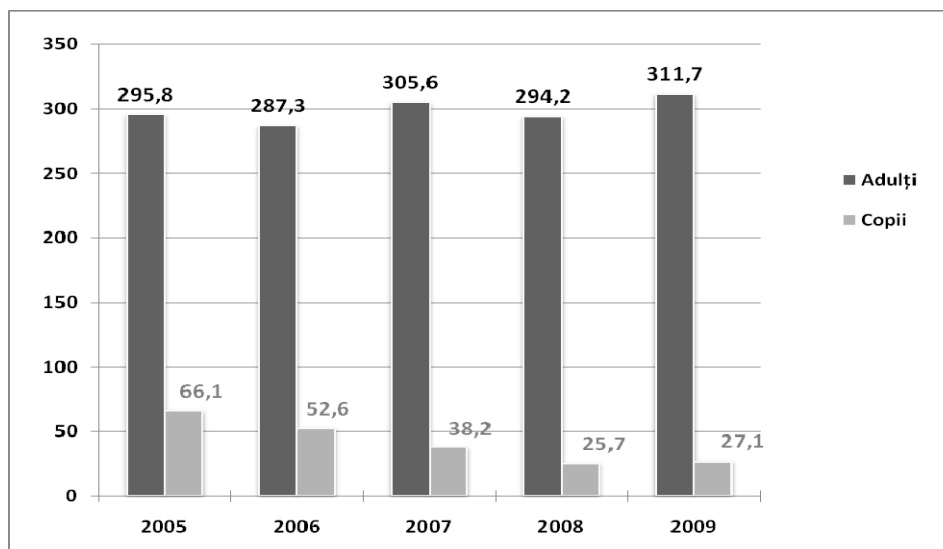
Sursa pentru graficele 60, 62: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Lupta cu narcomania este o problemă care trebuie să implice multe domenii ale vieții sociale, și mai întâi de toate cel educațional. Indicatorii alarmanți în creșterea acestui fenomen demonstrează că activitățile educaționale și de promovare a modului sănătos de viață au fost realizate insuficient în rândurile populației și necesită o fortificare esențială.

3.3.7. Incidența și prevalența prin cirozele hepatice și hepatite

Cirozele hepatice fac parte din bolile aparatului digestiv, care în structura incidenței generale ocupă locul VI (5,5%). Analiza datelor ne demonstrează că incidența prin ciroze hepatice în an. 2009 a crescut cu 3,2%, comparativ cu an. 2005 (249,7 cazuri la 100 mii locuitori în 2009 și 241,7 cazuri în 2005). La nivelul municipal acest fenomen a avut tendința de descreștere de la 179,1 cazuri la 100 mii locuitori în an. 2005 pînă la 153,3 cazuri la 100 mii locuitori în an. 2009. Caracteristica după grupele mari de vîrstă a scos în evidență că la adulți, indicatorul este de 4,5 ori mai mare decât la copii (*Graficul 63*).

Graficul 63. Incidența prin ciroze hepatice în grupele mari de vîrstă, 2005-2009, caz. la 100 mii locuitori



Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

Clasificarea raioanelor (tabelele 28-30) după nivelul morbidității, ne denotă că raionul Cantemir are un nivel foarte înalt al incidenței în toate grupele de vîrstă, iar raionul Călărași este cu un nivel înalt al incidenței totale și la adulți. Acest fapt impune necesitatea unor analize mai detaliate a cauzelor morbidității înalte prin aceste maladii, condițiilor de trai și de mediu în teritoriile respective.

Tabelul 28. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței prin ciroze și hepatite, 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (124,3-204,2)	8	Briceni; Căușeni; Drochia; Soroca; Fălești; Leova; Cimișlia; Cahul;
Mic (204,2-284,1)	10	Vulcănești; Rezina; Anenii Noi; Ștefan-Vodă; Taraclia; Dondușeni; Nisporeni; Rîșcani; Ocnița; Edineț;
Mediu (284,1-364,0)	8	Sîngerei; Ungheni; Ceadr-Lunga; Orhei; Strășeni; Hîncești; Șoldănești; Basarabeasca;
Înalt (364,0-443,9)	8	Criuleni; Ialoveni; Telenești; Comrat; Glodeni; Florești; Dubăsari; Călărași;
Foarte înalt (443,9-523,8)	2	Cantemir;

Tabelul 29. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței prin ciroze și hepatite la adulți, 2005-2009, cazuri la 100 mii adulți

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (150,6-248,8)	9	Briceni; Drochia; Căușeni; Soroca; Fălești; Cimișlia; Leova; Cahul; Vulcănești;
Mic (248,8-347,1)	10	Rezina; Anenii Noi; Taraclia; Ștefan-Vodă; Dondușeni; Nisporeni; Ocnița; Edineț; Sîngerei; Rîșcani;
Mediu (347,1-445,4)	9	Ceadr-Lunga; Ungheni; Orhei; Strășeni; Basarabeasca; Șoldănești; Hîncești; Comrat; Telenești;
Înalt (445,4-543,7)	6	Criuleni; Glodeni; Ialoveni; Florești; Dubăsari; Călărași;
Foarte înalt (543,7-641,9)	1	Cantemir

Sursa pentru tabelele 28-29: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Tabelul 30. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al incidenței prin ciroze și hepatite la copii, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii copii

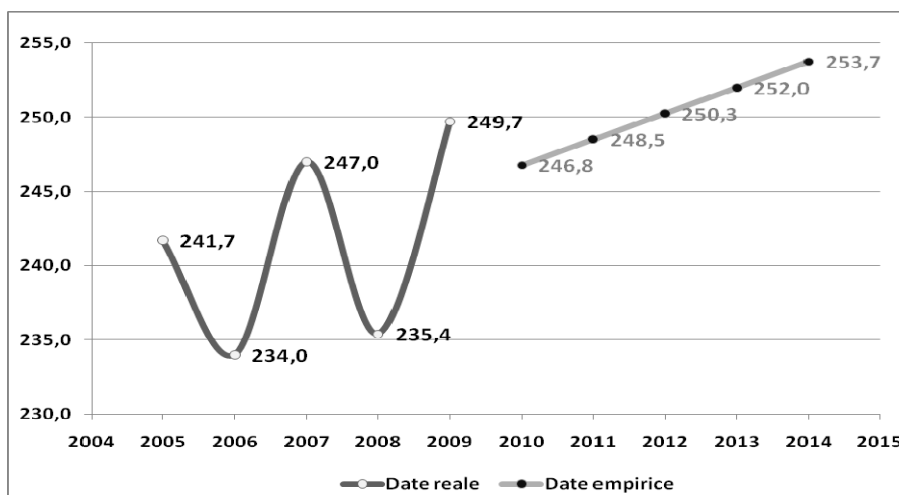
Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (8,2-43,9)	18	Rîșcani; Căușeni; Dondușeni; Ștefan-Vodă; Soroca; Drochia; Fălești; Leova; Edineț; Ungheni; Dubăsari; Orhei; Rezina; Șoldănești; Ialoveni; Cimișlia; Taraclia; Strășeni;
Mic (43,9-79,6)	11	Vulcănești; Cahul; Hîncești; Criuleni; Anenii Noi; Basarabeasca; Florești; Nisporeni; Călărași; Ocnîța; Sîngerei;
Mediu (79,6-115,3)	3	Telenești; Ceadăr-Lunga; Glodeni;
Înalt (115,3-151,0)	1	Comrat
Foarte înalt (151,0-186,7)	1	Cantemir

Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

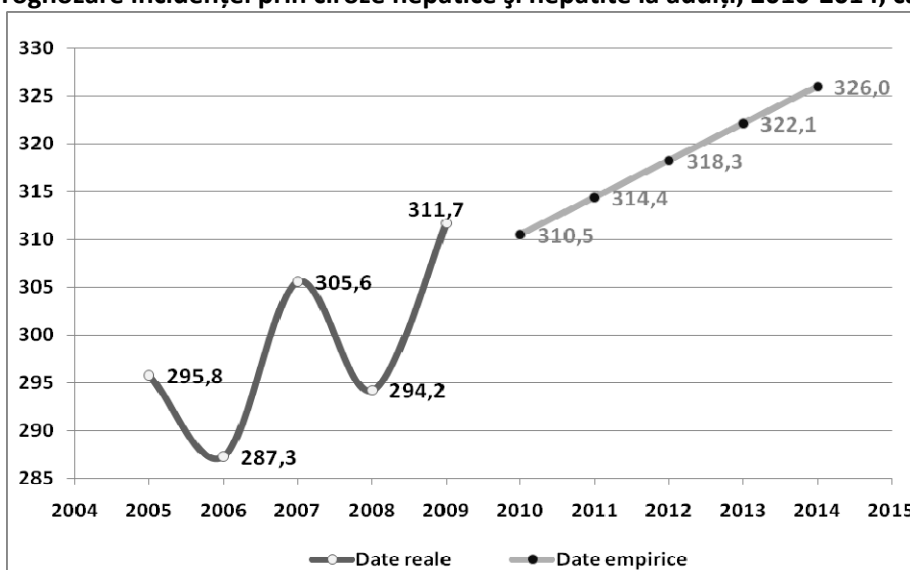
Din analiza efectuată la copii se observă, că incidența cirozelor hepatice la nivel raional comparativ cu nivelul municipal este de 2,6 ori mai mare în an. 2005 (municipiu - 29,3 cazuri la 100 mii copii, raion - 76,1 cazuri la 100 mii copii), și de 1,7 ori mai înaltă în an. 2009 (municipiu – 17,7 cazuri la 100 mii copii, raion – 29,6 cazuri la 100 mii copii).

La alcătuirea trendului incidenței, după metoda regresiei liniare, s-au depistat prognoze contradictorii: o creștere neînsemnată la nivel total și la adulți (*Graficele 64-66*) și o scădere considerabilă la copii pînă la dispariția totală, tendință care, considerăm că poate fi motivată și prin eficiența vaccinării obligatorii a copiilor de la naștere contra hepatitei virale B.

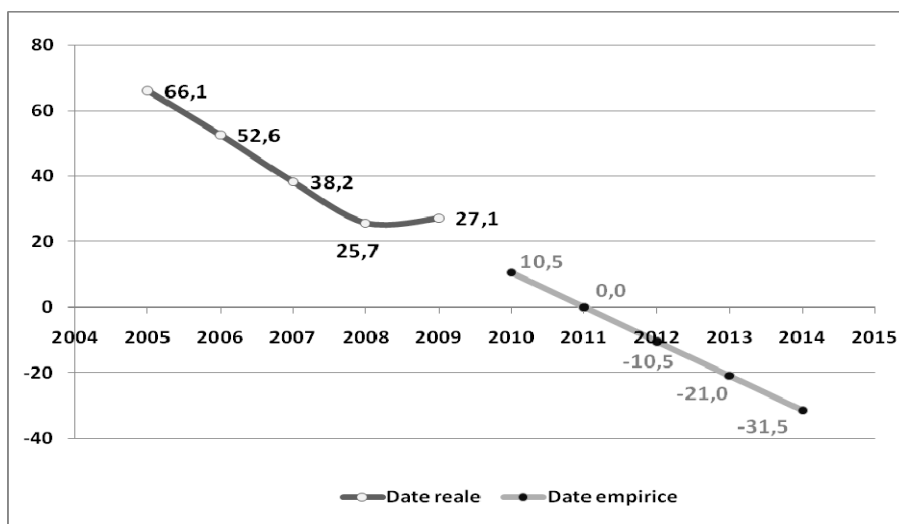
Graficul 64. Prognozarea incidenței totale prin ciroze hepatice și hepatite, 2010-2014, caz./100 mii loc.



Graficul 65. Prognozarea incidenței prin ciroze hepatice și hepatite la adulți, 2010-2014, caz./100 mii loc.



Sursa pentru graficele 64, 65: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Graficul 66. Prognozarea incidenței prin ciroze hepatice și hepatite la copii, 2010-2014, caz./100 mii copii


Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Prevalența prin ciroze hepatice în Republica Moldova în an. 2009 a crescut cu 18,1% comparativ cu an. 2005 (1922,4 cazuri la 100 mii locuitori și 1628,1 cazuri la 100 mii locuitori, respectiv). Acest fenomen are tendință de creștere atât la nivel municipal (de la 1126,3 cazuri la 100 mii locuitori în an.2005 la 1358,2 cazuri la 100 mii locuitori în an.2009), cât și la nivel raional (de la 1802,7 cazuri la 100 mii locuitori în an.2005 la 2103,4 cazuri la 100 mii locuitori în an. 2009).

La adulți prevalența prin ciroze hepatice și hepatite pe Republica Moldova în an. 2009 a crescut cu 20,1% comparativ cu an. 2005 (2394,3 cazuri la 100 mii adulți și 1994,4 cazuri la 100 mii adulți, respectiv), la nivel municipal a crescut cu 21,7% (1629,7 cazuri la 100 mii adulți și, respectiv, 1339,4 cazuri), la nivel raional cu 19,0% (2665,0 cazuri la 100 mii adulți și, respectiv, 2238,7 cazuri). Prevalența la nivel rural este de 1,6 ori mai mare decât la nivel municipal (valoarea medie pe perioada analizată – 2439,0 cazuri la 100 mii locuitori și, respectiv, 1510,0 cazuri la 100 mii locuitori).

Nu dispunem de indicatori care ne-ar permite să explicăm acest fenomen. Una din cauzele frecvente ale maladiilor hepatice (cirozei, în special) este consumul ridicat de alcool. Consumul de alcool din mediul rural, comparativ cu mediul urban, se evidențiază prin numărul mai ridicat de consumatori de alcool, datorită cantităților mari de vin produs în condiții casnice, volumul căruia nu se supune monitorizării oficiale.

La copii prevalența cirozelor hepatice și hepatitelor pe Republica Moldova a scăzut de 1,8 ori în an. 2009 comparativ cu an. 2005 (249,0 cazuri la 100 mii copii și, respectiv, 438,5 cazuri). Aceeași tendință se observă atât la nivel municipal cât și la nivel raional. Este alarmant faptul că la nivel raional prevalența prin ciroze și hepatite la copii este de 1,9 ori mai mare decât la nivel municipal (valoarea medie pe perioada analizată – 368,4 cazuri la 100 mii copii și, respectiv, 197,4 cazuri la 100 mii copii), și acest fapt necesită realizarea unor studii separate, care ar evidenția cauzele și factorii de risc existenți.

În cazul clasificării raioanelor după nivelul prevalenței cirozelor și hepatitelor observăm că un nivel foarte înalt îl atestă raionul Ceadâr-Lunga, care în cazul incidenței are un nivel mediu de afectare. Raionul Călărași rămîne cu un nivel înalt de afectare, pe cînd raionul Cantemir, în cazul prevalenței, este situat în nivelul mic de îmbolnăviri (Tabelele 31-33).

Tabelul 31. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței prin ciroze și hepatite, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (827,5-1504,3)	13	Briceni; Cahul; Cimișlia; Sîngerei; Fălești; Soroca; Ocnița; Drochia; Vulcănești; Căușeni; Edineț; Ungheni; Nisporeni;
Mic (1504,3-2181,1)	11	Dubăsari; Cantemir; Dondușeni; Rîșcani; Rezina; Ștefan-Vodă; Ialoveni; Criuleni; Strășeni; Leova; Basarabeasca;
Mediu (2181,1-2858,0)	8	Telenești; Florești; Hîncești; Șoldănești; Taraclia; Orhei; Glodeni; Comrat;
Înalt (2858,0-3534,8)	1	Anenii Noi
Foarte înalt (3534,8-4211,6)	2	Călărași; Ceadâr-Lunga;

Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Tabelul 32. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței prin ciroze și hepatite la adulți, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii adulți

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (1040,3-1859,9)	14	Briceni; Cahul; Cimișlia; Ocița; Sîngerei; Vulcănești; Fălești; Soroca; Drochia; Edineț; Căușeni; Cantemir; Ungheni; Nisporeni;
Mic (1859,9-2679,5)	10	Dubăsari; Dondușeni; Rezina; Rîșcani; Ștefan-Vodă; Strășeni; Ialoveni; Criuleni; Basarabeasca; Leova;
Mediu (2679,5-3499,1)	6	Hîncești; Telenești; Taraclia; Florești; Glodeni; Șoldănești;
Înalt (3499,1-4318,7)	3	Comrat; Orhei; Anenii Noi;
Foarte înalt (4318,7-5138,3)	2	Ceadr-Lunga; Călărași;

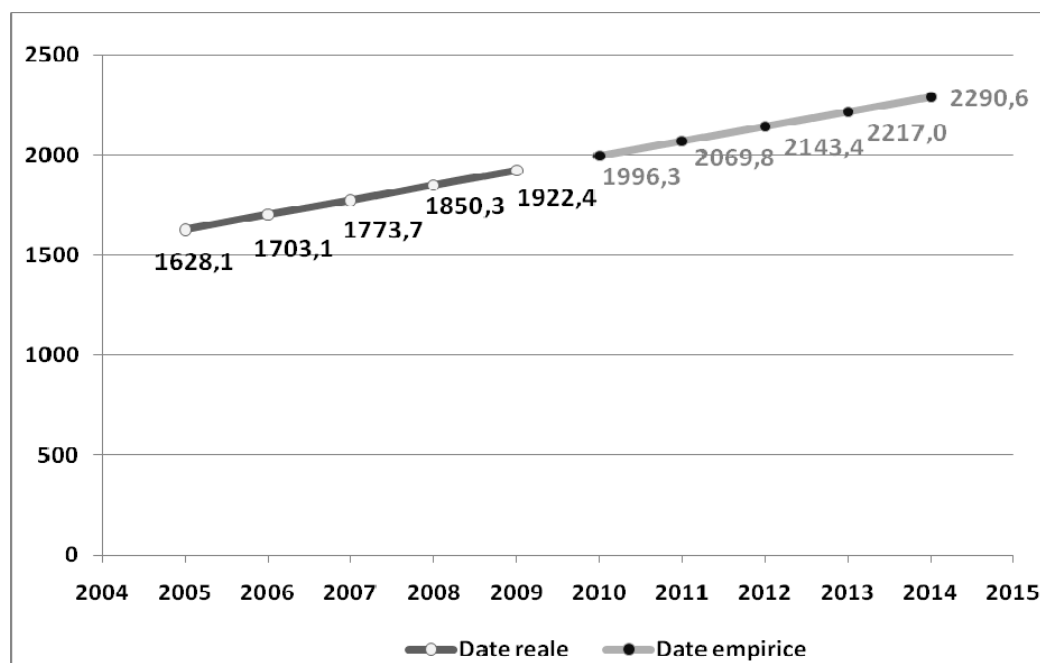
Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Tabelul 33. Clasificarea raioanelor după nivelul mediu al prevalenței prin ciroze și hepatite la copii, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii copii

Nivelul	Nr.	Raioanele
Foarte mic (40,0-323,5)	21	Briceni; Dondușeni; Soroca; Căușeni; Edineț; Rîșcani; Fălești; Ștefan-Vodă; Cahul; Drochia; Nisporeni; Ungheni; Dubăsari; Orhei; Criuleni; Cimișlia; Sîngerei; Călărași; Ialoveni; Leova; Florești;
Mic (323,5-607,0)	8	Vulcănești; Basarabeasca; Șoldănești; Ocița; Rezina; Glodeni; Telenești; Strășeni;
Mediu (607,0-890,5)	4	Taraclia; Anenii Noi; Hîncești; Comrat;
Înalt (890,5-1174,0)	1	Cantemir
Foarte înalt (1174,0-1457,5)	1	Ceadr-Lunga;

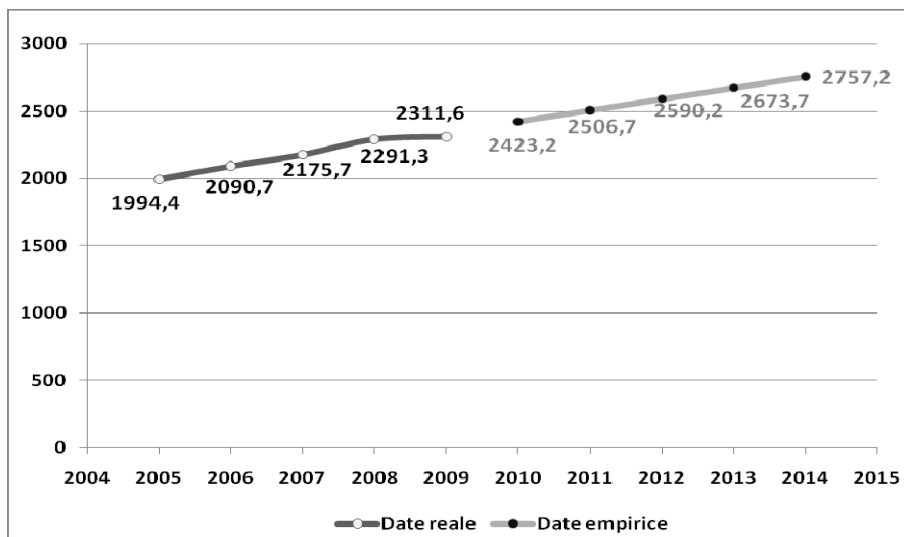
Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Prognostarea prevalenței prin ciroze și hepatite pentru anul 2014, prin metoda regresiei liniare, ne prezintă o creștere de 1,5 ori pe țară și la adulți (grf. 67-68) și, iarăși, o scădere considerabilă (pînă la (-) 39,7) la copii (*Graficul 67*), ceea ce poate fi motivat de perioada scurtă luată pentru alcătuirea trendului.

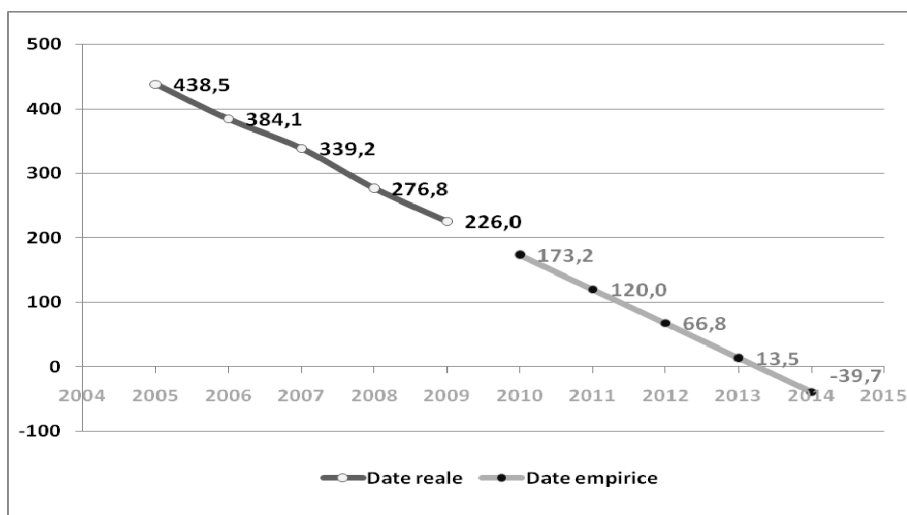
Graficul 67. Prognostarea prevalenței prin ciroze hepatice și hepatite, 2010-2014, caz. la 100 mii locuitori


Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Graficul 68. Prognozarea incidenței prin ciroze hepatice și hepatite la adulți, 2010-2014, caz./100 mii adulți



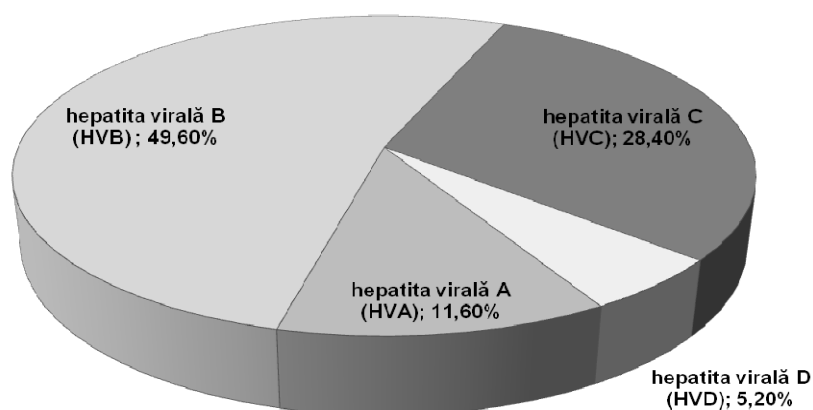
Graficul 69. Prognozarea incidenței prin ciroze hepatice și hepatite la copii, 2010-2014, caz./100 mii copii



Sursa pentru graficele 68-69: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

În anul 2009 au fost înregistrate 250 cazuri (7,0 cazuri la 100 mii locuitori) de hepatite virale acute. Structura morbidității se observă din [Graficul 70](#).

Graficul 70. Structura morbidității prin hepatitele virale, %



Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

Hepatita virală A (HVA) a constituit 11,6% (29 cazuri – 0,8 cazuri la 100 mii locuitori), hepatita virală B (HVB) - 49,6% (124 cazuri – 3,5 cazuri la 100 mii locuitori), hepatita virală C (HVC) – 28,4% (71 cazuri – 2,0 cazuri la 100 mii locuitori) și HVD – 5,2% (13 cazuri – 0,4 cazuri la 100 mii locuitori), purtători cronici al AgHBs - 1743 cazuri sau 48,9 cazuri la 100 mii locuitori.

Hepatite virale totale în an. 2005 înregistrau 44,7 cazuri, iar în an. 2009 – 7,0 cazuri la 100 mii locuitori, ceea ce denotă o scădere de 6,4 ori.

Din numărul total de hepatite virale acute hepatita virală A (HVA) constituie 11,6% (an. 2009), indicele morbidității constituind 0,8 cazuri la 100 mii locuitori. În comparație cu anul 2005, când au fost înregistrate 30,7 cazuri la 100 mii locuitori, a avut loc o scădere de 38,4 ori.

Ponderea copiilor de vârstă 0-17 ani constituie în mediu 65% din suma totală de bolnavi cu hepatita virală A acută. Acest fapt ne sugerează presupunerea unui nivel jos de educație igienică în rândurile tineretului.

Analiza și evaluarea evoluției multianuale a procesului epidemic al HVA denotă că reducerea morbidității de la 264,1 cazuri la 100 mii locuitori în anul 2003 până la 0,8 cazuri în 2009 coincide cu faza de descreștere a ciclului multianual de 5-7 ani caracteristic pentru Republica Moldova²³.

Pe parcursul anului 2009 au fost înregistrate 3,5 cazuri de HVB, în comparație cu anul 2005 când s-a semnalat 9,6 cazuri la 100 mii locuitori, ce indică o reducere de 2,7 ori. Concomitent, s-a redus și ponderea copiilor de vârstă 0-17 ani care a constituit 0,8% (1 caz) din numărul total al HVB.

În anul 2009 au fost înregistrate 71 cazuri de hepatita virală C ce constituie 2,0 cazuri la 100 mii locuitori, și 13 cazuri de hepatita virală D ori 0,4 cazuri la 100 mii locuitori. În comparație cu anul 2006 (111 cazuri HVC și 28 cazuri HVD) a avut loc o micșorare de 1,6 ori din cazuri de HVC și o reducere de 2,2 ori de HVD. La copii de 0-17 ani în 2009 au fost înregistrate numai 1 caz de HVC și nici 2 cazuri de HVD.

În scopul reducerii în continuare a incidenței prin hepatitele virale B, C și D acute și cronice și racordarea indicilor morbidității la nivelul majorității țărilor Comunității Europene a fost elaborat și aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1143 din 19.10.07 „Programul național de combatere a hepatitelor virale B, C și D pe anii 2007-2011 în Republica Moldova”. Nu există o evidență concretă cu referire la finanțarea și cost-eficiența tuturor măsurilor incluse în acest program.

3.3.8. Incidența și prevalența prin tuberculoză

În perioada de referință se realizează Programul național de control și profilaxie a tuberculozei pentru anii 2006-2010 (HG RM nr. 1409 din 30.12.2005).

Asigurarea gratuită din contul bugetului de stat cu preparate antituberculoase pe parcursul ultimilor ani a crescut simțitor: de la 1982,4 mii lei în an. 2005 până la 7627,4 mii lei în 2009.

Incidența globală prin tuberculoză pe Republica Moldova în an. 2009 a scăzut cu 9,2%, comparativ cu an. 2005 (106,9 cazuri la 100 mii locuitori și 116,0 cazuri la 100 mii locuitori, respectiv), la nivelul municipal – cu 23,4% (109,0 cazuri la 100 mii locuitori și, respectiv, 142,3 cazuri), la nivel raional este o tendință lentă de stabilizare a procesului (105,9 cazuri la 100 mii locuitori și, respectiv, 106,1 cazuri).

Cazurile noi de tuberculoză se înregistrează în 2/3 cazuri la bărbați (68,7%), în municipii însă acest indicator este mai mic decât la nivel raional (62,8% și, respectiv, 70,7%).

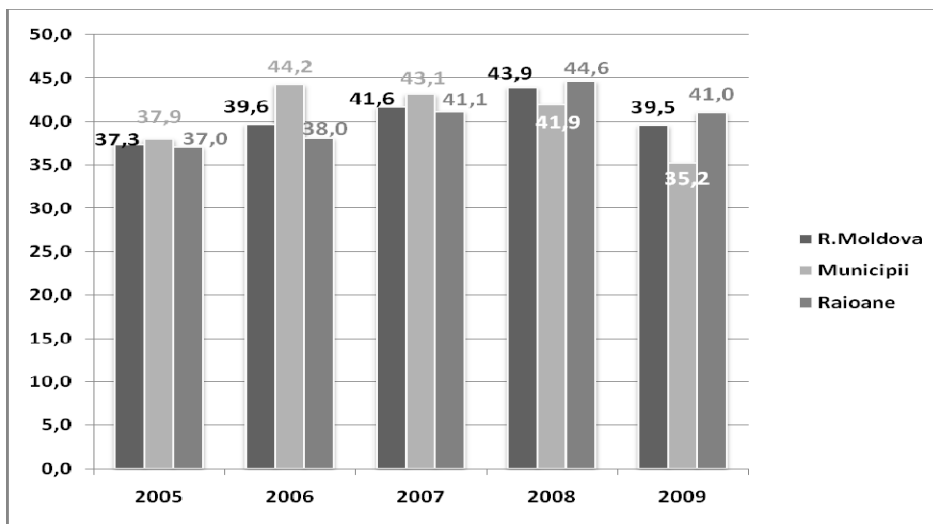
Cea mai afectată de tuberculoză este populația rurală din municipii. Valoarea medie a incidenței prin tuberculoză în municipii pe parcursul perioadei de studiu este de 148,9 cazuri la 100 mii locuitori, pe când același indicator pe raioane prezintă în medie 86,1 cazuri la 100 mii locuitori. Populația urbană din municipii înregistrează în mediu 96,5 cazuri la 100 mii pe parcursul perioadei 2005-2009, iar cea din raioane 88,9 cazuri la 100 mii locuitori.

S-a constatat că copiii din zonele municipale sunt mai afectați decât cei din regiunile rurale (13,0 și, respectiv, 9,4 cazuri la 100 mii), aceasta fiind explicat prin densitatea mai crescută a populației în localitățile municipale și, respectiv, riscul mai mare de îmbolnăvire.

Incidența prin forme bacilare are tendință de creștere în an. 2009 comparativ cu an. 2005: pe Republica Moldova – cu 5,9%, și la nivel raional – cu 10,8% iar la nivel municipal se denotă o scădere – cu 7,1% (*Graficul 70*).

²³ Raportul CNSPMP Starea sanitaro-igienică și epidemiologică în RM, an. 2009

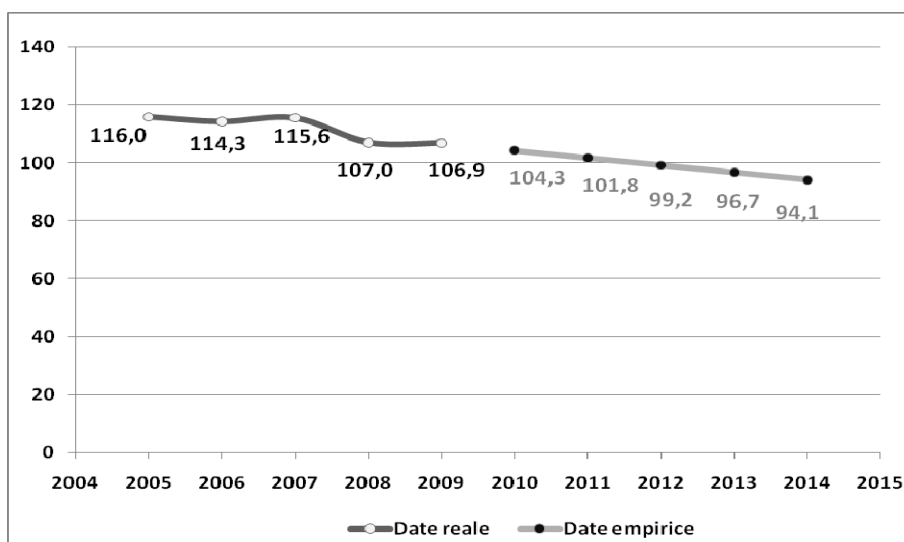
Graficul 71. Incidența formelor bacilare ale tuberculozei, 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori



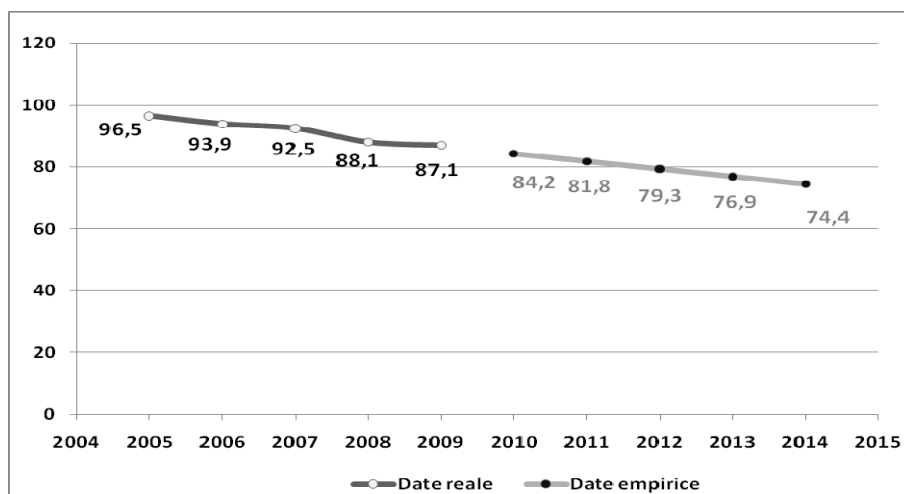
Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

Conform prognozei, prin metoda regresiei liniare, atât incidența globală cât și incidența primară prin tuberculoză au o tendință de descreștere (graficele 72-73), pe când incidența formelor bacilare va crește de 1,2 ori, ceea ce este un indicator foarte alarmant (Graficul 72).

Graficul 72. Prognozarea incidenței globale a tuberculozei, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori

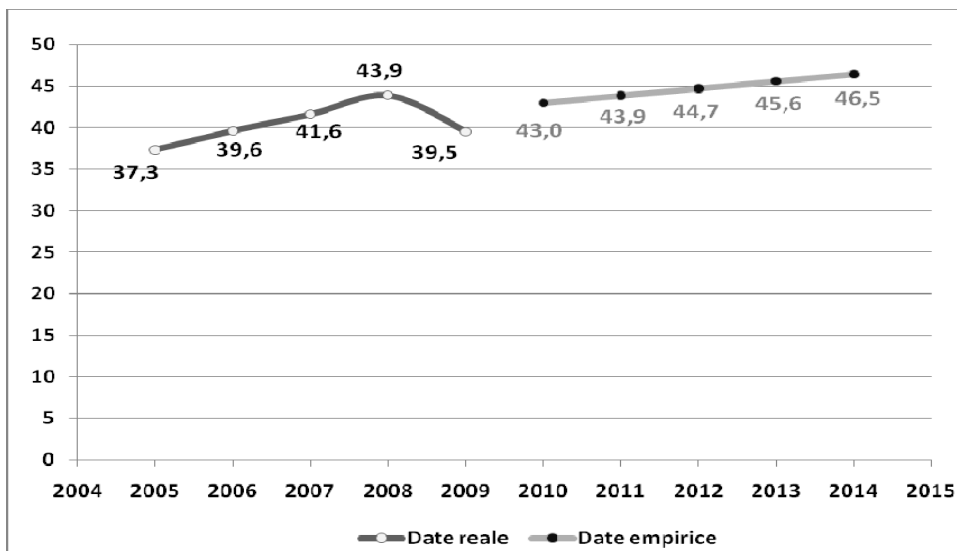


Graficul 73. Prognozarea incidenței primare a tuberculozei, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori



Sursa pentru graficele 72-73: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Graficul 74 . Prognozarea incidenței formelor bacilare a tuberculozei, 2010-2014, caz. la 100 mii loc.



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

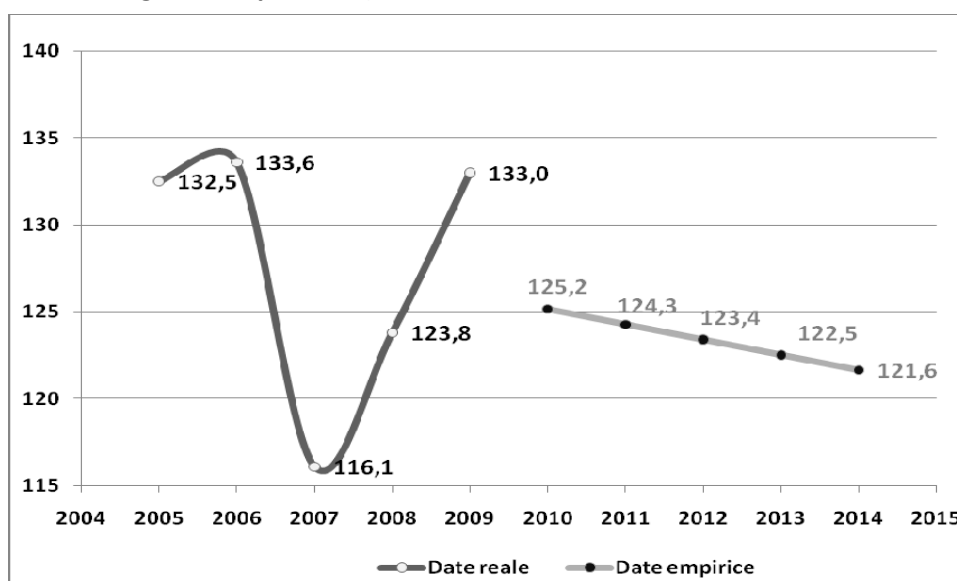
Prevalența prin tuberculoză este stabilă în dinamică în an. 2009 comparativ cu an. 2005 în Republica Moldova (133,0 cazuri la 100 mii locuitori și 132,5 cazuri la 100 mii locuitori, respectiv), însă în an. 2007 s-a înregistrat cel mai mic nivel de afectare 116,1 cazuri la 100 mii locuitori. La nivel municipal este înregistrată o descreștere cu 11,2%, pe când la nivel raional este o creștere cu 5,8%.

Ca și în cazul incidenței, prevalența prin tuberculoză la copii la nivel de municipii este mai înaltă decât la nivel raional (20,5 și 16,6 cazuri la 100 mii, respectiv).

Necâtând la descreșterea prevalenței generale, crește prevalența prin forme bacilare, ce reprezintă un fapt alarmant: în Republica Moldova cu 33,3% (82,8 cazuri la 100 mii locuitori în an. 2009 și 62,1 cazuri la 100 mii locuitori în an. 2005), la nivel municipal – cu 15,7% (87,7 în an. 2008 și 75,8 la 100 mii în an. 2005), la nivel raional – cu 12,4% (85,2 cazuri la 100 mii locuitori în an. 2009 și 75,8 cazuri la 100 mii locuitori în an. 2005), la nivel raional – cu 42,9% (81,9 cazuri la 100 mii locuitori în an. 2009 și 57,3 cazuri la 100 mii locuitori în an. 2005).

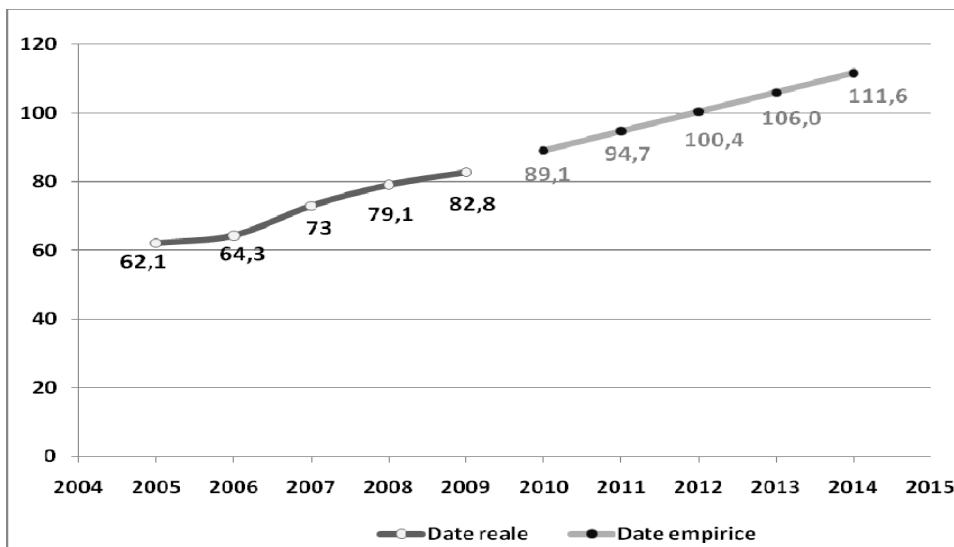
În cazul prevalenței se preconizează același trend ca în cazul incidenței: scăderea prevalenței totale fiind de 0,9 ori (*Graficul 75*) și creșterea prevalenței formelor bacilare de 1,3 ori (*Graficul 76*).

Graficul 75. Prognozarea prevalenței tuberculozei, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

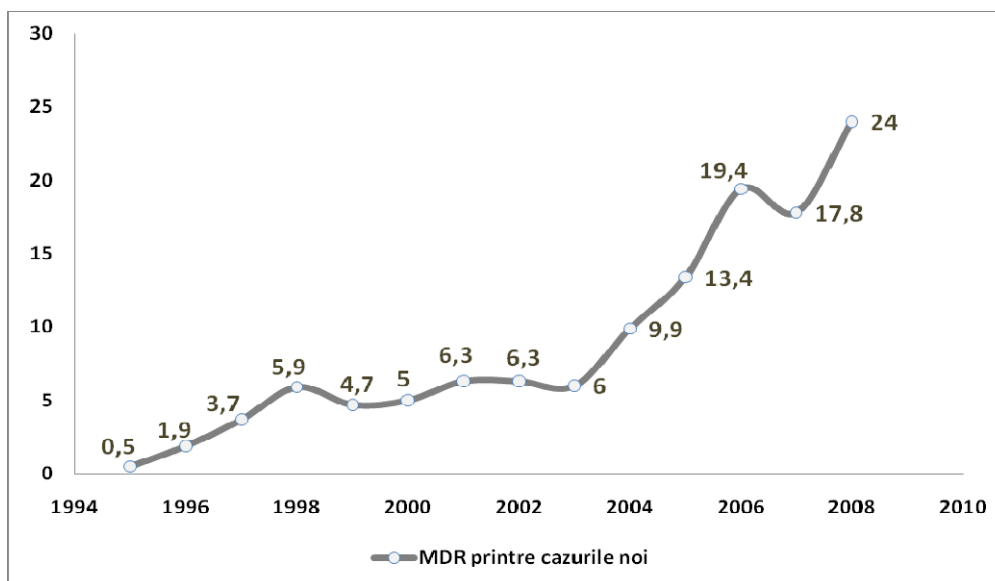
Graficul 76. Prognozarea prevalenței formelor bacilare a tuberculozei, 2010-2014, caz. la 100 mii loc.



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatare-publica.md

Un indicator alaramant este creșterea în ultimii ani a nivelului formelor multidrogrezistente (MDR) de tuberculoză, rata căreia constituie 42,97% din numărul total de bolnavi și 24% din cazurile noi (Graficul 77).²⁴

Graficul 77. Prevalența tuberculozei MDR printre cazurile noi, anii 1995 – 2009, procente



Sursa: Ministerul Sănătății

Una din cauzele majore a dezvoltării în progresie a acestui fenomen este responsabilitatea joasă a pacienților TB față de tratament, cu abandonul frecvent al acestuia, motivat de circumstanțe economice și sociale, nivel scăzut de educație și cultură a sănătății.

3.3.9. Incidența și prevalența infecției HIV și maladii SIDA

Monitorizarea situației epidemiologice în infecția HIV/SIDA se efectuează permanent de CNȘPMP și Centrele de Medicină Preventivă teritoriale. Supravegherea epidemiologică a infecției HIV/SIDA se efectuează în conformitate cu Standardul național ajustat la cerințele Uniunii Europene și sistematic se raportează despre fiecare caz în rețeaua Europeană (Centrul European de Prevenire și Control Maladiilor - EUROCCD).

²⁴ Datele oferite de Ministerul Sănătății

La nivel național se realizează *Programul de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pe anii 2006-2010* (HG RM nr. 948 din 05.09.2005).

Asigurarea gratuită din contul bugetului de stat cu preparate pentru tratamentul SIDA, profilaxia și tratarea HIV în an.2005 a fost de 680,4 mii lei, pe când în an.2009 au fost alocate 989,7 mii lei, ceea ce este de 1,4 ori mai mult. Datele colectate ne prezintă o creștere a indicatorilor legați de morbiditatea prin infecția HIV/SIDA, după cum este redat în tabelul 34.

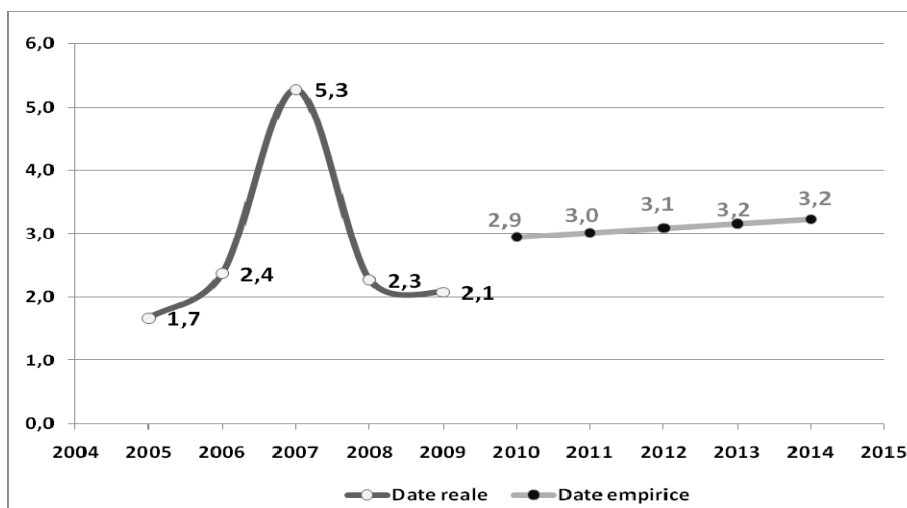
Tabelul 34. Morbiditatea prin infecția HIV/SIDA, anii 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori

Denumirea		2005	2006	2007	2008	2009	Sporul, %
SIDA	ind.	1,7	2,4	5,3	2,3	2,1	+24,6
Persoane infectate cu HIV (cumulativ)	ind.	59,6	69,2	80,5	92,9	104,9	+76,0
Persoane infectate cu HIV (incidența)	ind.	8,3	9,4	11,1	12,2	11,8	+48,0
Persoane HIV pozitive donatori	ind.	0,3	0,5	0,7	0,2	1,2	+334,4
	% din totalul de donatori	0,02	0,03	0,04	0,01	0,06	+200,0

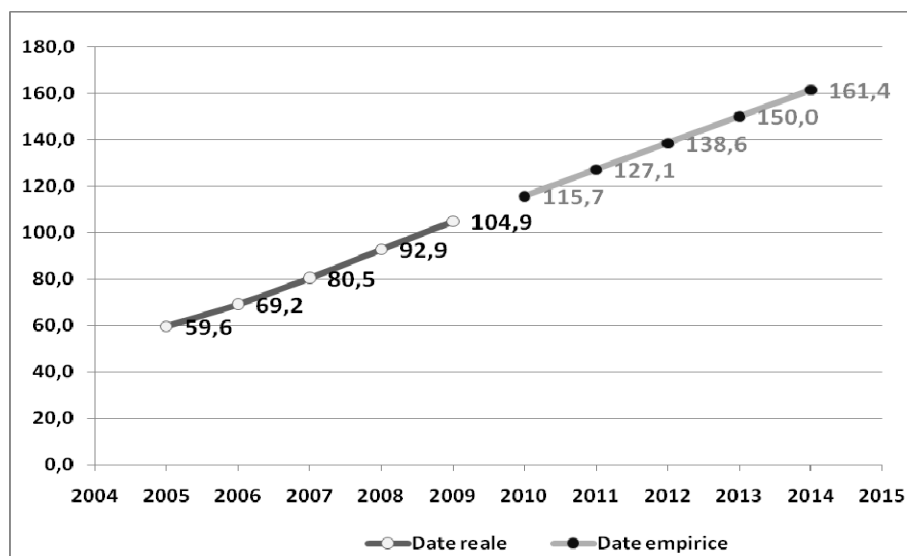
Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Așa dar, toți indicatorii capitolului HIV/SIDA sunt în creștere. Este alarmant timpul de creștere la toate categoriile, dar în deosebi în rândul donatorilor. La prognozarea prin metoda regresiei liniare constatăm o majorare a tuturor indicatorilor enumerați mai sus (*Graficele 78-80*).

Graficul 78. Prognozarea prevalenței suferinzilor de SIDA, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori

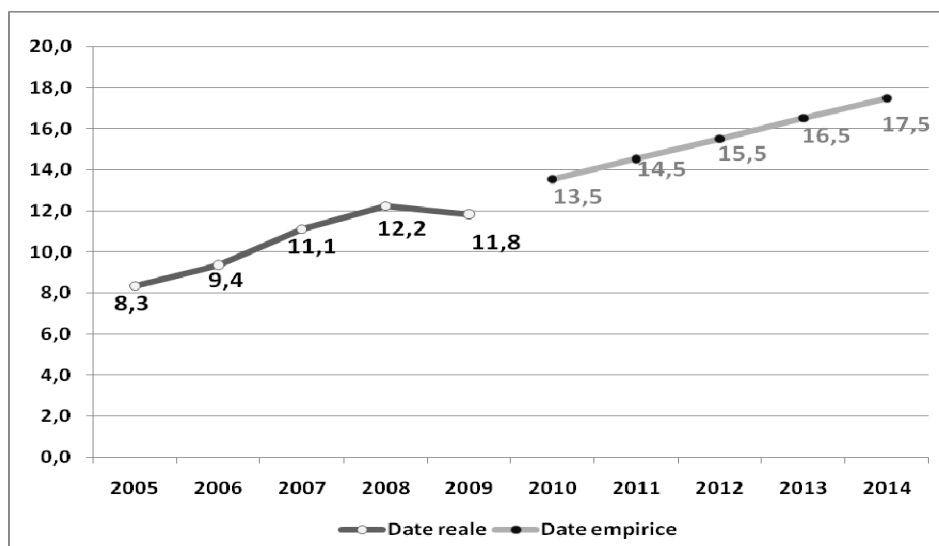


Graficul 79. Prognozarea prevalenței persoanelor cu HIV, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori



Sursa pentru graficele 78-79: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Graficul 80. Prognozarea incidenței purtătorilor de HIV, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

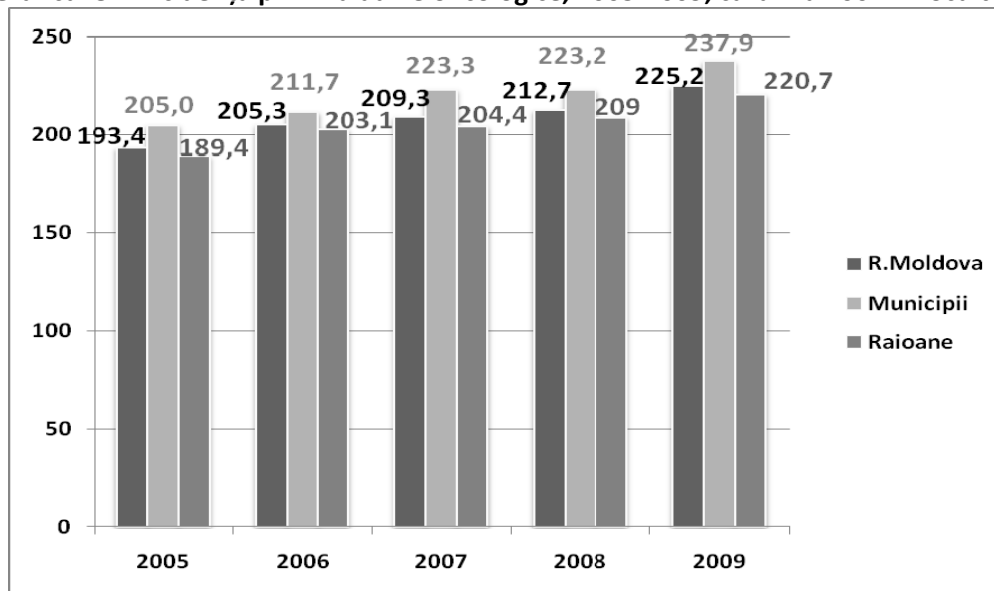
La analiza cazurilor infectării cu HIV a femeilor gravide s-a constatat că ponderea femeilor gravide infectate cu HIV crește în dinamică de la 146 cazuri la 100 mii femei gravide în 2005 la 168 cazuri la 100 mii femei gravide în 2009, astfel atestăm o creștere cu 15% a acestui indicator.

Prezintă interes incidența infecției HIV/SIDA în rândul femeilor gravide în vârstă de 15-24 ani, dar care nu poate fi calculată, deoarece nu sunt date cu privire la numărul absolut de femei gravide de vârsta respectivă.

3.3.10. Incidența și prevalența prin maladiile oncologice

Incidența prin maladiile oncologice are tendință de creștere în an. 2009 comparativ cu an. 2005 la toate nivelurile teritoriale: în Republica Moldova – cu 16,4%, în municipii – cu 16,0%, pe raioane – cu 16,5% (*Graficul 81*).

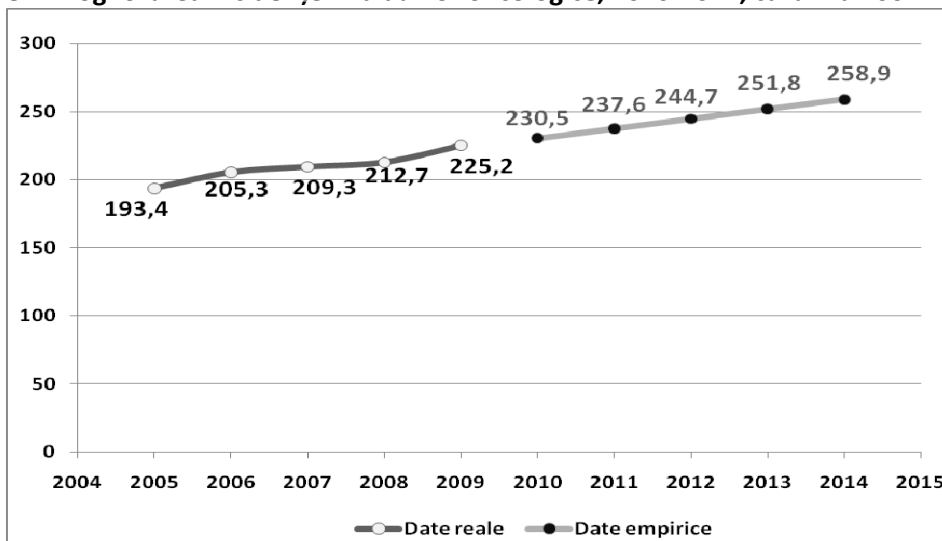
Graficul 81. Incidența prin maladiile oncologice, 2005-2009, cazuri la 100 mii locuitori



Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

Conform prognozei pentru anul 2014, prin metoda regresiei liniare, se prezintă o creștere continuă a incidenței maladiilor oncologice în toate grupurile de vârstă (*Graficul 82*).

Graficul 82. Prognozarea incidenței maladiilor oncologice, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori

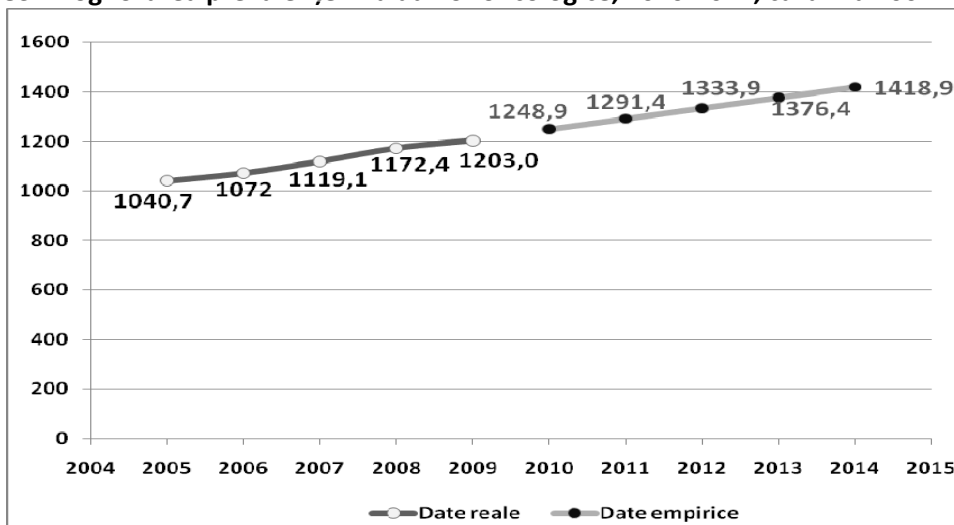


Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publică.md

Prevalența prin maladiile oncologice pe Republica Moldova în an. 2009 a crescut cu 15,6% comparativ cu an. 2005 (1203,0 cazuri la 100 mii locuitori și 1040,7 cazuri la 100 mii locuitori). Acest moment ne vorbește despre supraviețuirea bolnavilor și calitatea asistenței medicale acordate.

Aceeași tendință se observă atât la nivelul municipal (cu 13,2%), cât și cel raional (cu 20,1%). Trendul de creștere a prevalenței prin maladiile oncologice se va păstra și către an. 2014 (*Graficul 83*).

Graficul 83. Prognozarea prevalenței maladiilor oncologice, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publică.md

Asigurarea gratuită cu preparate oncologice a bolnavilor care necesită tratament în condiții de ambulator pe parcursul ultimilor 5 ani a înregistrat mari deferențe în finanțare. Dacă în an. 2005 pentru această linie bugetară au fost cheltuiți 2813,4 mii Lei, în an. 2007 și 2008 se observă o creștere esențială, de cca 3 ori mai mare (8763,5 și 7350,6 mii Lei, respectiv). Pentru an. 2009 această sumă este de 2770,0 mii Lei, adică de 3,2 ori mai mică decât bugetul anului 2007²⁵.

Creșterea incidenței indică necesitatea unor măsuri esențiale în vederea profilaxiei și prevenției îmbolnăvirii cu maladii oncologice în rândurile populației. Din aceste considerente, este necesar de fortificat activitățile pentru educație sanitară și de promovare a modului sănătos de viață. Se recomandă implementarea integrală la nivel național a *Programului ramural de combatere a bolilor oncologice*, care la moment este în etapa de proiect. Realizarea acestui program, la o finanțare adecvată, poate influența semnificativ ritmul de creștere a mortalității și morbidității maladiilor oncologice în Republica Moldova.

²⁵ Date oferite de Ministerul Sănătății

3.3.11. Incidența și prevalența prin diabet zaharat

Din anul 2006 a fost inițiată realizarea *Programului național de profilaxie și combatere a diabetului zaharat - Molddiab* (HG RM nr. 439 din 26.04.2006), Din bugetul de stat s-a realizat asigurarea cu preparate diabetice injectabile adulți și copii (inclusiv seringi), preparate diabetice orale, preparate andidiuretice. Asigurarea cu insulină în cadrul programului a crescut de 1,9 ori (an.2005 – 11042,0, an.2009- 21308,3 mii Lei)²⁶.

În perioada anilor de analiză incidența prin diabet zaharat a avut o tendință de creștere de la 173,0 cazuri la 100 mii locuitori în an. 2005 pînă la 191,0 cazuri la 100 mii locuitori în an. 2007, cu o descreștere în an. 2008 – pînă la 175,0 cazuri la 100 mii locuitori (*Graficul 84*), revenind apoi în 2009 la 196,0 cazuri la 100 mii locuitori.

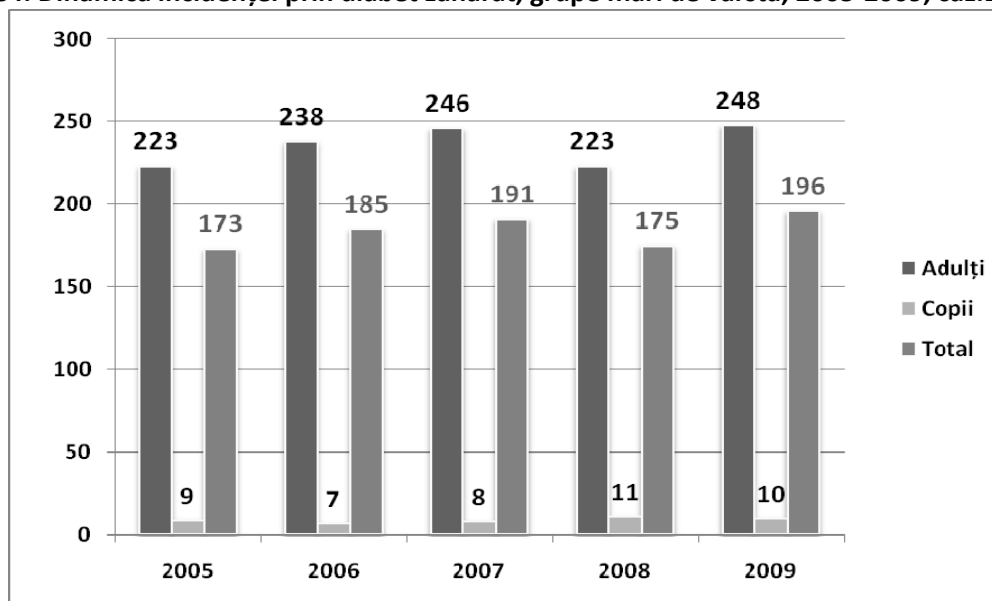
Aceeași tendință se păstrează și la nivel raional (în an.2005 erau înregistrate 168 cazuri la 100 mii locuitori, iar în an.2009 – 191,0 cazuri la 100 mii locuitori).

La nivelul municipal a avut loc o creștere cu 6,9% în an. 2006 comparativ cu an. 2005 (196,0 cazuri și 189,0 cazuri la 100 mii, respectiv), cu descreștere pînă la 186,0 cazuri la 100 mii locuitori în anii 2007-2008 și o majorare pînă la 206 cazuri la 100 mii în an. 2009.

La adulți, în Republica Moldova, se observă o creștere cu 10,3% în an. 2007 comparativ cu an. 2005 (246,0 cazuri la 100 mii adulți și 223,0 cazuri la 100 mii adulți, respectiv), urmând o descreștere în an. 2008 la 223 cazuri la 100 mii adulți și revenind, în an. 2009, la 248,0 cazuri la 100 mii adulți. La nivel raional situația este analogică (în 2005 – 221,0 cazuri la 100 mii adulți, în 2007 – 253,0 cazuri la 100 mii adulți, în 2009 – 246,0 cazuri la 100 mii adulți).

La copii indicatorii au tendință neînsemnată de creștere cu 11,1% în an. 2009 comparativ cu an. 2005 (10,0 cazuri la 100 mii copii și 9,0 cazuri la 100 mii copii, respectiv).

Graficul 84. Dinamica incidenței prin diabet zaharat, grupe mari de vârstă, 2005-2009, caz.100 mii loc.



Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

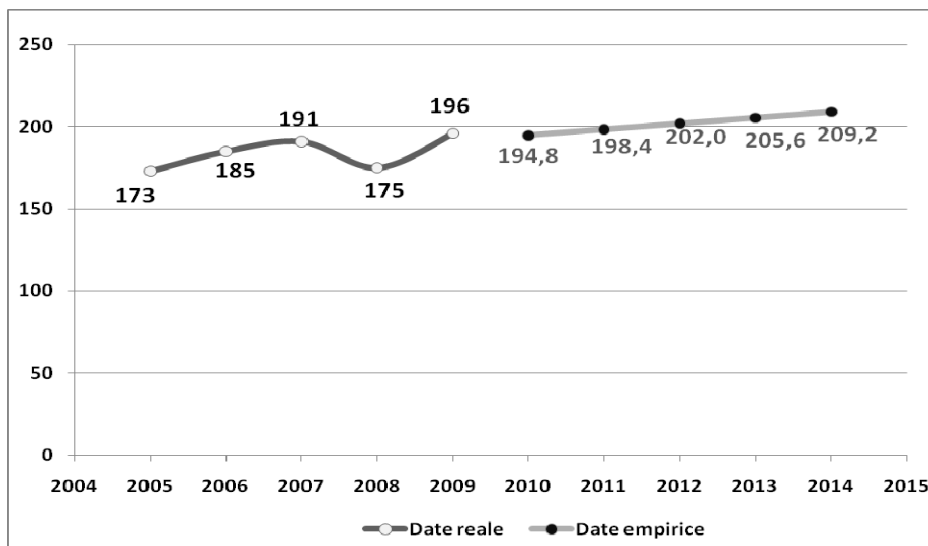
La nivel municipal incidența prin diabet zaharat la copii în an. 2006 a scăzut de 0,9 ori comparativ cu an. 2005 cu o stabilizare de pînă la 13,0 cazuri la 100 mii copii în an. 2007-2008 și o descreștere în an.2009 – 12,0 cazuri la 100 mii copii.

La nivel raional la copii este aceeași dinamică a acestui indicator în an. 2009 comparativ cu an. 2005 (8,0 și 9,0 la 100 mii, respectiv).

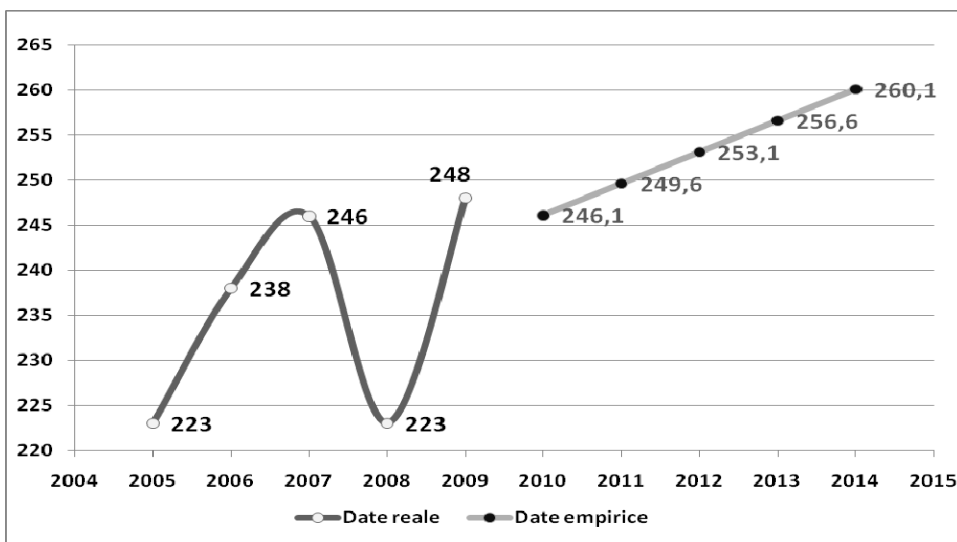
La efectuarea prognozei prin metoda regresiei liniare (graficele 85-87), s-a constatat o creștere către anul 2014 la număr și pe grupe mari de vârstă, ce corespunde atenționărilor OMS cu privire la răspândirea diabetului zaharat și implică necesitatea unor măsuri durabile suplimentare pentru prevenție și profilaxie, întreprinse la nivel național.

²⁶ Date oferite de Ministerul Sănătății

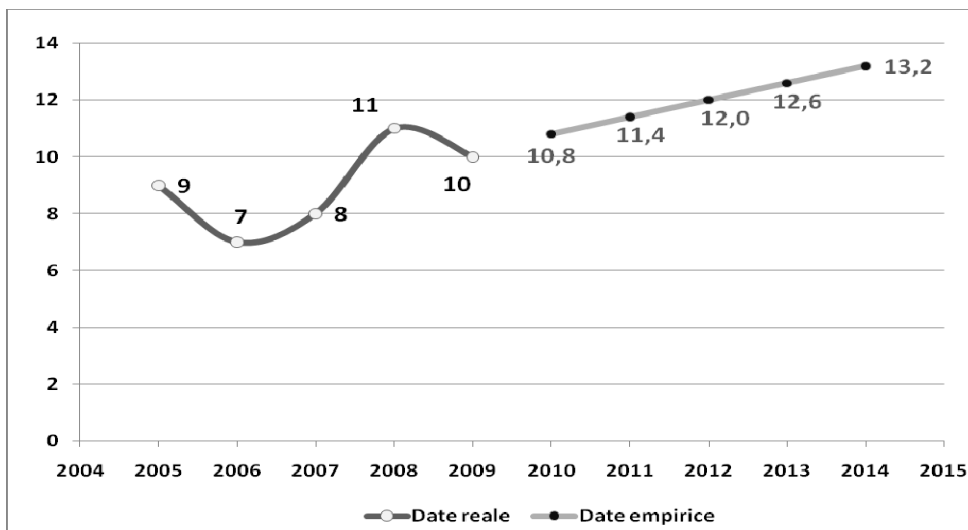
Graficul 85. Prognozarea incidenței totale a diabetului zaharat, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori



Graficul 86. Prognozarea incidenței diabetului zaharat la adulți, 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți



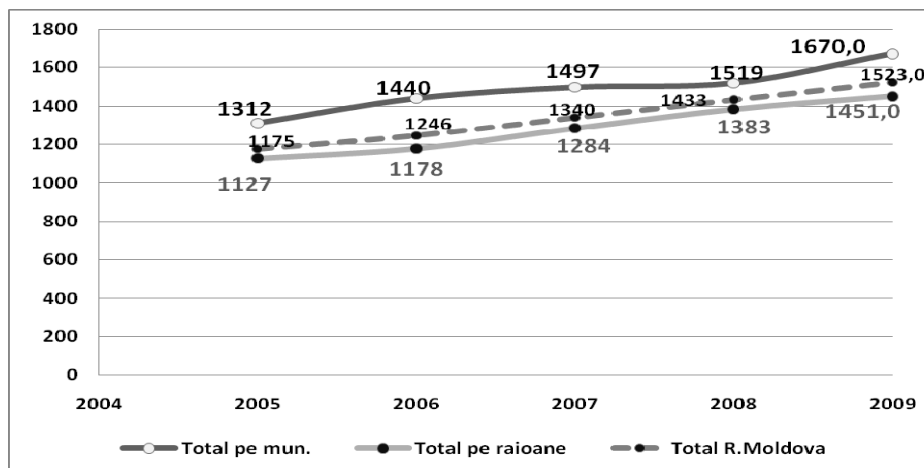
Graficul 87. Prognozarea incidenței diabetului zaharat la copii, 2010-2014, cazuri la 100 mii copii



Sursa pentru graficele 85-87: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Observăm că tendința prevalenței prin diabet zahart este similară cu cea a incidenței, prezentând o creștere constantă (*Graficul 88*).

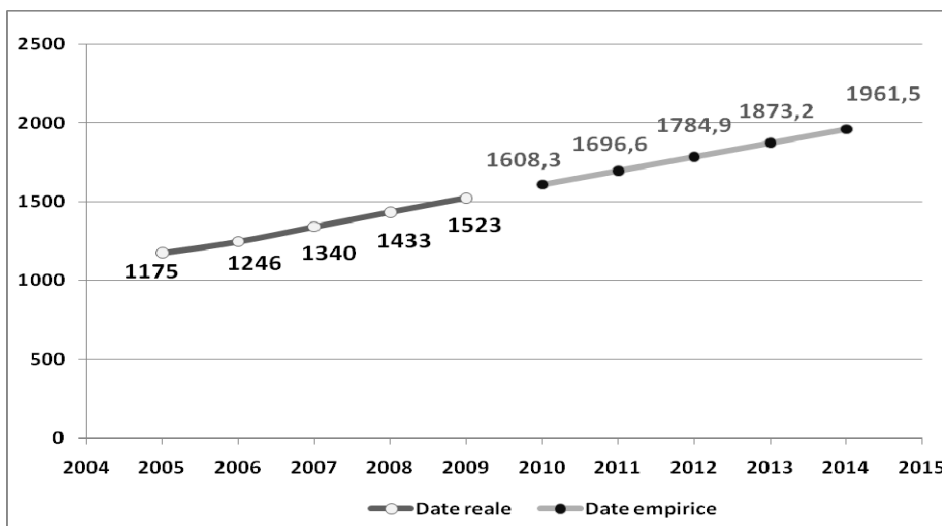
Graficul 88. Dinamica prevalenței prin diabet zaharat, medii de reședință, 2005-2009, caz. la 100 mii loc.



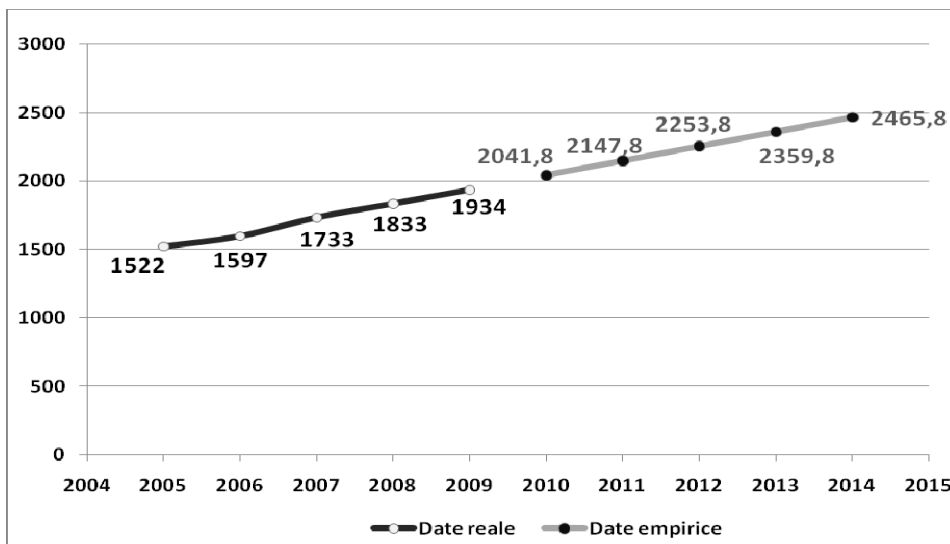
Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

Prognosticarea evoluției prevalenței prin diabet zaharat, prin metoda regresiei liniare, ne demonstrează o tendință de creștere pentru Republica Moldova și la adulți, și o descreștere la copii ceea ce nu corespunde tendinței de creștere a incidenței (acest fapt poate fi legat de numărul mic de ani folosit pentru prognozare) (*Graficele* 89-91).

Graficul 89. Prognozarea prevalenței totale a diabetului zaharat, 2010-2014, cazuri la 100 mii locuitori

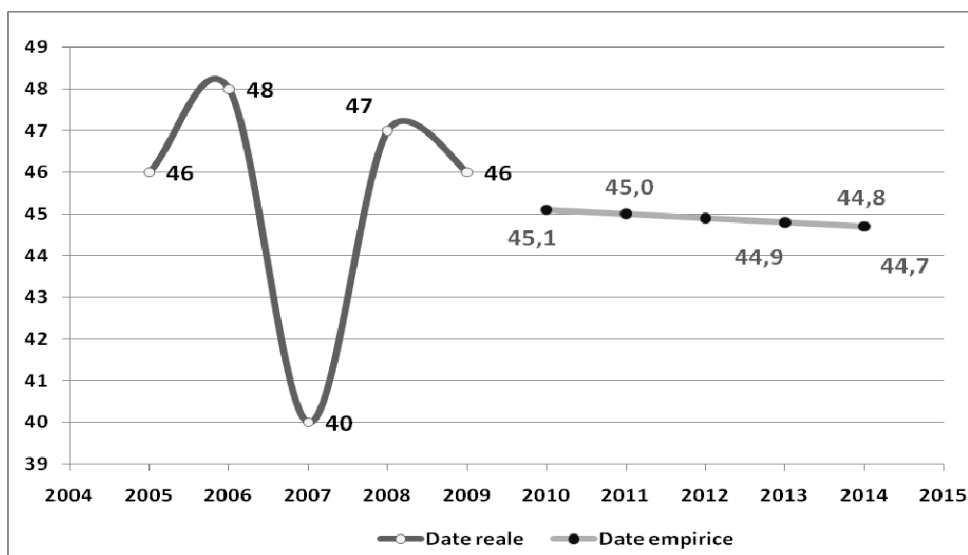


Graficul 90. Prognozarea prevalenței la adulți prin diabet zaharat, 2010-2014, cazuri la 100 mii adulți



Sursa pentru graficele 89-90: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publica.md

Graficul 91. Prognozarea prevalenței diabetului zaharat la copii, 2010-2014, cazuri la 100 mii copii



Sursa: Calculele autorilor în baza datelor CNMS, www.sanatate-publică.md

3.3.12. Incidența și prevalența bolilor diareice acute

În anul 2003 a fost lansat *Programul național de combatere și profilaxie a holerei și altor boli diareice acute pentru perioada 2003-2010* (HG RM nr. 277 din 13.03.2003). Conform datelor MS, acoperirea gratuită cu preparate antimalarice, tratamentul holerei, seruri și imunoglobuline curative pe parcursul perioadei studiate coincidea cu necesitățile prezentate, însă acestea vizau doar procurarea de medicamente și nu celelalte măsuri prevăzute în Program, costul și eficiența cărora nu sunt estimate.

În an. 2009 morbiditatea sumară prin boli diareice acute (BDA) în Republica Moldova a crescut cu 7,4% comparativ cu an. 2008 (460,1 cazuri la 100 mii locuitori și 428,4 cazuri la 100 mii locuitori, respectiv)²⁷.

Creșterea morbidității s-a înregistrat la majoritatea formelor nozologice, cu excepția dizenteriei bacteriene, fapt ce este în legătură cu îmbunătățirea capacităților de diagnostic microbiologic al infecțiilor și descifrarea etiologică a cazurilor de boală diareică de etiologie necunoscută.

Morbiditatea prin dizenterie, după o creștere esențială ciclică în an. 2005 (70,6 cazuri la 100 mii locuitori), în ultimii ani înregistrează o tendință de diminuare (anii 2006 - 43,9 cazuri la 100 mii locuitori, 2007 - 33,0 cazuri la 100 mii locuitori și 2008 - 20,8 cazuri la 100 mii locuitori și 16,6 cazuri la 100 mii locuitori în an. 2009). Ponderele dizenteriei bacteriologic confirmate constituie 66,8%.

Spre deosebire de dizenterie, salmoneloza a înregistrat o creștere cu 28,2% de la 18,4 cazuri la 100 mii locuitori în an. 2008 la 23,6 cazuri la 100 mii locuitori în an. 2009.

Situația la febra tifoidă/paratifoidă rămâne stabilă, pe parcursul anului 2009 nu a fost depistat nici un caz de boală.

Ca și în anii precedenți, în an.2008 predomină calea alimentară de transmitere a BDA - 66,7%, și 33,3% din cazuri cu cale habituală de transmitere.

În mediul rural, nivelul de morbiditate prin BDA este de circa 2 ori mai jos în comparație cu mediul urban, ceea ce denotă o adresabilitate scăzută a populației de la sate pentru asistența medicală, depistare activă insuficientă și, respectiv, administrarea autotratamentului.

Inundațiile imense care au loc în perioada de vară, cresc pericolul maladiilor diareice acute, ceea ce necesită o informare continuă a populației despre măsurile de profilaxie și prevenție a acestor infecții.

În structura morbidității pe vârste, ponderea copiilor 0-17 ani constituie - 74,8%. Din ei copii de 0-2 ani - 67,8%, 3-6 ani - 17%. Din grupul de vârstă 0-2 ani, copiii până la un an de viață constituie 51%. Aceste date ne informează despre nivelul scăzut de educație sanitară atât a părinților, cât și a adolescenților.

Dintre copiii de 3-6 ani, 59,2% sunt cei care frecventează instituțiile preșcolare, ce indică la neajunsuri importante în respectarea regimului sanitaro-antiepideemic în aceste instituții.

²⁷ Datele descrise sunt luate din Raportul CȘPMP Starea sanitaro-igienică și epidemiologică din Republica Moldova.

3.4. Consumul de alcool și țigări

3.4.1. Consumul de alcool

Conform estimărilor specialiștilor din domeniu, cantitatea de alcool pur consumată pe cap de locuitor a atins cifra de 10-12 litri, anual²⁸. Totuși, valorile reale ale consumului de alcool pe țară este greu de estimat, din cauza cantităților necontrolate de alcool pregătite în condiții casnice.

Sondajul sociologic efectuat în cadrul studiului „Consumul și abuzul de alcool în Republica Moldova: evaluarea situației și impactului”²⁹ a arătat că în 60% din gospodăriile din Moldova se consumă băuturi alcoolice. Consumul de alcool în menajurile din mediul rural prevalează față de cele din urban, 66% față de 50%. Cel mai înalt nivel al consumului de băuturi alcoolice este înregistrat în categoria populației cu vârste cuprinse între 20 – 44 ani, având studii medii de specialitate (școală generală sau profesională), al căror nivel de venituri pe gospodărie depășește valoarea de 2500 lei lunar.

Astfel, sondajul realizat confirmă că nivelul de consum al băuturilor alcoolice rămâne ridicat, populația activă din mediul rural fiind consumatorul principal, o pondere mai importantă revenind bărbaților. Persoanele cu studii superioare, deși în cantități mai mici, consumă băuturi alcoolice mai des decât cei cu studii medii incomplete și cei cu studii preuniversitare, iar nivelul de venituri ale celor trei categorii nu se deosebește foarte mult. Persoanele de vârstă a treia consumă mai rar băuturi alcoolice.

În mediul rural se consumă preponderent vinul, iar în mediul urban, în special, băuturile alcoolice tari, deși ponderea consumatorilor de vin este mult mai înaltă atât în mediul rural, cât și în mediul urban. Tinerii consumă în special băuturile slab alcoolice (cum ar fi berea), iar persoanele cu vârste de peste 60 de ani consumă în special băuturi alcoolice tari.

Consumul înalt de alcool ne permite a face o legătură directă dintre morbiditatea înaltă prin tulburări mintale, boli cardiovasculare și ale aparatului digestiv, rata în creștere a afecțiunilor hepatice.

Dezvoltarea unor activități de promovare a culturii vinului (conform experienței țărilor econom avansate), educarea modului sănătos de viață ar reduce semnificativ impactul alcoolului asupra stării sănătății populației țării noastre.

3.4.2. Consumul de țigări

Un studiu,³⁰ realizat în rândurile tinerilor, a demonstrat că în Moldova în an. 2008 patru din zece elevi (39,2%), dintre care 57,7% băieți și 24,3% fete, au fumat cândva; pe când în an.2004 această rată era de 41,7 %, dintre care 64,4% băieți și 22,7% fete.

13,2% dintre tineri utilizează în prezent produse din tutun (băieții-23,8%, fetele - 8,2%). Este o descreștere a răspîndirii actuale a nivelului fumatului de la 15% în an.2004 la 13,0% în an.2008. Se înregistrează o descreștere (de la 12,8% în an.2004 la 11,6% în an. 2008) a numărului de fumători în rândul băieților, dar o creștere în rândul fetelor (de la 4,2% la, respectiv, 5,1%).

Aproximativ unul din zece elevi simte necesitatea fumatului unei țigări dimineața, ceea ce arată o dependență gravă față de tutun. Expunerea la fumatul pasiv a fost înaltă la toți elevii din Moldova, atât la școală, cât și la fum de țigară în locuri publice.

Jumătate dintre numărul de elevi incluși în studiu (47,6% - dintre care 43,4% băieți și 50,8% fete) au indicat că au cel puțin un părinte care fumează și 8,0% (9,0% băieți și 6,9% fete) au spus că aproape toți colegii sau prietenii fumează. Actualii fumători de țigări au declarat că au un număr semnificativ de mare de prieteni care fumează decât cei care n-au fumat niciodată. De asemenea, a fost o deosebire importantă dintre actualii fumători de țigări care au fost expuși la fumul de tutun în afara casei lor, comparativ cu cei care n-au fumat niciodată (89,4% versus 56,9%).

Sondajul arată că, în viitorul apropiat ne putem aștepta la o creștere a numărului de femei tinere fumătoare. În prezent, o fată de 13-15 de ani fumătoare egalează prevalența femeilor fumătoare (8,9%). Rezultatele GYTS indică că elevele sunt gata să înceapă a fuma de rând cu băieții. Acest fapt pune în pericol sănătatea reproductivă a tinerelor actuale și sănătatea copiilor născuți de acestea. Studiile științifice internaționale

²⁸ <http://www.ms.gov.md/public/info/Ghid/instruire/factirii/Alcoolul/>

²⁹ Consumul și abuzul de alcool în Republica Moldova: evaluarea situației și impactului. Studiu efectuat de Centrul Analitic independent EXPERT GRUP. Chișinău, 2008.

³⁰ Raport Național Prevalența fumatului la elevii de vârstă 13-15, anii 2004-2008, Studiul „Global Youth Tobacco Survey” în Moldova realizat de către CNȘPMP/UNICEF

demonstrează impactul negativ al fumatului asupra funcției de reproducere. Astfel, la bărbații tineri fumători se depistează o descreștere a numărului de spermatozoizi și dereglarea potenței sexual. Leziunile vasculare pot cauza dereglarea potenței. La femei fumătoare mai frecvent se depistează imposibilitatea fertilizării ovulului (avort spontan). Toate acestea demonstrează faptul că consumul de țigări cauzează apariția infertilității (sterilității). La gravidele fumătoare, dezvoltarea fătului este afectată de slăbirea circulației sanguine în uter și placentă și de nivelul scăzut al oxigenului în sânge. Ca urmare, crește riscul de naștere prematură și/sau invaliditate a nou născutului. Utilizarea tutunului în timpul sarcinii poate cauza, de asemenea, nașteri premature, greutate mică la naștere și dezvoltarea anomaliilor, așa ca absența extremităților.

Este alarmantă ponderea înaltă, care are tendință spre creștere, a tinerilor care au început să fumeze înainte de 10 ani (de la 45,9% dintre fumători (51,1% băieți și 33,5% fete) în an. 2004 până la 49,2% (54,1% băieți și 40,5% fete) în an.2008. Majoritatea tinerilor, care au fumat la o vârstă fragedă, mai târziu au devenit fumători permanenți și n-au putut să abandoneze această deprindere. 81,1% dintre persoanele care n-au fumat niciodată ar putea începe să fumeze la anul viitor (80,1% băieți și 81,7% fete).

Cercetările științifice au demonstrat că utilizarea tutunului este cauza principală a unor maladii fatale. Fumatul este unul din factorii principali de risc major și agent causal la cel puțin șase tipuri de boli cronice devastatoare: boli cardiace, cancer, boli cerebrovasculare, diabetul zaharat, boli pulmonare distructive cronice și ateroscleroză. Utilizarea tutunului este cauza a peste 50% de tumori maligne, în cadrul cărora 90% aparține cancerului pulmonar. Fumatul cauzează în 80% cazuri bronșite-enfizemice cronice și mai mult de o jumătate dintre bolile cardiovasculare și bolile cerebrovasculare. Astfel, rata înaltă a utilizării tutunului în Republica Moldova ne permite să facem o legătură cu morbiditatea înaltă prin maladii ale aparatului respirator, aparatului cardio-vascular, digestiv, boli oncologice și tempoul de creștere a acestora în rândurile populației.

Nu este estimat impactul real al daunelor individuale și sociale provocate de fumat. Este vorba de îmbolnăvirile grave și cheltuieli enorme pentru tratarea bolilor provocate sau agravate de fumat, de pierderile în volumul de producție cauzate de reducerea capacității de muncă, de pierderea de vieți omenești, în special în vârste active, cu afectarea stării familiilor și societății în genere.

Datele științifice mondiale ne demonstrează că în fumul degajat de țigară cantitatea de substanțe cancerogene (metil-naftan, dimetilnitroformină, gudron etc.) este de 10 - 39 ori mai mare în curentul secundar (inhalat de cei din preajmă), decât în cel principal (inhalat de către fumător). Chiar dacă a fost aprobată în an. 2007 Legea cu privire la tutun și la articolele din tutun, observăm că în societatea noastră continue să persiste pericolul expunerii populației la fumatul pasiv. Potrivit acestei Legi, fumatul trebuie interzis în toate instituțiile de învățământ, instituțiile medicale, săli sportive, stadioane și pe teritoriile aferente acestora, în instituțiile de alimentație publică și comerț, în magazine, terenuri de joacă, în transportul comun, ascensoare, cinematografe, teatre, sali de concerte, muzee, biblioteci, săli de așteptare, autogări etc. Ca urmare, trebuie amenajate locuri speciale destinate fumatului. Acestea trebuie să nu permită pătrunderea aerului poluat în spațiile publice închise, să fie ventilate, să fie dotate cu scrumiere și nu trebuie să depășească 50% din suprafața totală a localului public. Însă, cu regret, nu au fost elaborate mecanisme eficiente și suficiente de implementare a acestei Legi, fapt care duce la ignorarea și încălcarea ei evidentă.

Datele GYTS³¹ arată că 22,1% dintre persoane trăiesc în case unde alții fumează în prezența lor, 58,7% se află în jurul altora care fumează, în afara casei lor, 91,4% dintre respondenți cred că fumatul ar trebui interzis în localuri publice, 47,6% dintre copii au un părinte sau doi care fumează, 9,6% dintre tineri au majoritatea prietenilor care fumează (Tabelul 35).

³¹ Raport Național Prevalența fumatului la elevii de vârstă 13-15, anii 2004-2008, Studiul „Global Youth Tobacco Survey” în Moldova realizat de către CNȘPMP/UNICEF

Tabelul 35. Procentul elevilor expuși la fumat acasă, în locuri publice și care sprijină interzicerea fumatului în localuri publice, GYTS Moldova 2004, 2008

Extinderea	2004			2008		
	Total	Băieți	Fete	Total	Băieți	Fete
Fumează un părinte sau ambii	50,2	50,0	50,7	47,6	43,4	50,8
Fumează toți, sau majoritatea prietenilor.	10,7	12,4	9,3	8,0	9,0	6,9
Expus la fumat acasă	66,7	60,7	69,0	53,3	54,1	52,4
Expus la fumat în locuri publice	NA	NA	NA	57,0	59,4	54,8
Pentru interzicerea fumatului în locuri publice.	92,4	91,5	93,2	92,5	90,7	93,9

Sursa: Raport Național Prevalența fumatului la elevii de vârstă 13-15, anii 2004-2008, Studiul „Global Youth Tobacco Survey” în Moldova realizat de către CNȘPMP/UNICEF

În an. 2008, 53,3% (54,1% băieți și 52,4% fete) dintre elevii din țară au menționat că sunt expuși la fumatul pasiv acasă, iar 57,0% dintre tineri (59,4% băieți și 54,8% fete) - în localuri publice.

Numai 75,2% din elevii din Moldova au spus că la școală au fost informați despre pericolul fumatului, 73,4% au discutat despre motivele de ce fumează colegii de vârstă lor și 52,6% li s-a spus despre efectele fumului de tutun.

Majoritatea elevilor din Moldova (2008-92,5%) cred că fumatul trebuie interzis în locuri publice, dar n-a fost cu mult mai mare numărul lor decât în 2004 (92,4%).

Aceste rezultate evidențiază necesitatea acută în fortificarea activităților de promovare și educare a modului sănătos de viață printre rândurile tinerilor, în special, în vederea luptei cu fumatul, care are un impact semnificativ asupra stării sănătății populației țării în genere. Este important ca aceste măsuri să fie cu implicare multisectorială, pentru a avea un efect durabil și eficient.

3.5. Factori de influență a morbidității populației

3.5.1. Ponderea populației

Evidența statistică cu privire la subponderație și supraponderație este incompletă, iar obezitatea nu este supusă unei monitorizări ample. Conform datelor statistice oficiale³² ponderea locuitorilor mai mare de 15 ani cu obezitate este în creștere de la 0,39% (an. 2005) la 0,45% (an. 2009). Însă, considerăm că aceste date nu descriu integral situația din Republica Moldova.

Recomandăm efectuarea unor studii separate în vederea elucidării adecvate a acestei probleme.

3.5.2. Nivelul de dezvoltare fizică a tinerilor

Nivelul de dezvoltare fizică a tinerilor în vârstă de 14-18 ani manifetsă o ameliorare neînsemnată de la 16,1% de retard în dezvoltare fizică, înregistrat din totalul maladiilor tinerilor vârstei respective în an. 2005 la 15,3% în an. 2009.

Nu se duce o evidență statistică a acestor date. În acest sens, pentru elucidarea unor probleme existente, ar fi foarte utile desfășurarea unor studii suplimentare.

3.5.3. Poluarea aerului

Este recunoscut faptul că, o stare de sănătate bună a populației și un mediu sănătos nu pot fi realizate în condițiile unei situații ecologice degradate. Impactul aerului poluat asupra sănătății populației poate fi confirmat prin unele date științifice. Astfel, în cursul unui act respirator în repaus prin plămâni trece o cantitate de 500 cm³ de aer, volum care crește direct proporțional în cazul efectuării unui efort fizic. În 24 de ore omul respiră în mediu circa 15-25 m³ de aer. În același interval de timp, el inhalează aproximativ 15 kg de aer. Din aceste date rezultă importanța pentru sănătate a compoziției aerului atmosferic, la care se adaugă și faptul că bariera pulmonară reține numai în mică măsură substanțele pătrunse pînă la nivelul alveolei, odată cu aerul inspirat³³.

³² Date oferite de CNȘPMP (extras din raportul de ramura *rs12*)

³³ Ecologie și protecția mediului, 2003

Politica națională de protecție a aerului atmosferic, conform Legii nr.1422-XIII din 27.12.1997 privind protecția aerului atmosferic, are drept obiectiv păstrarea purității și ameliorarea calității aerului, prevenirea și reducerea efectelor nocive ale factorilor fizici, chimici, biologici, radioactivi și de altă natură asupra atmosferei.

Rezultatele monitorizării pentru anul 2009 prezentate pe pagina web a Ministerului Mediului (www.mediu.gov.md) ne arată că, pe teritoriul Republicii Moldova, activează 5063 obiecte cu impact negativ sensibil asupra mediului, ce e cu 347 obiecte mai mult față de anul 2008. În ansamblu, pe teritoriul Republicii Moldova, cantitatea de poluanți emisă în atmosferă în 2009 de la toate sursele staționare și mobile de poluare a fost evaluată la circa 292 658,14 tone. Pe cap de locuitor, acest indicator este mai mic decât în alte țări și constituie în prezent circa 80 kg/locuitor/an.

Scăderea producției industriale în perioada de criză și, concomitent, creșterea numărului de autovehicule a schimbat structura provenienței emisiilor poluante față de anii precedenți. În prezent, cel mai intens poluează atmosfera autovehiculele, numărul lor în țară fiind în creștere, dar și starea lor tehnică nesatisfăcătoare³⁴.

Impactul local provocat de efectele nocive ale emisiilor în atmosferă de la sursele de poluare, în mare parte, este evaluat și supus controlului și reglementării conform prevederilor actelor legislative în vigoare. Cu toate acestea, nu se efectuează eficient și regulat inventarierea surselor fixe de poluare a emisiilor de noxe. Unele activități de inventariere sunt formale și nu reflectă situația reală privind poluarea aerului atmosferic cu substanțe nocive.

Conform Raportului CNȘPMP³⁵, pe parcursul anului 2008 au fost colectate 8768 probe de aer la conținutul de noxe, dintre ele 11,7% (1023 probe) depășesc Concentrația Maximal Admisibilă. În an.2007 această rată a constituit 19,0%.

Sub aspect teritorial, cea mai pronunțată zonă privind poluarea aerului este mun. Chișinău, volumul emisiilor poluante constituie 5035,46 tone, fiind urmat de mun. Bălți cu 1098 tone. Din zonele rurale cea mai mare poluare se înregistrează în raioanele Rezina (3986), Cantemir (1254,3), Drochia (1050,9), Ialoveni (1884) tone/an și alt³⁶.

Poluarea aerului atmosferic în orașele mari este influențată preponderent de emisiile de la transportul auto, cazangerii și întreprinderi mari ale industriei, iar în centrele raionale și localitățile rurale, de emisiile întreprinderilor mici: mori, fabrici de vin, brutării, cariere, deșeuri, precum și cele emise din sursele casnice.

Sectorul transport (auto, feroviar, aerian și fluvial) prezintă o sursă semnificativă de poluare a aerului, căreia îi revine circa 74% din degajările totale pe țară, fiind concomitent și o sursă de poluare fonică. Emisiile din sectorul transport în anul 2009 au constituit 176323,21 tone, inclusiv și emisiile de la utilizarea combustibilului în alte sectoare, cum ar fi cel agricol (tractoare, combine) și alte unități mobile. Volumul sumar de emisii din acest sector constituie 230434,85 tone/an.

În "Anuarul IES-2008" pentru prima dată fumatul tutunului a fost prezentat ca o sursă de poluare a aerului atmosferic. În 2009 cantitatea țigaretelor utilizate se menține la nivelul anului precedent, fiind comercializate circa 5,0-5,5 mlrd. țigaretete, inclusiv cele importate. Emisiile de noxe de la utilizarea acestei cantități constituie 100 tone de monoxid de carbon și alte substanțe nocive.

Distribuția substanțelor poluante în volumul total al emisiilor este următoarea: oxidul de carbon (70,0%), oxizi de azot (10,8%), oxizi de sulf (2,7%), hidrocarburile (5,0%), aldehidele (5%) și altele. Exploatarea tuturor tipurilor de transport cu o uzură sporită, creșterea numărului mijloacelor de transport auto importate în țară, cu o vechime de 7 și mai mulți ani, calitatea joasă a combustibilului prezintă cauzele principale ce duc la intensificarea poluării aerului atmosferic cu substanțe toxice și, respectiv, cu un impact considerabil asupra stării sănătății populației.

Dintre poluanții organici cancerigeni din aer, cei mai răspândiți sunt hidrocarburile policiclice ca benzopirenul, benzontraenul, benzofluorantenul etc. Cel mai răspândit este benzopirenul, provenit atât din procese de combustie staționare, cât și mobile. Efectele cancerigene ale acestei substanțe indică un risc sporit pentru dezvoltarea cancerului pulmonar.

³⁴ ANUARUL IES – 2009 „Protecția mediului în Republica Moldova”, <http://www.mediu.gov.md/file/rapoarte/Anuarul%20IES%202009.pdf>

³⁵ Raport CNȘPMP Starea sanitaro-igienică și epidemiologică în Republica Moldova, 2009

³⁶ ANUARUL IES – 2009 „Protecția mediului în Republica Moldova”, <http://www.mediu.gov.md/file/rapoarte/Anuarul%20IES%202009.pdf>

Astfel, am putea face o legătură logică dintre calitatea aerului respirat în Republica Moldova și evoluția morbidității prin tumori maligne ale aparatului respirator (trahee, bronhii, pulmonii), care au crescut de la 19,4 cazuri la 100 mii populație în an. 2005 până la 23,0 cazuri la 100 mii populație în an. 2009.

Din tabelele ce urmează observăm dinamica poluării aerului, pe parcursul a 5 ani.

Tabelul 36. Dinamica cantității emisiilor de noxe de la sursele staționare pe an, pe ingrediente, anii 2004-2009, mii tone

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Particule solide	3,3	3,7	3,9	3,3	3,7	5,6
Gazoase și lichide, din care:						
dioxid de sulf	2,2	2,4	1,3	1,9	1,7	2,2
oxid de azot	2,5	2,9	3,2	2,9	2,6	2,7
oxid de carbon	5,1	6,1	7,3	6,3	5,6	6,4

Sursa: Anuarul statistic al Republicii Moldova, 2009

Tabelul 37. Evacuarea unor substanțe poluante specifice în aerul atmosferic de către sursele staționare, anii 2005-2008, tone

	2004	2005	2006	2007	2008
Metale și compușii lor	9,1	6,5	8,6	5,9	7,9
Plumb	0,4	0,5	0,9	0,6	0,4
Amoniac	132,6	141,3	138,2	69,8	67,1
Hidrocarburi policiclice aromate, din care:	16,4	9,2	15,3	9,9	15,4
Benzo(a)piren	7,5	4,0	3,4	2,2	7,5
Xilen	32,4	31,6	31,5	41,7	44,3
Stiren	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Toluen	35,5	36,3	34	35,3	41,5
Formaldehidă	0,8	0,2	0,3	0,3	0,8
Clor	1,6	2,0	0,8	1,6	0,5
Poluanți organici persistenti, dintre care:	0,5	2,1	3,1	0,3	0,1
Dioxine și furane	0,1	0,1	-	0,0	0,0
Hexaclorbenzen	0,2	0,2	1,6	-	-

Sursa Datele BNS, 2009, www.statistica.md

Tabelul 38. Emisii ale obiectelor cu cei mai înalți indici de poluare, a. 2009, tone/an

Denumirea obiectelor poluatoare	Volumul emisiilor	CO	NOx	SO2	CH	Particule solide	Altele
SA „Lafroje-Ciment”	846,21	389,34	264,3	3,41	0,0121	183,11	0,884
SA „Apă Canal” Chișinău	344,23	125,33	24,63	0,17	4,91	2,6	184,9
Fabrica de sticlă, Chișinău	330,67	178,11	82,5	3,10	0,243	65,4	0,33
SA CET-2 (Chișinău)	774,74	40,54	542,90	184,36	2,49	4,38	0,059
ÎCS „Lukoil”, Moldova	229,0	0,202	0,124	0,018	4,35	0,009	6,88
Spitalul de Psihiatrie nr.5, Bălți	214,83	61,0	5,63	102,06	-	46,18	-
Regia Apă Canal Bălți	212,4	43,79	2,53	6,76	142,12	6,06	10,46
SA Cristal Flor (Florești)	246,47	12,154	14,75	-	0,016	215,76	-

Sursa: ANUARUL IES – 2009 „Protecția mediului în RM” www.mediu.gov.md/file/rapoarte/Anuarul%20IES%202009.pdf

Menționăm că datele BNS nu oferă posibilitatea de a analiza poluarea reală a aerului, conform normelor în vigoare stabilite³⁷ în mg/m³ și impactul acestora asupra stării de sănătate a populației. În Republica Moldova nu sunt stabilite norme oficiale asupra limitei cantității (în tone) a substanțelor nocive eliminate în bazinul aerului atmosferic. Astfel, este dificil de identificat legătura directă dintre morbiditatea populației pe regiuni și poluarea aerului, acestea rămânând a fi scopul unor studii științifice, care recomandăm a fi desfășurate ulterior.

³⁷ Date oferite de către CNSPMP

Tabelul 39. Normele admisibile a substanțelor nocive în aerul atmosferic, mg/dm³

Denumirea substanțelor	Valoarea admisă maximă – momentană, mg/dm ³	Valoarea admisibilă medie diurnă, mg/dm ³
Dioxid de sulf	0,5	0,05
Oxid de azot	0,4	0,06
Oxid de carbon	5,0	3,0
Substanțe în suspensii	0,5	0,15
Oxid de fier	-	0,04
Oxid de aluminiu		0,04
Pentaoxid de vanadiu		0,002
Oxid de cupru		0,002
Plumb	0,001	0,0003
Amoniac	0,2	0,04
Hidrocarburi policiclice aromate:		
Benz(a)piren	-	0,1 mcg/100m ³
Xilen	0,2	0,2
Stiren	0,04	0,002
Toleum	0,6	0,6
Formaldehidă	0,035	0,003
Clor	0,1	0,03
Poluante organice persistente, din care:		
Dioxine	-	0,07
Furane		0,01
Hexahlorbinzen		0,013
Substanțe dăunătoare gazoase și lichide, din care:		
Oxid de carbon	5,0	3,0
Hidrocarburi	200,0	
Dioxid de zot	0,085	0,04

Sursa: Date oferite de CNȘPMP

3.5.4. Calitatea apei

Apa este un element indispensabil vieții și activității omului, relația *apă – calitatea vieții* este evidențiată prin intermediul unor indicatori care se referă la: accesul localităților și al populației la sursele de apă, consumul de apă, calitatea apei, influența apei asupra stării de sănătate a populației. Ca urmare, cercetările privind calitatea apei pun un accent deosebit pe rolul apei în păstrarea sănătății populației.

Conform datelor Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă,³⁸ pe parcursul anului 2008, s-a menținut un nivel ridicat de necorespondere a calității apei din sursele și din sistemele de distribuire a apei potabile. Ponderea probelor, ce nu au corespuns parametrilor sanitaro-chimici din sursele centralizate subterane, a constituit 58,3 % comparativ cu 61,4% în an.2007. Situația cea mai gravă se înregistrează în r-le Anenii-Noi, Călărași, Glodeni, Fălești, Taraclia, Ciadâr-Lunga, Căușeni, Comrat, Ungheni, Telenești, Sîngerei, unde acest indice constituie 80-100%.

A crescut ponderea probelor de apă necorespunzătoare la parametrii microbiologici atât în cazul apeductelor comunale urbane, care a constituit 10% (2007 - 6%), cât și la apeductele comunale rurale - 16,7% (2007-12,8%).

Continuă să persiste probleme serioase privind calitatea apei din apeductele instituțiilor pentru copii, unde în an.2008 s-au înregistrat indici mai nefavorabili comparativ cu alte categorii de apeducte – n-au corespuns 28% (2007-19%) din probe la parametrii chimici și 17% (an.2007-19%) la parametrii microbiologici. Se înregistrează o stare nesatisfăcătoare în alimentația cu apă potabilă a populației în or. Nisporeni, Strășeni, Hâncești, Căușeni, Telenești, Fălești, Dondușeni, etc., din cauza calității nesatisfăcătoare a apei și stării sanitaro-tehnice deplorabile a sistemelor de apeduct. Deși a fost reanimat apeductul Soroca – Bălți, persistă multe probleme privind controlul departamental al calității apei, deoarece

³⁸ Raport CNȘPMP Starea sanitaro-igienică și epidemiologică în Republica Moldova, 2009,

laboratorul stației de tratare a apei a fost distrus din cauza nefuncționării stației de tratare pe durata ultimilor 5 ani.

A) Apele subterane

Analiza calității apelor subterane,³⁹ denotă că apa multor sonde arteziene conține ioni de amoniu, nitrați, nitriți în cantități considerabile, uneori depășind valorile admisibile.

Pe teritoriul țării există circa 7 mii sonde exploatabile a diferitor orizonturi acvifere. Multe dintre ele sunt în stare deplorabilă și trebuie conservate întrucât reprezintă surse potențiale de poluare a acestor orizonturi. O bună parte din ele se află într-o stare avariata, altele au fost abandonate sau lichidate fără respectarea normelor în vigoare. Puțurile neexploatabile, fără stăpîn, poluează apele subterane în profunzime prin amestecarea apelor de diferită componență chimică din diferite orizonturi acvifere și scurgerile de la suprafață, fapt ce cauzează înrăutățirea calității apei utilizate în scopuri potabile.

O influență negativă asupra apelor subterane, precum și celor de suprafață, o au fermele și complexele zootehnice în acumuloarele cărora sunt stocate, la moment, circa 1 mln 198 m³ dejecții animaliere. Necătfînd la faptul, că efectivul de animale și păsări în gospodăriile de toate categoriile, începînd cu anul 2000, conform datelor anuarului statistic, este în descreștere, problema poluării mediului de la această ramură rămîne a fi actuală, mai ales, în sectorul casnic rural, unde aceste deșeuri sunt împrăștiate pretutindeni, provocond un impact sporit asupra apelor freatice de unde se alimentează cu apă peste 70% din populația rurală.

Este indiscutabil faptul, că această stare alarmantă a calității apelor subterane influențează semnificativ starea sănătății populației din regiunile respective, fiind cauza multor maladii, atât infecțioase (BDA) și parazitare, cât și neinfecțioase (maladii gastro-intestinale), rata cărorara, după cum am observat din capitolul anterior, este în creștere.

B) Calitatea apei din fîntîni

Gestionarea necorespunzătoare a deșeurilor, insalubritatea localităților și nerespectarea măsurilor elementare de protecție a surselor, sunt principalele cauze de înrăutățire a calității apei din fîntîni, folosite ca unică sursă de alimentare cu apă pentru cca 85% din populația rurală. Ponderea necorespunderii calității apei din fîntîni a crescut, comparativ cu an.2007, și a constituit 84,8% la parametrii sanitaro-chimici (an.2007-82,1%), și 38,3% la parametrii sanitaro-microbiologici (2007 – 31,1%)⁴⁰. Această creștere poate fi explicată atât prin întreținerea necorespunzătoare a fîntînii, cât și prin poluarea lor în rezultatul inundațiilor. Totuși, în an. 2008 nu s-au înregistrat izbucniri epidemice de maladii infecțioase condiționate de apă.

Din datele oferite de BNS⁴¹ observăm dinamica volumului de ape reziduale evacuate epurate, fără epurare și epurate insuficient.

Tabelul 40. Evacuarea apelor reziduale, de mină și freatice drenate în bazinele de suprafață, anii 2004-2009, milioane m³

Denumirea	2004	2005	2006	2007	2008
Total, din care:	688	690	695	687	686
Ape convențional pure(fără epurare)	561	556	562	551	550
Ape poluate, inclusiv:	42	9	7	10	14
Fără epurare	0,5	0,6	0,5	0,7	0,8
Epurate insuficient	41,4	8,3	6,7	9,2	13,3
Ape normativ epurate	85	124	119	119	115
Ape normativ epurate, în % față de volumul total al scurgerilor care necesită curățire	67	93	89	88	85

Sursa: Datele BNS, Anuar statistic al Republicii Moldova, 2009,

Odată cu aprobarea de către Guvern prin Hotărîrea nr.934 a Normelor sanitare privind calitatea apei potabile, document armonizat la directivele Uniunii Europene și recomandările Organizației Mondiale a Sănătății, s-a creat cadrul normativ necesar pentru reglementarea calității și controlului calității apei potabile, a relațiilor și responsabilităților din acest domeniu. Este necesar de dezvoltat și în continuare

³⁹ ANUARUL IES – 2009 „Protecția mediului în RM, www.mediu.gov.md/file/rapoarte/Anuarul%20IES%202009.pdf

⁴⁰ Raport CNȘPMP Starea sanitaro-igienică și epidemiologică în Republica Moldova, 2009

⁴¹ Anuarul statistic al Republicii Moldova, 2009, <http://www.statistica.md/pageview.php?l=ro&idc=263&id=2193>

cadrul normativ pentru sistemele mici și foarte mici de alimentare cu apă potabilă, din care se alimentează circa 50% din populația țării.

C) Calitatea apelor de suprafață

Conform datelor oferite de către Inspectoratul Ecologic de Stat⁴², monitorizarea calității apelor de suprafață este efectuată în 52 puncte de control, amplasate pe 17 râuri și 9 bazine acvatice și limanul Cuciurgan, conform celor 49 indicatori hidrochimici și 5 grupe de elemente hidrobiologice. Aceeași sursă indică că calitatea apelor fluviului Dunărea și râurilor Nistru și Prut pe parcursul ultimilor ani n-a suferit schimbări esențiale și se încadrează între clasele II și IV de calitate. Regimul de oxigen a fost în general satisfăcător, cu excepția unor cazuri de insuficiență a oxigenului dizolvat în lunile de vară.

Cât privește râurile mici, apa din ele continuă să rămână intens poluată (clasele III-IV după indicii hidrobiologici), cu evidențierea unei tendințe alarmante de înrăutățire a calității și cu toate pericolele ce rezultă pentru sănătatea populației. În unele cazuri apa acestor râuri depășește concentrația maximal admisibilă (CMA) de zeci de ori, fapt cauzat în mare măsură de creșterea volumului deversărilor de ape reziduale neepurate.

Serviciul Sanitaro – Epidemiologic de Stat efectuează controlul calității apelor de suprafață în 209 puncte fixe, inclusiv în 48 de puncte la rr. Nistru și Prut, unde sunt amplasate 11 prize de apă potabilă. Monitorizarea se efectuează la 36 parametri sanitaro-chimici și 10 sanitaro-microbiologici, inclusiv la virusuri și conținutul de ouă viabile de helminți. În anul 2008 parametrii sanitaro – chimici de poluare a apei r. Nistru s-au caracterizat printr-o scădere comparativ cu anul 2007, ponderea necorespunderii a constituit pentru r. Nistru – 15,25 % din numărul total de probe studiate (2007-23,7 %), iar pentru r. Prut s-a menținut la același nivel și a constituit – 25,79 % (2007-24,8 %) ⁴³.

Continuă să se mențină ridicat nivelul de poluare al apei acestor râuri la parametrii sanitaro-microbiologici și a constituit pentru râul Nistru în anul 2008 52,6 % din probe (2007-29,0 %) și 62,3 în râul Prut (44,1% în 2007).

Necorespunderea calității apei rr. Nistru și Prut este condiționată de conținutul ridicat de bacterii coliforme lactopozitive, totodată pe tot parcursul anului din apă nu a fost depistată microflora patogenă. Continuă să fie depistate în apă ouă viabile de helminți în r. Nistru – 24,5 % - (2007 – 7,8%), r. Prut – 6,5 % (2007 – 11,8). În anul 2008 a scăzut ponderea depistării colifagilor din apa r. Nistru și a constituit 6,3 % față de 2007 – 7,3 % pentru r. Prut 6,5 % față de 2007 – 3,4%.

Este poluată apa râurilor mici (de categoria a II), unde ponderea necorespunderii la parametrii sanitaro – chimici a constituit 50% (50,2% - 2007), iar la parametrii sanitaro – microbiologici a constituit 47,1% comparativ cu 42,6% în anul 2007. Colifagii s-au depistat în 9,9%, în anul 2007- 2,9%. De asemenea, în apă continuă să fie depistate ouă viabile de helminți - 10,0% probe, în an. 2007 – 10,7%.

Situația descrisă nu se schimbă din cauza lipsei numărului corespunzător de sisteme de evacuare și epurare a apelor uzate menajere. În 2008 au fost primite în exploatare numai 11 sisteme de canalizare, din ele numai 5 au fost dotate cu stații de epurare. În țară continuă să fie construite și primite în exploatare noi sisteme apeducte, dar fără sisteme de canalizare.

3.5.5. Calitatea solului

Analiza calității solului⁴⁴ se evaluează în baza unui Program de activitate și Plan de acțiuni, în 10 raioane, pe 52 cîmpuri a 11 gospodării, pe o suprafață totală de peste 3500 ha, unde se duce evidența sistematică a gradului de poluare a solurilor cu pesticide, metale grele, produse petroliere, etc.

Utilizarea intensivă în agricultură a produselor de uz fitosanitar în anii 1960-1990 a contribuit la poluarea excesivă a solurilor. Începând cu anii 1990 nivelul de chimizare a agriculturii s-a redus simțitor, fapt ce a avut un impact pozitiv și asupra reducerii conținutului de chimicale în solurile țării. Totuși, conform datelor prezentate de Inspectoratul Ecologic de Stat pe pagina oficială a Ministerului Mediului (www.mediu.gov.md), pînă în prezent terenurile adiacente depozitelor de chimicale mai conțin cantități remanente de pesticide.

Pentru îndeplinirea obligațiilor în cadrul Convențiilor de la Stockholm, Basel, Rotterdam și altor acorduri internaționale cu referire la Poluanții Organici Persistenți (POP), MERN monitorizează activitățile

⁴² Anuarul IES – 2008 „Protecția mediului în RM” www.mediu.gov.md/file/rapoarte/Raport%20IES-2008.pdf

⁴³ Raport CNȘPMP Starea sanitaro-igienică și epidemiologică în Republica Moldova, 2009

⁴⁴ ANUARUL IES – 2008 „Protecția mediului în RM”, www.mediu.gov.md/file/rapoarte/Raport%20IES-2008.pdf

legate de substanțele chimice și deșeurile periculoase, inclusiv a celor din categoria POP. Determinarea reziduurilor de pesticide organoclorurate în sol în preajma depozitelor, unde au fost stocate pesticide inutilizabile și interzise în r-le Căușeni (Grădinița), Ștefan Vodă (Tudora), Telenești (Ratuș), Florești (Temeleuți), Briceni (Grimăncăuți), or. Cimișlia, au demonstrat poluarea solului cu pesticide în preajma tuturor depozitelor monitorizate, cu excepția depozitului din Ratuș.

Se determină o poluare a solurilor din cauza gunoștilor neamenajate, stocării deșeurilor de origine animalieră. Ca cele mai afectate teritorii cu poluare biologică a solului, determinată de necorespunderea la parametrii bacteriologici și parazitologici, conform probelor cercetate de CMP teritoriale⁴⁵, pot fi menționate, zonele rezidențiale și teritoriile instituțiilor pentru copii din mun. Chișinău și raioanele Anenii Noi, Cahul, Căușeni, Edineț, Hîncești, Ștefan-Vodă și Telenești.

3.5.6. Calitatea și consumul produselor alimentare

Din anul 2007 se implementează Programul național de eradicare a tulburărilor prin deficit de iod, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.539 din 17 mai 2007. La analiza probelor de sare iodată utilizată, 5,1% dintre probele investigate aveau conținutul în iod sub 25 mg/kg, pondere care este aproximativ la același nivel cu cea înregistrată în an. 2007 – 4,9%.

Conform dărilor de seamă pentru anul 2008 din teritoriile administrative ale republicii, ponderea medie republicană a probelor de produse alimentare necorespunzătoare normativelor igienice pentru indicii fizico-chimici constituie 3,4 % și este în descreștere de aproximativ 2 ori comparativ cu an.2007 (6,5%). De 2,5 ori este în descreștere ponderea medie republicană a probelor de produse alimentare necorespunzătoare normativelor igienice prin indicii microbiologici care constituie 2,8% comparativ cu an.2007 (7,4%)⁴⁶.

Contaminare supralimită cu elemente toxice (plumb, cadmiu) s-au depistat în probe unice. Valori supralimită de arsen și mercur nu s-au depistat nici în una din probele investigate. Este în descreștere ponderea probelor de alimente cu conținut supralimită de nitrați care constituie 7,9% comparativ cu an.2007 (9,7%).

În 0,4% dintre probele investigate au fost depistate cantități supralimită de pesticide. Conținutul de aditivi a depășit dozele maxime admise în 3% dintre probele investigate, ponderea depășirilor fiind în ușoară creștere comparativ cu cea 14 înregistrată în an. 2007 (2,3%). Nici în una din probele investigate nu au fost depistate depășiri ale limitelor maxime admise de nitrozamine, micotoxine, reziduuri de antibiotice.

În an.2008 s-au înregistrat 214 cazuri toxiinfecții alimentare dintre care 23 de origine bacteriană, inclusiv 12 – botulism și 190 cazuri de otrăviri cu ciuperci. Au fost afectate total 442 de persoane, dintre care în intoxicațiile de origine bacteriană – 159 persoane, inclusiv 13 - în botulism și 283 de persoane – în otrăvirile cu ciuperci, inclusiv 66 copii sub 17 ani.

⁴⁵ Raport CNȘPMP, Starea sanitaro-igienică și epidemiologică în Republica Moldova, 2009

⁴⁶ Raport CNȘPMP, Starea sanitaro-igienică și epidemiologică în Republica Moldova, 2009

IV. ESTIMAREA CAPACITĂȚILOR ACTUALE ALE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE A REPUBLICII MOLDOVA

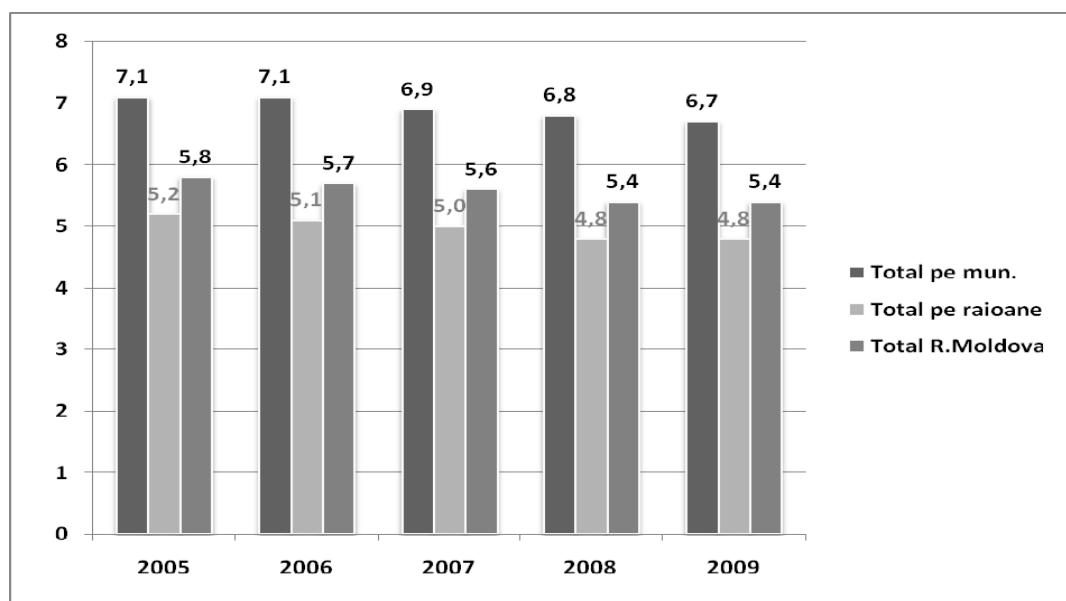
4.1. Asigurarea cu medici

Asigurarea populației Republicii Moldova cu medici se păstrează practic la același nivel (30,2 medici la 10 mii locuitori an. 2005 și, respectiv, 30,3 medici - în an. 2009).

La nivelul municipal asigurarea este de 1,8 ori mai înaltă decât la nivelul raional (29,9 și, respectiv, 16,4 medici la 10 mii locuitori, valori medii).

Asigurarea cu medici de familie a scăzut cu 6,9% în an. 2009 comparativ cu an. 2005 (5,4 și, respectiv, 5,8 la 10 mii). Aceeași tendință se observă la nivelul municipal și raional.

Graficul 92. Asigurarea cu medici de familie în Republica Moldova, municipii și raioane, 2005-2009, medici la 10 mii locuitori



Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

Analizând asigurarea cu medici pe specialități în raport cu gradul de morbiditate prin anumite maladii, observăm că, în cazul unor grupuri de boli, înregistrarea nivelului scăzut al incidenței este caracteristică raioanelor unde lipsesc medicii specialiști. Astfel, pentru raioanele unde nu sunt medici cardiologi (Nisporeni, Ungheni, Basarabeasca, Cantemir, Cășeni, Leova, Taraclia, Comrat, Vulcănești) se înregistrează cei mai mici indicatori ai incidenței și prevalenței totale a maladiilor aparatului circulator, pe când în raionul Soroca, care este unul dintre cele mai asigurate raioane cu specialiști cardiologi (0,5 specialiști la 10 mii locuitori), se înregistrează un nivel foarte înalt al incidenței totale prin maladiile aparatului circulator și nivel înalt al prevalenței prin aceeași grupă de boli (Tabelele 18, 21).

Aceeași legitate este caracteristică la înregistrarea tulburărilor mintale. În raioanele unde lipsesc medicii psihiatri (Comrat, Călărași, Dubăsari, Dondușeni) se înregistrează un nivel foarte mic și mic ai incidenței totale a tulburărilor mintale (Tabelele 24, 25). Aceasta ne permite să constatăm că indicatorii incidenței și prevalenței înregistrați pe raioane depind foarte mult de prezența medicilor specialiști, care activează în vederea depistării și înregistrării corecte a maladiilor, conform profilului specific.

Se observă o insuficiență semnificativă de medici oncologi la nivel de țară. În 15 raioane nu există specialiști oncologi (Drochia, Glodeni, Ocnîța, Anenii-Noi, Călărași, Dubăsari, Nisporeni, Rezina, Șoldănești, Basarabeasca, Cantemir, Leova, Taraclia, Comrat, Vulcănești, Raioanele). Lipsa specialiștilor face ca acest grup de maladii să fie depistat în rândurile populației la etape avansate, când pronosticul evoluției bolii este nefavorabil, iar tratamentul devine mult mai complicat și costisitor.

Situație similară se observă și în asigurarea cu medici endocrinologi. Acești specialiști lipsesc în 15 raioane ale țării (Glodeni, Ocnîța, Călărași, Criuleni, Dubăsari, Hîncești, Nisporeni, Șoldănești, Strășeni, Basarabeasca, Cantemir, Cimișlia, Taraclia, Comrat, Vulcănești), iar în majoritatea instituțiilor medicale raionale activează doar un singur specialist de acest profil. Totodată, menționăm tendința spre creștere a maladiilor endocrine, de nutriție și metabolism care se observă pe parcursul ultimilor ani, în special

creșterea morbidității prin diabet zaharat, ceea ce ar necesita o supraveghere mult mai amplă a populației, în special celor din grupurile de risc, din partea specialiștilor endocrinologi.

În 24 de raioane (Briceni, Dondușeni, Drochia, Florești, Glodeni, Ocnița, Rîșcani, Sîngerei, Călărași, Criuleni, Dubăsari, Hîncești, Nisporeni, Rezina, Șoldănești, Telenești, Basarabeasca, Cantemir, Căușeni, Cimișlia, Leova, Taraclia, Comrat, Ceadâr-Lunga) lipsesc medici gastroenterologi, pe când afecțiunile aparatului digestiv constituie 16,3% din cauzele mortalității generale a populației Republicii Moldova, iar printre bolile cronice înregistrate acest grup de maladii constituie 15,3%.

Prezintă interes analiza stării sănătății femeilor în raport cu gradul de asigurare cu medici ginecologi-obstetricieni. Conform datelor publicate în Anuarul statistic 2009, marea majoritate a raionalelor sunt asigurate suficient cu specialiști în acest domeniu. Însă, aceste date sunt raportate la 10 mii locuitori, pe când Normativele de personal a medicilor specialiști, stipulate în Ordinul MS nr. 100 din 10.03.2008, se referă la numărul de ginecologi raportat la 10 mii maturi. Astfel, acești indicatori sunt incomparabili.

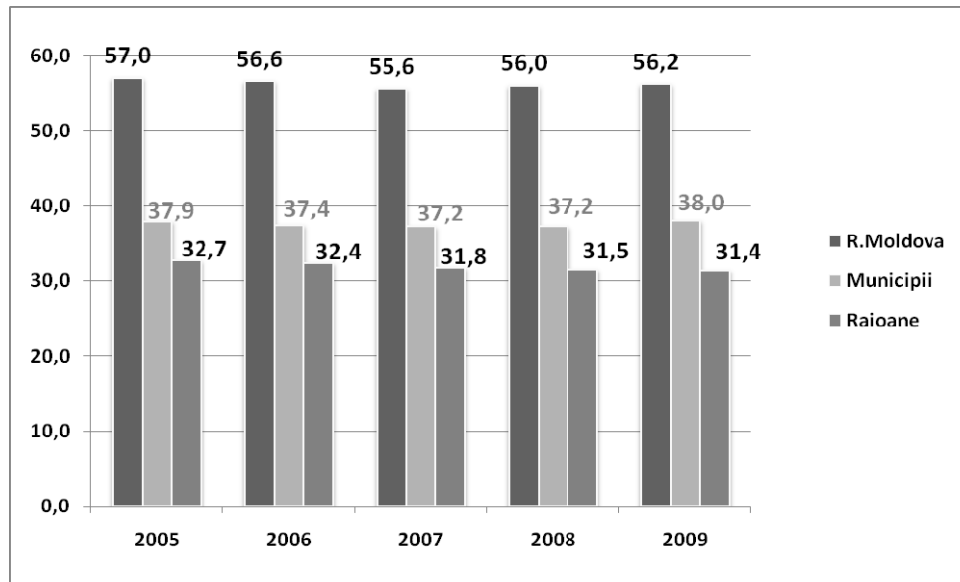
Aceeași situație se observă și la analiza asigurării cu medici pediatri, care, conform Normativelor menționate anterior, se raportează la 10 mii copii, pe când datele Anuarului statistic, indică raportarea la 10 mii locuitori. Este necesar de menționat faptul că în 11 raioane (Fălești, Rîșcani, Dubăsari, Nisporeni, Șoldănești, Basarabeasca, Cantemir, Căușeni, Leova, Taraclia, Vulcănești) lipsesc medici neonatologi, atunci când indicatorii mortalității și morbidității infantile, după cum am analizat în capitolele respective precedente, indică cifre alarmante.

4.2. Asigurarea cu pături

Asigurarea populației Republicii Moldova cu pături în an. 2009 a scăzut cu 1,4% comparativ cu an. 2005 (56,2 și, respectiv, 57,0 pături la 10 mii locuitori).

În *Graficul 93* este prezentată asigurarea populației cu pături la diferite nivele. Comparând valorile, observăm că populația din municipii are de 1,2 ori acces mai mare la serviciile spitalicești.

Graficul 93. Asigurarea populației cu pături în Republica Moldova, municipii și raioane, 2005-2009, pături la 10 mii locuitori



Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md

4.3. Nivelul de spitalizare

Nivelul de spitalizare are o tendință de creștere cu 16,9% în an. 2009, comparativ cu an. 2005 (18,0 și, respectiv, 15,4 spitalizări la 100 locuitori).

Numărul de spitalizări pe țară are un nivel mai înalt decât în teritoriu, fapt explicat prin prezența spitalelor republicane. Trebuie de menționat, că în perioada analizată nivelul de spitalizare la nivel municipal s-a mărit cu 10,7% (13,4 și, respectiv, 12,1 la 100 locuitori) și la nivelul raional – cu 11,9% (11,0 și, respectiv, 10,1 la 100 locuitori).

Conform studiului selectiv al BNS,⁴⁷ cel mai des apelează la serviciile medicale spitalicești populația în vârstă de 65–74 ani cu o pondere de 20,5%. Populația din mediul urban înregistrează o proporție mai mare a spitalizărilor (11,0%), comparativ cu cea din mediul rural (9,9%).

Deținerea poliței de asigurare medicală, de asemenea, determină frecvența adresărilor la servicii spitalicești. Persoanele asigurate au fost internate în spital în proporție de 11,7% față de 5,3% în cazul persoanelor neasigurate.

Durata medie a unei spitalizări a constituit 13,5 zile, cu o diferențiere a acesteia de la 9,6 zile, în cazul copiilor în vârstă de 0-14 ani, pînă la 18,7 zile pentru populația cuprinsă în grupa de vârstă 45-54 ani.

Durata medie de spitalizare în cazul bărbaților a fost de 12,9 zile față de 14,0 zile pentru femei, iar numărul mediu de spitalizări a fost de 1,3 ori și, respectiv, 1,4 ori.

Bărbații au fost internați în spital de cele mai dese ori pe o durată de 6 – 14 zile (66,4%) sau cu 9,8 puncte procentuale mai mult comparativ cu femeile. Totodată, la femei revin mai multe cazuri de spitalizare cu o durată de pînă la 5 zile și mai mult de 40 zile.

Practic fiecare a doua persoană, care a beneficiat în ultimele 12 luni de servicii spitalicești, a fost internată în spitalul raional, fiecare a patra persoană în spital republican, iar fiecare a cincia persoană a fost internată în spital municipal. Populația din mediul rural, de regulă, este internată în spitalele raionale (62,0%) și cele de nivel republican (31,4%), iar populația urbană este internată în spitale municipale și cele raionale.

Distribuția populației pe grupe de vârste evidențiază disproporții semnificative între acestea și tipul spitalului în care a fost internată persoana. Internările în spitalele raionale sunt caracteristice pentru toate grupele de vârstă, însă cu o pondere mai mare pentru populația în vârstă de 15–24 ani. În spitalele de nivel republican sunt mai frecvente cazurile de internare a copiilor și a persoanelor în vârstă de 45–74 ani.

Pe perioada internării în spital, persoanelor internate li s-a asigurat careva servicii suplimentare de către membrii familiei sau alte persoane. Circa 41% din persoanele, care au fost internate în spital în ultimele 12 luni, au indicat că au fost în situația de a folosi lenjeria de pat de la domiciliu, de cele mai dese ori acesta fiind cazul spitalelor raionale (51,5%). Au renunțat la masa oferită în spital 24% din respondenți, cele mai frecvente cazuri fiind în spitalele de nivel republican (28,6%).

Dat fiind, că asigurarea medicală nu acoperă integral medicamentele necesare pentru tratament, 40,0% din respondenți au indicat că au procurat suplimentar necesarul de medicamente. În funcție de tipul spitalului, se constată că cel mai rar au recurs suplimentar la medicamente persoanele internate în spitalele raionale (37,3%), iar cel mai des persoanele internate în spitalele republicane (48,4%). Totodată, 13% din respondenți au fost în situația de a procura diverse consumabile medicale (bandaje, seringi, etc.), cele mai frecvente fiind, de asemenea, cazurile din spitalele republicane (25,7%).

Practic fiecare a treia persoană, care a fost internată în spital în ultimele 12 luni, a fost îndreptată de către medicul de familie sau specialist, iar fiecare a cincia persoană a fost transportată la spital de către urgență (19,8%). Opțiunea pentru tipul spitalului în cazul a 9,1% din respondenți a fost bazată pe propria inițiativă sau în baza recomandărilor rudelor sau cunoscuților.

Pe medii de reședință, diferențe semnificative sunt înregistrate în cazul populației internate în baza îndreptării de la urgență, 30,5% în mediul urban față de 11,0% în rural. Bărbații au fost internați într-o proporție mai mare în baza îndreptării unui medic specialist (37,2% față de 32,8% în cazul femeilor), iar femeile în baza îndreptării de la medicul de familie (respectiv 37,1% față de 35,6%).

Din totalul populației care a primit îndreptare la spital în ultimele 12 luni, 94,1% au beneficiat de aceasta, iar 5,9% au refuzat din careva motive. Pe grupe de vârstă, ponderea populației care au refuzat să fie internați în spital crește odată cu înaintarea în vârstă și în cazul persoanelor în vârstă de 75 ani aceasta este de 14,2%.

Ponderea bărbaților care au refuzat internarea în spital, s-a dovedit a fi mai mică cu 3,2 puncte procentuale, comparativ cu femeile (4,1% față de 7,3%). Pe medii de reședință, ponderea populației care a refuzat să fie internată în spital este mai mare în cazul populației rurale (6,2% față de 5,3%).

4.4. Numărul de vizite la un locuitor

⁴⁷ Studiu BNS „Sănătatea populației și accesul populației la serviciile de sănătate” 2008, ca modul complementar la studiul în gospodăria Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice (CBGC), realizat în parteneriat cu Ministerul Sănătății și cu asistența tehnică din partea Băncii Mondiale, proiectul Servicii de Sănătate și Asistență Socială.

S-a mărit și alt indicator – numărul de vizite la 1 locuitor: de la 5,4 vizite la 1 locuitor în an. 2005 pînă la 5,8 vizite la 1 locuitor în an. 2009 pe țară.

La nivelul municipal s-a menținut cu valoarea medie de 6,6 vizite pe cap de locuitor pentru an. 2005-2007 cu o creștere pînă la 6,9 vizite la 1 locuitor în an. 2009.

La nivelul raional o creștere cu 6,7% în an. 2009 comparativ cu an. 2005 (4,8 vizite la 1 locuitor și 4,5 vizite la 1 locuitor, respectiv).

Numărul de vizite la medicii de familie la 1 locuitor a crescut numai în an. 2009 cu 7,4% comparativ cu an. 2005-2007 (2,9 și, respectiv, 2,7 vizite la 1 locuitor).

La nivelul municipal a crescut cu 10,3% (3,2 vizite la 1 locuitor în an. 2009 și, respectiv 2,9 vizite la 1 locuitor în an. 2005). În mun. Chișinău se păstrau aceleași valori (3,1 vizite la 1 locuitor) pentru toată perioada de analiză, doar în an. 2009 indicatorul s-a mărit pînă la 3,3 vizite la 1 locuitor, în mun. Bălți este o creștere cu 26,1% în an. 2009 comparativ cu an. 2005 (2,9 și, respectiv, 2,3 vizite la 1 locuitor) ce a influențat creșterea generală la nivel municipal.

La nivelul raional în an. 2008 se observă o descreștere cu 3,7%, comparativ cu an. 2005 (2,6 și, respectiv, 2,7 vizite la 1 locuitor), însă în an. 2009 avem o stabilizarea a numărului de vizite comparativ cu începutul studiului – 2,7 vizite la 1 locuitor.

Conform studiului selectiv al BNS din 2008,⁴⁸ cele mai puține cazuri de solicitare a serviciilor medicale sînt caracteristice pentru vârsta de 25-34 ani (14,1%) și, respectiv, nivelul de adresări sporește odată cu vârsta, după 65 ani acesta fiind de 34,0%. În general, populația din mediul urban este mai îngrijorată de starea sa de sănătate, astfel încât, fiecare a patra persoană din orașe s-a adresat după servicii medicale în cele 4 săptămîni anterioare interviului (în mediul rural au beneficiat de servicii medicale 21,7% din populație).

Ponderile cele mai mari de adresare la medic se regăsesc în rândurile populației de sex feminin (cu excepția celei în vîrstă de pînă la 24 ani și a celei de 75 ani și mai mult). Diferențele cele mai semnificative pe sexe, sînt înregistrate la populația în vîrstă de 35-44 ani, unde femeile au apelat la consultația medicului într-o proporție cu 12,7 puncte procentuale mai mult, comparativ cu bărbații.

Indiferent de categoria de vîrstă, persoanele care au apelat în ultimele 4 săptămîni la serviciile medicale, în cea mai mare parte au beneficiat de serviciile medicului de familie (51,8%) și a medicului specialist (34,0%). Paralel cu acestea, în proporții de 4,1% și, respectiv, 6,8% populația a beneficiat de consultațiile (serviciile) farmacistului și a dentistului.

Pe parcursul a 4 săptămîni incluse în cercetare, serviciile stomatologice au fost solicitate cel mai mult de către persoanele în vîrstă de 35-44 ani (12,6%), iar cel mai puțin de către populația în vîrstă de 55 ani și peste (4,4%). Pe medii de reședință, se constată, că atât populația din mediul urban, cât și cea din mediul rural, au recurs la serviciile stomatologului în proporție aproximativ egală.

Adresările la medic se diferențiază și în dependență de vîrsta persoanei. Copiii în vîrstă de pînă la 15 ani și persoanele în vîrstă de 75 și peste ani s-au adresat preponderent la medicul de familie, iar în cazul persoanelor în vîrstă de 25-44 ani predomină vizitele la medicul specialist. Totodată, serviciile medicului specialist au fost solicitate în cea mai mare parte de către persoanele de sex feminin cu o diferență de 5,2 puncte procentuale față de bărbați.

4.5. Gradul de accesibilitate a populației la servicii de sănătate

Rezultatelor obținute și descrise în compartimentele anterioare despre mortalitatea și morbiditatea, atât generală, cât și specifică a populației, precum și gradul redus de asigurare cu medici în regiunile rurale ne confirmă faptul că accesibilitatea locuitorilor din municipii la asistența medicală este mai mare decât la nivel raional. Acest fapt explică diferențele evidente dintre indicatorii de sănătate la populația rurală și cea urbană.

Totodată, conform studiului selectiv al BNS menționat mai sus, observăm că beneficierea de tratament sau observație medicală depinde și de nivelul de bunăstare al populației, resursele financiare fiind o condiție importantă în asigurarea accesului la anumite servicii medicale. Astfel, populația din rândul celor săraci s-a

⁴⁸ Studiu BNS „Sănătatea populației și accesul populației la serviciile de sănătate” 2008, ca modul complementar la studiul în gospodării Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice (CBGC), realizat în parteneriat cu Ministerul Sănătății și cu asistența tehnică din partea Băncii Mondiale, proiectul Servicii de Sănătate și Asistență Socială.

adresat la medic într-o proporție de 15,5%. Acest fapt, relevă existența unor inechități în accesul populației la serviciile de asistență medicală primară.

Acordarea serviciilor medicale, pentru mai mult de jumătate din populația care a apelat la acestea, a avut loc la centrul de sănătate. Fiecare a patra persoană a beneficiat de serviciile medicale oferite de oficiile medicului de familie, în cazul a 8,3% din persoane ajutorul medical a fost acordat la domiciliul bolnavului, iar 7,3% - la spital.

Pe medii de reședință se constată, că populației din mediul rural preponderent i se acordă ajutor medical în cadrul punctelor medicale (45,6%), iar în cazul populației din mediul urban 80% din populație se adresează la centrele de sănătate. În mediul rural sunt mai frecvente adresările după servicii medicale la spital și farmacii, cu o diferență de câte 3 puncte procentuale față de mediul urban.

Pe grupe de vârstă, putem remarca o mai mare pondere a serviciilor acordate la domiciliul pentru populația în vârstă de 75 ani - 31,5%. În medie, la serviciile medicale acordate în cadrul farmaciilor recurg 4,1% din populație, iar în cazul vîrstnicilor fiecare al zecelea caz de adresare este înregistrat în farmacie.

În funcție de nivelul de bunăstare al populației, constatăm că pentru toate categoriile de populație, serviciile medicale au fost acordate preponderent la centrul de sănătate. În cazul populației cel mai bine asigurate au fost înregistrate relativ mai multe cazuri de adresare la instituțiile spitalicești și mai puține cazuri de adresare după servicii medicale la farmacie.

Motivul pentru care apelează populația la medic variază foarte mult în funcție de vârstă, sex și mediu de reședință. Cele mai frecvente motive pentru care populația se adresează la medic sînt: tratament general (40,6%), răceală sau tuse (17,8%) și vizitele repetate (16,2%). Populația din mediul urban mai des se adresează la medic în caz de răceală, tuse sau febră și ca continuare a vizitei precedente, pe cînd populația din rural se adresează mai mult pentru tratament general și în caz de careva vătămare.

Adresările la medic, calificate ca vizită administrativă, sunt la fel mai frecvente în rândurile bărbaților, cu 5 puncte procentuale mai mult comparativ cu femeile. Astfel, femeile în vârstă de 15–24 ani au înregistrat o rată de adresare pe motiv de vizită administrativă cu 12,1 puncte procentuale mai mică decât în cazul bărbaților din aceeași categorie de vârstă. Totuși, ponderile maxime sunt înregistrate pentru solicitările consultațiilor pe motiv de tratament general, atât pentru bărbați, cât și pentru femei.

Persoanele asigurate s-au adresat într-o proporție mai mare pe motiv de răceală și tuse (18,8% față de 10,7%), iar pe motiv de tratament general, ponderea acestora este mai mică (39,5%) față de cea înregistrată în cazul persoanelor neasigurate (48,6%), dat fiind, că în cazul persoanelor asigurate au fost înregistrate mai multe cazuri de vizite repetate. Este necesar de menționat, că persoanele asigurate s-au adresat într-o proporție mai mică pe motivul durerilor de dinți (5,9% față de 13,7% pentru persoanele neasigurate).

În cele mai multe cazuri (91,2%), populația a apelat după servicii medicale la instituțiile medicale din sectorul public, cel privat fiind solicitat de 8,4% din populație. Serviciile medicale private sunt solicitate preponderent pe motivul durerilor de dinți (43,5% din total persoane care au beneficiat de servicii medicale private), iar cele publice preponderent pentru tratament general, respectiv 42,6%.

În funcție de vârsta respondenților constatăm că, serviciile medicale prestate de sectorul privat au fost solicitate într-o proporție mai mare de către persoanele în vârstă de 25–44 ani, după care ponderea persoanelor care au beneficiat de serviciile sectorului privat scade.

Bărbații, în medie, au declarat vizite mai frecvente la instituțiile medicale de stat, cu 1,4 puncte procentuale mai mult decât femeile. Femeile la rândul lor, au preferat într-o proporție mai mare serviciile unei instituții medicale private, cu 6 puncte procentuale mai mult decât bărbații. Pe vîrste însă, s-a constatat că bărbații în vârstă de 35–44 ani, sunt cei care au apelat într-o proporție mai mare la instituțiile private, cu 12,4 puncte procentuale mai mult comparativ cu femeile.

În funcție de statutul de persoană cu sau fără asigurare medicală, se constată o preferință mai mare pentru serviciile sectorului privat în cazul persoanelor neasigurate.

Din total persoane neasigurate, care au beneficiat de servicii medicale pe parcursul a 4 săptămîni incluse în studiul selectiv al BNS, 12,3% s-au adresat la unitățile private față de 7,8% în cazul persoanelor asigurate.

În dependență de nivelul de bunăstare al populației, putem constata că cea mai mare parte a populației s-au adresat după servicii medicale la instituțiile de stat. Totodată, pe măsura creșterii nivelului de bunăstare al populației descrește ponderea adresărilor la instituțiile medicale de stat și respectiv crește ponderea adresărilor la instituțiile private.

În ce privește investigațiile de laborator, indicatorul mediu pentru anii supuși studiului este de 2,4 analize la 1 vizită, la nivel raional el fiind mai mare decât la nivel municipal (2,2 și, respectiv, 1,9). Volumul examenelor paraclinice în anii supuși studiului au înregistrat o creștere în felul următor:

- numărul ședințelor radiofotografice a crescut cu 34,1% (de la 4912,7 ședințe la 10 mii locuitori în an. 2005 la, respectiv, 6588,0 ședințe în an. 2009);
- numărul investigațiilor endoscopice a crescut cu 66,3% (de la 1650,2 investigații la 100 mii locuitori în an. 2005 la 2744,6 - în an. 2009);
- numărul investigațiilor ecografice au crescut cu 70,0% (de la 14930,0 la 100 mii locuitori în an. 2005 la 25374,5 - în an. 2009).

Volumul de utilizare a examenelor paraclinice este mai înalt în municipii decât la nivel raional după cum urmează:

- ședințele radiofotografice - de 1,6 ori;
- investigațiile endoscopice - de 2,6 ori;
- investigațiile ecografice de - 1,7 ori.

Presupunem că, utilizarea mai frecventă a analizelor de laborator la nivel raional apare ca un substituent al examinărilor paraclinice pentru pacienții din aceste regiuni.

Renunțarea populației la serviciile medicale⁴⁹ poate fi explicată din mai multe motive. Cel mai frecvent motiv indicat de respondenți este utilizarea medicamentelor procurate anterior în caz de boală – 65,4%, după care urmează insuficiența de mijloace financiare – 29,2%. În afară de aceasta, 27% din respondenți nu s-au adresat la medic, dat fiind că au recurs la tratament fără consultarea medicului cu utilizarea diferitor plante medicinale, iar 22% au considerat că boala poate fi depășită fără a recurge la serviciile medicale.

Amplasarea instituției medicale s-a dovedit a fi una din cauzele de renunțare la serviciile medicale doar pentru 5,5% din respondenți. Totodată, 10% din respondenți au indicat drept motiv și faptul că nu dispun de asigurare medicală obligatorie.

Cauza renunțării la serviciile medicale diferă foarte mult în funcție de mediul de reședință al persoanei. Populația din mediul urban în caz de boală mai des recurge la utilizarea medicamentelor procurate anterior (75,3% față de 56,8% în rural). În cazul populației rurale mai des se renunță la serviciile medicale pe motiv de insuficiență a mijloacelor financiare (36,4% față de 20,9% în urban), fiind frecvente și cazurile când nu se întreprinde nimic în caz de boală pe motiv că „situația va fi depășită fără a recurge la servicii medicale” (28,9% față de 15,3% în urban).

4.6. Gradul de satisfacție a populației vizînd calitatea serviciilor de sănătate oferite de sistemul sănătății

Schimbările realizate pe parcursul ultimilor ani îndreptate spre consolidarea bazei tehnico-materiale au ca țintă îmbunătățirea condițiilor de muncă ale personalului medical și de întreținere a pacienților în instituțiile medicale. Conform datelor unui sondaj⁵⁰, starea clădirilor și a cabinetelor medicale, atât a spitalelor cât și ale instituțiilor de ambulatoriu, a fost apreciată de locuitori cu medie de 3,39 puncte. Condițiile de așteptare (locurile de așteptare) au fost punctate în medie pentru spitale cu 3,49 puncte, pentru ambulatoriu – 3,18 puncte⁵¹. Observăm că această apreciere este la limita de mediu, ceea ce indică că populația țării are așteptări mai înalte față de calitatea serviciilor de sănătate oferite de sistemul sănătății.

O măsură eficientă de îmbunătățire a calității asistenței medicale este implementarea Protocoale clinice naționale de diagnostic și tratament inițiată în anul 2008. În rezultatul evaluării indicatorilor de monitorizare a implementării Protocoalelor clinice naționale și ale instrumentelor de asigurare a calității asistenței medicale, s-a constatat o ameliorare a indicatorilor de sănătate a populației, inclusiv și a mortalității populației. Astfel, în anul 2008, comparativ cu anul 2007, s-a micșorat mortalitatea populației cauzate de boli ale aparatului circulator; boli ale sistemului nervos central; boli ale aparatului digestiv, inclusiv hepatite cronice și ciroze hepatice; boli ale sistemului respirator.

⁴⁹ Studiu BNS „Sănătatea populației și accesul populației la serviciile de sănătate” 2008, ca modul complementar la studiul în gospodării Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice (CBGC), realizat în parteneriat cu Ministerul Sănătății și cu asistența tehnică din partea Băncii Mondiale, proiectul Servicii de Sănătate și Asistență Socială.

⁵⁰ Raport privind sondajul gradului de satisfacție al pacienților la nivel național realizat de Ministerul Sănătății cu suportul Programului preliminar pe țară al Fondului „Provocările Mileniului” pentru o Bună Guvernare, în perioada iulie 2008 – ianuarie 2009

⁵¹ Scala de apreciere fiind de 5 puncte: 1 – rău; 2 – nesatisfăcător; 3 – mediu; 4 – bine; 5 – excelent

Conform studiului selectiv al BNS⁵², nesatisfația pentru calitatea serviciilor medicale primite a fost indicată de către 7% din respondenți drept motiv de renunțare la servicii medicale, iar 6,3% au indicat lipsa de încredere în medici.

Mai mult de două treimi din populația care a beneficiat de servicii medicale au declarat că medicul le-a explicat bine și pe înțeles metodele de tratament aplicate, 15,4% au primit explicații, dar fără să înțeleagă sensul acestora, iar 13,3% din respondenți nu au primit nici o lămurire.

Perceperea nivelului de informare a pacientului diferă foarte mult în funcție de vârsta pacientului. Circa 80% din persoanele în vârstă de 25-54 ani au indicat că li s-a explicat bine și pe înțeles metoda de tratare, pe când în cazul grupe de vârstă 75 și peste ani, ponderea acestor persoane este de 43,5%.

Populația de sex masculin a declarat mai frecvent faptul că nu a înțeles nimic din explicațiile medicului, cu 5,8 puncte procentuale mai mult în comparație cu femeile (sau 12,9%, față de 18,7%). Femeile însă, cu 4,8 puncte procentuale mai mult decât bărbații au declarat că nu li s-au explicat deloc metodele de tratament.

Populația din mediul rural s-a dovedit a fi mai optimistă față de perceperea calității serviciilor medicale. Astfel, 30,4% consideră că aceasta s-a îmbunătățit considerabil sau într-o oarecare măsură, iar în mediul urban doar 21,5% s-au pronunțat pozitiv.

Totodată, fiecare a cincea persoană din mediul urban a menționat înrăutățirea situației, pe când în mediul rural ponderea persoanelor cu o astfel de viziune constituie 7,9%.

Atitudinea față de calitatea serviciilor medicale diferă semnificativ în dependență de faptul dacă persoana dispune sau nu de asigurare medicală. Astfel, din totalul persoanelor asigurate, 28,2% consideră că calitatea serviciilor medicale a crescut, cca 35% au menționat că situația nu s-a schimbat, 24,0% nu au putut să se pronunțe, iar 14,0% consideră că accesul la serviciile medicale s-a înrăutățit.

În cazul persoanelor fără asigurare medicală, creșterea calității serviciilor medicale a fost menționată doar de 21,7% din persoane, mai semnificativă fiind ponderea celor care nu au putut să dea un răspuns la această întrebare (35,8%) și a celor care consideră că calitatea serviciilor nu s-a schimbat (32,6%). Prevalența persoanelor care nu au putut să se pronunțe asupra calității serviciilor medicale se explică prin nivelul redus de adresări/vizite la medic a acestei categorii de populație.

⁵² Studiu BNS „Sănătatea populației și accesul populației la serviciile de sănătate” 2008, ca modul complementar la studiul în gospodăria Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice (CBGC), realizat în parteneriat cu Ministerul Sănătății și cu asistența tehnică din partea Băncii Mondiale, proiectul Servicii de Sănătate și Asistență Socială.

V. EVALUAREA PROCEDURII DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

Procesul de colectare a datelor din sistemul sănătății are la bază informația colectată prin formularele statistice, care conțin o descriere largă a diferitor componente ale activității medicale. Monitorizarea se face prin calcularea indicatorilor generali și a unor indicatori specifici (ex. forme nozologice). Registrul cu analizatorii statistici se aprobă anual prin ordinul Ministerului Sănătății.

În procesul de analiză a datelor statistice s-a observat o discrepanță evidentă dintre rezultatele oferite de diferite raioane, uneori chiar amplasate în vecinătate (de exemplu: incidența maladiilor aparatului respirator pentru raionul Vulcănești). Presupunem că astfel de diferențe sunt rezultatul unor lacune în sistemul de monitorizare și evaluare la nivel raional, cum ar fi managementul incorect al tichetelor statistice, ca formă de evidență primară a patologiilor, cu repetarea tichetelor statistice în evidența prevalenței și a vizitelor repetate la medic.

O altă cauză determinată ar fi hiperdiagnosticul, cu supraestimarea unor simptome, ce influențează rata incidenței prin anumite maladii. Ca urmare, datele sunt interpretate incorect, ceea ce poate duce la decizii manageriale ineficiente. Este necesar de a **consolida capacitățile personalului** implicat în monitorizare și evaluare din cadrul instituțiilor medicale, **prin instruire suplimentare, elaborarea unor ghiduri speciale, elaborarea unor adnotații la completarea formularelor statistice** în care să fie indicate definițiile exacte ale unor noțiuni de evidență (ex.: vizită primară, vizită repetată, control profilactic etc.).

Calitatea indicatorilor statistici prezentați este influențată, în mare parte, de calitatea abilităților profesionale ale resurselor umane implicate în sectorul de evidență statistică. Astfel, datele CNMS ne arată că la etapa actuală în sistemul sănătății activează 147 medici statisticieni și 273 specialiști cu studii medii, pe când sistemul necesită 281,5 funcții scriptice pentru personal cu studii superioare și 426,5 funcții pentru personal mediu. Aceste cifre ne confirmă faptul că sistemul de monitorizare și evaluare din țară are nevoie de o consolidare semnificativă, cu **determinarea unor mecanisme de motivare a personalului și formarea continuă a celor implicați în această activitate.**

O carență în monitorizarea statistică este și diferența dintre organizarea asistenței specializate la nivel de raion și municipiu. În cazul raioanelor, asistența specializată se referă la asistența spitalicească prin secția consultativă, pe când la nivel de municipiu -- la Centrul consultativ de diagnostic. Această diferență crează riscul apariției unor dublări în evidența statistică, ceea ce influențează și calitatea interpretării rezultatelor. În acest sens, ar fi binevenită **facilitarea circulației informației și pe orizontală între diferite servicii** (ex. dintre asistență medicală primară, spitalicească și de urgență).

Un impact semnificativ asupra rezultatelor colectate are și diferența esențială între accesul la servicii medicale la nivel urban și rural (unele regiuni cu doar cca 50% acoperire cu medici). Astfel, indicatorii primiți pentru localitățile, unde lipsesc sau sunt insuficienți medici, nu vor demonstra situația reală a stării sănătății populației.

Considerăm că **este necesar de intensificat conlucrarea Ministerului Sănătății cu alte autorități publice centrale** (ex. Ministerul Mediului, Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, etc.) în vederea unei monitorizări mai ample a tuturor factorilor cu impact asupra sănătății populației. Din acest motiv este **necesar de a prevedea anumite mecanisme ce ar facilita schimbul de informație dintre diferite domenii ce vizează starea sănătății publice.**

Am recomanda și o **transparență mai mare la informația colectată de CNAM**, cum ar fi datele privind evidența medicamentelor compensate, unii indicatori de performanță, etc.

Cu toate că există tendința de a armoniza unii indicatori la standardele OMS, totuși, o parte din indicatorii importanți utilizați de Organizația Mondială a Sănătății nu sunt calculați – DALY⁵³, PYLL⁵⁴, QALY⁵⁵. Aceștia ar determina mult mai estimativ calitatea vieții persoanelor bolnave, a celor cu dizabilități, mortalitatea prematură, cheltuielile în sistemul de sănătate etc. Considerăm **utilă și necesară calcularea acestor indicatori pentru sistemul sănătății din Republica Moldova.**

⁵³ indicator introdus în 1996 de OMS, indică anii de viață ajustați după incapacitatea de muncă

⁵⁴ indicator al mortalității premature, include media de ani pe care o persoană i-ar fi trăit dacă nu murea prematur

⁵⁵ indicator ce reflectă cantitativ și calitativ viața trăită, se bazează pe numărul de ani care vor fi adăugați în urma unei intervenții medicale

VI. CONCLUZII

1. Evoluția indicatorilor demografici pentru ultimii 5 ani atestă o îmbunătățire a situației: natalitatea și sporul natural au tendință spre creștere, stabilizarea mortalității. Totuși, făcând o analiză a proceselor demografice pentru o perioadă mai extinsă în timp, observăm o schimbare alarmantă a caracteristicilor fenomenului demografic din Republica Moldova: natalitate și fertilitate în scădere, spor natural negativ, mortalitate înaltă, îmbătrânirea populației, migrația sporită, etc.

2. Majorarea numărului de femei de vârstă reproductivă (datorită “baby-boom”-ul din perioada anilor 1980-1990) poate favoriza creșterea natalității în țară. Însă, se determină un șir de factori care induc riscul ca numărul nașterilor să rămână în continuare la valori joase sau cu oscilații ne semnificative, printre care sunt: implicarea tot mai activă a femeii în viață socială în lipsa condițiilor favorabile pentru îmbinarea rolurilor profesionale cu a celor părintești, motivarea insuficientă din partea statului pentru nașterea mai multor copii. Îndemnizațiile oferite pentru copii sunt departe de a acoperi necesitățile lunare pentru întreținerea adecvată a mamei și copilului. Pentru a favoriza creșterea natalității în țară este necesar de realizat un șir de măsuri cu implicare intersectorială, cum ar fi dezvoltarea unor mecanisme de motivare a tinerilor familii pentru a naște mai mulți copii, politici care garantează veniturile familiilor cu copii și strategii a investițiilor sociale orientate spre copil.

3. Datele statistice ne demonstrează că starea sănătății femeii în Republica Moldova rămâne la indicatori alarmanți. Este înaltă morbiditatea femeilor determinată de boli sexual-transmisibile, fiind fără schimbări esențiale pe parcursul ultimilor 5 ani. Aceeași situație se observă și în cazul morbidității prin tuberculoză forma activă. Crește rata femeilor depistate cu alcoolism și psihoză alcoolică, crește morbiditatea prin tumori maligne. Aceste date ne permit să constatăm că măsurile întreprinse la etapa actuală în vederea sănătății reproductive a populației, inclusiv educarea pentru sănătate, sunt insuficiente și necesită a fi fortificate.

4. Scăderea natalității, rata înaltă a mortalității, precum și migrația masivă, motivează sporul negativ al populației și îmbătrânirea demografică. Una din consecințele acestei situații, pentru viitorul apropiat, va fi micșorarea cantitativă a populației în vârstă aptă de muncă și îmbătrânirea forței de muncă în țară, ceea ce va influența raportul dintre populația activă și cea inactivă, distribuția veniturilor, cheltuielile publice pentru asigurarea socială, investițiile și, în general, bunăstarea țării.

5. Pentru perioada anilor 2005-2009 în Republica Moldova se observă o tendință de creștere a duratei medii de speranță a vieții la naștere pentru ambele sexe, atât pentru bărbați, cât și pentru femei (73,4 ani pentru femei și 65,3 pentru bărbați). Totuși, acest indicator rămâne în urmă în comparație cu țările europene economic avansate, unde speranța de viață la naștere în medie variază de la 78 la 81 ani. Ecartul dintre speranța de viață masculină și speranța de viață feminină se menține constant pe toată perioada, pastrându-se în jurul valorii de 8 ani.

6. Indicatorul mortalității generale din Republica Moldova pe parcursul ultimilor 5 ani are tendință nesemnificativă spre descreștere atât la nivel municipal, cât și cel raional. Indicatorul mortalității din an. 2009 este similar cu indicatorul anului 1994, ceea ce ne permite să constatăm, cu regret, că numărul deceselor anuale în rândurile populației rămâne fără schimbări esențiale ultimii 15 ani de tranziție socio-economică. Supramortalitatea masculină se observă chiar din primul an de viață.

7. Analiza mortalității specifice în ambele sexe și după principalele cauze de deces a scos în evidență, că rata mortalității prin bolile cardio-vasculare la femei este de 1,1 ori mai mare decât la bărbați. În restul grupelor de maladii, mortalitatea masculină prevalează față de cea feminină: de 1,4 ori mai mare prin tumori; de 1,1 ori mai mare prin bolile aparatului digestiv; de 3,6 ori mai mare prin traume și otrăviri; de 2,1 ori mai înaltă prin bolile aparatului respirator. Acest fapt poate fi explicat prin specificul profesiilor și îndeletnicirilor cu un risc crescut pentru viață mai des întâlnite la populația masculină, atitudinea bărbaților mai puțin responsabilă față de propria sănătate și adresarea la medic în fazele tardive ale bolii, când asistența medicală nu mai poate fi eficientă.

8. Mortalitatea în vârstă aptă de muncă cu toate că are tendință spre scădere, rămâne la valori înalte. În mediul rural acest indicator este de 1,4 ori mai mare decât în mediul urban pe parcursul întregii perioade de studiu ceea ce poate fi explicat prin accesibilitatea mai redusă a populației rurale la serviciile de sănătate de calitate. Din cauzele cele mai frecvente de deces, maladiile sistemului cardiovascular determină rata cea mai mare (25,8%), urmate de traume și otrăvuri (20,4%), tumori (18,2%), afecțiunile aparatului digestiv (16,3%) etc.

9. Mortalitatea copiilor în vârstă sub 5 ani în Republica Moldova are tendința spre descreștere. Scăderea mortalității printre copii se poate datora realizării unor intervenții eficiente în sănătatea publică în

vederea îmbunătățirii factorilor de mediu ce acționează asupra copiilor, campanii de informare pentru scăderea riscului accidentelor etc. Mortalitatea infantilă constituie pînă la 80,0% din numărul de decese. O componentă masivă a cauzelor mortalității infantile revin afecțiunilor perinatale (40,8% în an.2009), care sunt în dependență directă de sănătatea femeii, condiționată de alimentație insuficientă, utilizare de alcool, tutun sau droguri. Mortalitatea copiilor în mediul rural este de 1,4 ori mai mare decât în mediul urban, ce se explică prin nivelul mai scăzut de educație și cunoștințe a părinților din mediul rural despre sănătatea copilului, condiții de trai precare, accesul mai redus la servicii de sănătate de calitate etc.

10. Pe parcursul ultimilor 5 ani indicatorul mortalității materne are o evoluție oscilatorie, ceea ce sugerează că activitățile realizate pînă în prezent în cadrul sistemului de sănătate publică spre reducerea acestui fenomen nu sunt destul de eficiente și durabile. Analiza cauzelor mortalității materne demonstrează că în circa 47% se determină existența problemelor de ordin social. Majoritatea decedatelor provin din localitățile rurale (cca 58%), care se caracterizează printr-un nivel mai înalt al sărăciei, lipsa de transport, imperfecțiunea mijloacelor de telecomunicații, deteriorarea bazei materiale a instituțiilor medicale, lipsa de cadre medicale, care face ca, foarte des, supravegherea sarcinii să fie asigurată numai de moașă sau de medicul de familie.

11. Analizînd evoluția structurii pe vîrste a populației pe parcursul ultimilor 5 ani observăm amprenta caracteristică unui proces de îmbătrînire demografică, iar rezultatele prognozei pentru următoarele decenii ne confirmă că acest proces va continua să crească. Ritmurile înalte de îmbătrînire se înregistrează în rândurile populației din mediul rural, fapt ce poate fi explicat prin tendința actuală a populației tinere spre migrare către mediu urban, sau în afara țării.

12. Indicatorul incidenței globale are tendință neînsemnată de descreștere, pe cînd incidența la adulți are caracter oscilatoriu, iar la copii - spre creștere, ceea ce ne sugerează că factorii care determină acești indicatori nu sunt supuși încă unui control stabil și durabil din partea sistemului sănătății. Atît rata incidenței totale, cît și la adulți, indica un nivel mare la nivel urban, comparativ cu cel rural. Acest fenomen poate fi explicat prin gradul de acces mai sporit a populației din mediu urban la servicii medicale în raport cu populația rurală. Structura cauzelor prioritare pentru incidența globală, cît și separată pe grupe de vîrstă este aproape similară: maladiile aparatului respirator, leziuni traumatice, bolile infecțioase. Prognozarea evoluției incidenței pentru anul 2014 ne indică o stabilizare sau micșorare neînsemnată pentru toți trei indicatori.

13. Prevalența, la nivel global și la adulți, pe parcursul ultimilor 5 ani are tendință spre creștere, iar prognozarea ne demonstrează că această ascensiune se va determina și în următorii 5 ani. Este înaltă prevalența bolilor cronice, fiecare a treia persoană suferă de cel puțin o boală cronică. În structura prevalenței, atît a celei globale cît și la adulți, printre afecțiunile cele mai frecvente sunt determinate bolile aparatului cardio-vascular, bolile aparatului respirator și maladiile aparatului digestiv. Prevalența la copii are caracter oscilant, iar în structura ei prevalează bolile aparatului respirator, urmate de cota maladiilor infecțioase și parazitare și bolile sistemului digestiv.

14. Atît la adulți, cît și la copii, se observă o tendință de creștere a indicatorilor morbidității aparatului respirator, indicele de raport 2009:2005 la adulți fiind de 1,2, și la copii - 1,4. Prognozarea ne indică în continuare o tendință spre creștere a incidenței și prevalenței prin aceste boli la copii și o stabilizare a procesului la adulți. La nivel municipal valoarea medie a incidenței afecțiunilor aparatului respirator este mai mare de 1,3 ori comparativ cu nivelul republican și de 1,5 ori mai mare decât cu nivelul raional. Se observă un decalaj semnificativ pe raioane a indicatorilor morbidității prin maladii ale sistemului respirator. Morbiditatea înaltă prin maladii ale aparatului respirator este un rezultat al epidemiilor de gripă sezonieră, iar densitatea mai mare a populației urbane susține răspîndirea infecției. O altă cauză determinantă a morbidității înalte prin afecțiunile aparatului respirator este fumatul în rândurile populației, în special printre tineri.

15. Indicatorii incidenței prin leziuni traumatice, pentru întreaga perioadă de studiu, la nivel republican sunt stabili, la nivel municipal - oscilează și, la nivel raional au tendință spre descreștere, pe cînd prevalența este într-o ușoară creștere în toate grupurile de vîrstă. Morbiditatea prin leziuni traumatice în municipii este mai mare decât pe țară. Prin prognozare, s-a constatat o posibilă creștere a numărului traumelor către an. 2014 în toate categoriile analizate. Leziunile traumatice de o frecvență înaltă sunt rezultatul nerespectării de către populație a unor măsuri de securitate, precum și colaborarea intersectorială insuficientă (securitatea rutieră, securitatea municipii etc.) în vederea protejării sănătății publice.

16. Morbiditatea prin maladiile aparatului circulator indică valori mai mari pentru mediul rural în comparație cu cel urban. Se poate de presupus că această diferență este motivată de adresabilitatea și accesibilitatea mai reduse pentru servicii medicale în regiunea rurală, fapt ce face ca maladiile să fie depistate tardiv, fără prevenție sau tratamentul la etape precoce. La adulți, la nivel republican, se observă o

tendință de descreștere a valorii medii a incidenței prin BCV ceea ce poate fi rezultatul aplicării medicamentelor compensate (în special a antihipertensivelor). Contrar acestor date, prevalența prin HTA la total a crescut de 1,5 ori pe parcursul anilor de studiu. Se observă un decalaj semnificativ pe raioane a indicatorilor morbidității prin maladii ale SCV.

17. Incidența tulburărilor mintale în raport cu mediul de reședință diferă semnificativ, crescând de 1,4 ori în municipii și scăzând de 0,8 ori în raioane, iar raportul dintre indicatorii mediului rural și mediul urban s-a modificat de la 1,0:1,1 în an.2005, la 1,0:0,8 în an. 2009, ce indică o îmbunătățire a situației la nivel urban. Valoarea medie a incidenței prin tulburări mintale la copii este mai înaltă de 1,3 ori decât la adulți. Atât la adulți cât și la copii nivelul prevalenței prin tulburări mintale are tendință spre creștere. Regresia liniară ne arată că în toate grupurile mari de vârstă se așteaptă o creștere a prevalenței tulburărilor mintale pentru următorii 5 ani.

18. Incidența prin alcoolism pe țară înregistrează în an. 2009 cea mai mare valoare pe parcursul ultimilor 5 ani, iar metoda prognozării ne presupune o creștere în continuare a acestui indicator. Prevalența prin alcoolism în an. 2009 comparativ cu an. 2005 este relativ stabilă pe țară, iar la nivel municipal se observă o creștere cu 12,9%. Stabilitatea indicatorilor înregistrați pe parcursul perioade de analiză, precum și tendința de creștere a curbei, ne confirmă faptul că măsurile întreprinse în acest domeniu nu sunt suficiente.

19. Incidența prin narcomanie în Republica Moldova în an. 2009 a crescut cu 23,5% comparativ cu an. 2005, iar la nivel raional tempoul de creștere este de 1,8 ori mai mare decât în municipii. Se observă un decalaj semnificativ al indicatorilor pe raioane. Conform prognozei, către an. 2014 se așteaptă o creștere a incidenței narcomaniei pe țară. Indicatorii alarmanți în creștere demonstrează că activitățile educaționale și de promovare a modului sănătos de viață sunt realizate insuficient în rândurile populației și necesită o fortificare esențială.

20. Incidența și prevalența prin ciroze hepatice au tendințe spre creștere pe tot parcursul perioadei, iar prin metoda prognozării se determină o creștere în continuare pentru următorii 5 ani. Prevalența la nivel rural este de 1,6 ori mai mare decât la nivel municipal, ce poate fi explicat prin consumul ridicat de alcool - vinul produs în condiții casnice. Se observă un decalaj semnificativ al indicatorilor pe raioane. Morbiditatea la copii este mai mare la nivel raional comparativ cu municipiile. Totuși, se înregistrează o descreștere a acestor indicatori la copii, iar prognozarea presupune reducerea numărului de îmbolnăviri pentru următorii 5 ani, fapt ce poate fi motivat de eficiența vaccinării copiilor contra hepatitei virale B la naștere.

21. Se constată o reducere esențială a morbidității prin hepatitele virale (A,B,C și D). Ponderea copiilor de vârstă 0-17 ani, bolnavi cu hepatita virală A acută, constituie 65% din numărul total de bolnavi. Acest fapt ne sugerează un nivel jos de educație igienică în rândurile tineretului.

22. Incidența prin tuberculoză pe țară și la nivel municipal are tendință spre descreștere, iar la nivel raional se observă o stabilizare lentă a procesului. Cea mai afectată de tuberculoză este populația rurală din municipii. Conform prognozei, incidența globală, cât și cea primară, au o tendință spre descreștere, pe când incidența și prevalența formelor bacilare vor continua să crească, ceea ce este un indicator foarte alarmant. În ultimii ani crește nivelul formelor multidrorezistente (MDR). Una din cauzele majore a dezvoltării acestui fenomen este responsabilitatea joasă a pacienților TB și abandonul frecvent al tratamentului, motivate de circumstanțe economice și sociale, nivel scăzut de educație și cultură a sănătății.

23. Datele colectate ne prezintă o creștere a indicatorilor morbidității prin infecția HIV, iar prognozarea constată o majorare în continuare. Este alarmant tempoul de creștere galopant la toate categoriile, dar în deosebi la cei din rândul donatorilor. Se determină o creștere a numărului femeilor gravide infectate cu HIV. Dinamica indicatorilor legați de infecția HIV demonstrează că măsurile realizate în vederea profilaxiei și prevenției răspândirii acestei maladii nu sunt suficiente.

24. Incidența prin maladiile oncologice are tendință de creștere la toate nivelurile teritoriale și prognozarea ne determină o creștere pentru următorii 5 ani. A crescut cu 15,6% prevalența prin acest grup de maladii comparativ cu an. 2005, ceea ce ne vorbește despre supraviețuirea bolnavilor și calitatea asistenței medicale acordate. Asigurarea gratuită cu preparate oncologice a bolnavilor, care necesită tratament în condiții de ambulator, pe parcursul ultimilor 5 ani nu este stabilă și în an.2009 este mai mică de 3,2 ori decât în an. 2007, fapt ce va crește mortalitatea prin aceste maladii în rândurile populației care nu își pot asigura de sinestătător tratamentul.

25. În perioada anilor de analiză incidența prin diabet zaharat are caracter oscilatoriu, înregistrând în an. 2009 una dintre cele mai înalte valori. Tendință de creștere se observă și pentru incidența diabetului zaharat la copii. La efectuarea prognozei s-a constatat o creștere către anul 2014 pentru toate grupele mari de vârstă, ce corespunde atenționărilor OMS cu privire la răspândirea diabetului zaharat.

26. Sunt în creștere indicatorii morbidității prin BDA pentru majoritatea formelor nozologice, cu excepția dizenteriei bacteriene, care înregistrează o tendință spre diminuare. În mediul rural nivelul de morbiditate prin BDA este de cca 2 ori mai jos în comparație cu mediul urban, ceea ce denotă o adresabilitate scăzută a populației de la sate pentru asistența medicală, depistare activă insuficientă și, respectiv, administrarea autotratamentului. În structura morbidității pe vârste, ponderea copiilor 0-17 ani constituie - 74,8%, din ei copii de 0-2 ani - 67,8%, iar copiii până la un an de viață - 51%, ceea ce demonstrează nivelul scăzut de educație sanitară atât a părinților, cât și a adolescenților. Dintre copiii de 3-6 ani - 59,2% sunt cei care frecventează instituțiile preșcolare, ce indică la neajunsuri importante în respectarea regimului sanitaro-antiepideemic în aceste instituții.

27. Consumul băuturilor alcoolice în Republica Moldova este ridicat, populația activă din mediul rural fiind consumatorul principal, o pondere mai importantă revenind bărbaților. Din cauza cantităților necontrolate de alcool pregătite în condiții casnice, este greu de estimat valorile reale ale consumului de alcool pe țară. Există o legătură directă dintre consumul ridicat de alcool și morbiditatea înaltă prin tulburări mintale, boli cardiovasculare și ale aparatului digestiv, rata în creștere a cirozelor hepatice.

28. Nu există o evaluare obiectivă a numărului de fumători printre populația Republicii Moldova. Sondajul printre rândurile tinerilor ne demonstrează o rată înaltă a fumătorilor printre adolescenți, dependență de tutun și expunere frecventă la fumatul pasiv. Se determină o creștere a numărului de fete ce fumează, ceea ce pune în pericol sănătatea reproductivă a tinerelor actuale și sănătatea copiilor născuți de acestea. Rata înaltă a utilizării tutunului în Republica Moldova ne permite să facem o legătură cu morbiditatea înaltă prin maladii ale aparatului respirator, aparatului cardio-vascular, digestiv, boli oncologice și tempoul de creștere a acestora în rândurile populației

29. Nu sunt date statistice care ne-ar permite să determinăm nivelul de dezvoltare fizică a tinerilor din țară, precum și cu privire la subponderație și supraponderație. Datele statistice existente referitoare la obezitate nu descriu situația reală din Republica Moldova.

30. Starea aerului atmosferic de pe teritoriul Republicii Moldova nu corespunde cerințelor actelor legislative și normative în vigoare. Se aplică insuficient acțiuni de protecție și ameliorare a calității aerului atmosferic la sursa de poluare de către agenții economici și administrațiile publice locale. În Republica Moldova nu sunt stabilite norme oficiale asupra limitei cantității (în tone) a substanțelor nocive eliminate în bazinul aerului atmosferic, iar datele disponibile nu oferă posibilitatea de a analiza poluarea reală a aerului și impactul real al acestora asupra stării de sănătate a populației. Astfel, este dificil de identificat legătura directă dintre morbiditatea populației pe regiuni și poluarea aerului.

31. A crescut ponderea probelor de apă necorespunzătoare la parametrii microbiologici, atât în cazul apeductelor comunale urbane, cât și cele rurale. Continuă să persiste probleme serioase privind calitatea apei din apeductele instituțiilor pentru copii. Gestionarea și stocarea necorespunzătoare a deșeurilor și dejecțiilor animaliere, insalubritatea localităților și nerespectarea măsurilor elementare de protecție a surselor acvatice, sunt principalele cauze de înrăutățire a calității apelor subterane și din fântâni. Se evidențiază tendințe alarmante de înrăutățire a calității apelor de suprafață cu toate pericolele ce rezultă pentru sănătatea populației. Volumul apelor reziduale evacuate fără epurare și epurate insuficient indică valori înalte.

32. Cu toate că utilizarea de chimicale în agricultură s-a redus esențial, comparativ cu anii 90, totuși în Republica Moldova se mai determină zone cu o poluare ridicată a solului cu substanțe chimice și deșeuri periculoase, inclusiv a celor din categoria Poluanților Organici Persistenți. De asemenea, se înregistrează teritorii cu poluare biologică a solului, determinată de necorespunderea la parametrii bacteriologici și parazitologici. Este necesară o analiza mai detaliată a acestor date de către instituțiile de sănătate publică locale care ar trebui să inițieze măsuri de prevenție a multor maladii cauzate de poluarea solului.

33. Datele existente despre calitatea și consumul produselor alimentare nu sunt suficiente pentru a determina situația reală pentru întreg teritoriul țării, astfel, considerăm că sunt necesare studii suplimentare la acest capitol și includerea unor indicatori statistici suplimentari. Din cercetările efectuate se determină o descreștere a produselor alimentare necorespunzătoare normativelor igienice prin indicii fizico-chimici și ponderea medie republicană a produselor alimentare necorespunzătoare prin indicii microbiologici. Este în descreștere ponderea probelor de alimente cu conținut supralimită de nitrați.

34. Asigurarea insuficientă cu medici, în special în regiunile rurale, și scăderea acestui indicator pe parcursul ultimilor 5 ani influențează grav accesibilitatea populației la servicii medicale. Se determină o lipsă a medicilor specialiști (cardiologi, gastroenterologi, oncologi, neonatologi etc.) în raioanele țării. Acest fapt are impact direct asupra stării sănătății populației cu înrăutățirea tuturor indicatorilor ce o reprezintă, creșterea morbidității și mortalității în toate grupurile de vârstă, lipsa activităților de prevenție și

profilaxie. Totodată, lipsa specialiștilor are un impact negativ asupra calității indicatorilor statistici colectați.

35. Asigurarea cu paturi și nivelul de spitalizare în Republica Moldova are tendință spre creștere. Populația din municipii are acces mai mare la serviciile spitalicești și înregistrează o proporție mai mare a spitalizărilor comparativ cu cea din mediul rural. Persistă problema achitării de către persoanele internate a unor servicii suplimentare, chiar dacă există polița de asigurare medicală, cum ar fi utilizarea lenjeriei de pat proprii (în special în spitalele raionale), hrana și medicamente suplimentare, consumabile medicale (bandaje, seringi, etc.).

36. Numărul de vizite la medic la 1 locuitor este în creștere pentru nivelul municipal, însă în descreștere pentru populația rurală. Cele mai puține cazuri de solicitare a serviciilor medicale sînt caracteristice pentru vârsta de 25-34 ani și cel mai înal nivel de adresări se observă la populația după 65 ani. Femeile apelează la consultația medicului mai mult comparativ cu bărbații, în special în vârsta de 35-44 ani. La medicul de familie se adresează preponderent copiii în vîrstă de pînă la 15 ani și persoanele în vîrstă de 75 și peste ani, iar pentru persoanele în vîrstă de 25-44 ani predomină vizitele la medicul specialist. Aceste date ne sugerează adresabilitatea joasă a populației la medic, în special, a persoanelor în vîrstă aptă de muncă și din mediul rural, pentru control profilactic și de prevenție, fapt care ulterior provoacă creșterea morbidității și mortalității la această categorie de populație.

37. Studiile existente indică că populația Republicii Moldova are așteptări mai înalte față de calitatea serviciilor de sănătate oferite de sistemul sănătății. Populația indică lipsa de încredere în medici, probleme în comunicarea cu personalul medical și informarea adecvată. Aproape fiecare a treia persoană din rândurile atât a celor cu asigurare medicală, cât și a celor neasigurați, consideră că calitatea serviciilor medicale nu s-a schimbat, iar fiecare a cincea persoană din mediul urban menționează înrăutățirea situației.

VII. RECOMANDĂRI

1. O mare parte din problemele de sănătate determinate în rândurile populației Republicii Moldova sunt în legătură directă cu nivelul scăzut al cunoștințelor despre sănătate atât la adulți, cât și copii. Astfel, morbiditatea înaltă prin maladii infecțioase și cronice, utilizare în creștere a alcoolului, tutunului și drogurilor, mortalitate înaltă a copiilor și a persoanelor în vârstă aptă de muncă, mortalitatea maternă - sunt indicatorii care ne conving că trebuie de intensificat activitățile de profilaxie și educare pentru sănătate, în special, în rândurile tinerilor, care vor determina viitoarele generații. **Recomandăm Ministerului Sănătății a promova obligativitatea disciplinei „Educație pentru sănătate” în curricula instruirii la nivel preșcolar și preuniversitar.** Această disciplină ar trebui predată de către persoanele cu pregătire specializată în domeniul promovării sănătății (lucrători medicali, pedagogi cu formare specială). În același context, recomandăm **o conlucrare mai intensivă cu sursele mass media, în special cele cu acoperire națională, pentru promovarea modului sănătos de viață și informarea despre comportamentele cu risc pentru sănătate, norme igienice sau dauna unor factori externi asupra organismului.** Aceste activități ar trebui să crească gradul de responsabilitate a populației față de propria sănătate.
2. Deoarece nu poate fi evitat procesul de îmbătrânire a populației pe parcursul următoarelor 2-3 decenii, este necesar de inițiat anumite măsuri de acomodare a sistemului de sănătate la un nou profil al structurii pe vârste a populației, reieșind din experiența țărilor economic avansate, care se confruntă deja cu această problemă. **Recomandăm intensificarea activităților în vederea dezvoltării unor domenii specifice ce țin de sănătatea populației în vârstă, cum este geriatria, prin formarea cadrelor medicale în domeniul respectiv și organizarea unor servicii și instituții specializate.**
3. Specialiștii din domeniul sănătății publice menționează că activitățile de profilaxie și prevenție sunt mult mai puțin costisitoare decât tratamentul maladiilor deja dezvoltate, iar reducerea mortalității și morbidității populației poate fi obținută prin aplicarea politicilor coerente ce țin de organizarea unor programe de control profilactic pentru diferite grupuri și categorii de populație, în special celor supuse unor anumite riscuri pentru sănătate. O mare parte din aceste activități sunt planificate în Programele ramurale pentru profilaxia și lupta cu diferite maladii (cardiovasculare, oncologice, leziuni traumatice etc.) care necesită, la moment, o finanțare adecvată și durabilă. În același context este necesar de **analizat și supramortalitatea și morbiditatea masculină mai înaltă în comparație cu cea feminină, fapt care indică necesitatea unor activități de screening și profilaxie în rândurile bărbaților.**
4. Pentru a reduce indicatorul mortalității și morbidității (în toate categoriile), este necesar de studiat acest fenomen prin prisma tuturor factorilor implicați (medicali și non-medicali), cu colectarea unor informații suplimentare pentru a fi înțeles întregul complex de circumstanțe a îmbolnăvirii și decesului. De exemplu, **sunt necesare studii care ar determina nivelul mortalității și morbidității în raport cu dezvoltarea infrastructurii, ecologia și condițiile de mediu, asigurarea cu produse alimentare, apă potabilă, comportamentul cu risc a celor decedați, accesul la servicii medicale și medicamente, promptitudinea acordării asistenței medicale, frecvența vizitelor la medic etc.** Numai în cadrul unei abordări multiaspectuale pot fi elaborate măsuri eficiente spre reducerea stabilă a morbidității și numărului de decese în Republica Moldova.
5. Analiza incidenței și prevalenței globale, prin diferite maladii, precum și pe diferite grupuri de vârstă, determină un decalaj semnificativ al indicatorilor pe raioane. Este **necesar de dezvoltat studii speciale pentru a identifica factorii determinanți ai morbidității înalte pentru fiecare regiune (sau raion),** fapt ce va ajuta elaborarea unor strategii eficiente și activități concrete la nivel raional (regional).
6. Conform prognozei prin metoda regresiei liniare, se observă o tendință spre creștere a morbidității prin diferite maladii, chiar în contextul realizării unor Programe Naționale în domeniile respective (ex.: diabetul zaharat, infecția TB forme bacilare și HIV) sau a unor activități ramurale realizate (maladiile oncologice, cardiovasculare, leziuni traumatice, ciroze etc.). **Recomandăm o reevaluare a măsurilor planificate, pe domenii,** în scopul fortificării acestora și elaborării unor activități suplimentare, pentru a evita creșterea indicatorilor în continuare.
7. Deoarece nu se duce o evidență statistică amplă a **stării de subponderație și supraponderație a populației, starea fizică a tinerilor, calitatea și consumul produselor alimentare** - informație foarte relevantă pentru dezvoltarea unor strategii eficiente și măsuri adecvate de promovare a modului sănătos de viață -, recomandăm a iniția **colectarea acestor date de pe teritoriul țării sau realizarea unor studii suplimentare** în domeniile respective, pentru a cunoaște situația reală.
8. Deoarece în mediul rural se determină o asigurare insuficientă cu medici, adresabilitate și accesibilitate la asistență medicală mai joasă comparativ cu mediul urban, totodată cu o morbiditate și

mortalitate mai înaltă, este necesar de **amplificat activitățile de asistență medicală și control profilactic în rândurile populației rurale**, dezvoltarea unor **măsuri ce ar crește accesul la servicii de sănătate**, cum sunt organizarea mai frecventă a echipelor mobile de specialiști, asigurarea transportului individual pentru medicii de familie, care s-ar putea deplasa zilnic în satele cu infrastructura mai puțin dezvoltată.

9. Este necesar de consolidat capacitățile sistemului de monitorizare și evaluare din Republica Moldova, prin **elaborarea unor mecanisme de motivare și formare continuă a personalului implicat în evidența statistică din sistemul sănătății**.

10. Recomandăm de **elaborat indicatorii de calitate pentru instituțiile medicale**, iar rezultatele evaluării, precum și gradul de satisfacție a populației vizînd calitatea serviciilor medicale pentru fiecare instituție, să fie plasate pe pagina web a Ministerului Sănătății. Aceasta ar crește competitivitatea instituțiilor medicale și tendința spre îmbunătățire pentru a corespunde așteptărilor populației.

ANEXE:**Anexa 1 . Morbiditatea femeilor în Republica Moldova (bolnave luate în evidență cu diagnosticul pentru prima data), 2005-2009, persoane**

	2005		2006		2007		2008		2009	
	la 100 mii	abs.	la 100 mii	abs.	la 100 mii	abs.	la 100 mii	abs.	la 100 mii	abs.
Tumori maligne	192	3585	205	3818	206	3820	208	3860	218	4038
Tuberculoza activa	55	1038	59	1101	55	1018	53	983	53	979
Alcoolism si psihoza alcoolica	37	686	36	667	33	614	39	730	43	801
Sifilis	64	1198	59	1092	68	1265	63	1164	62	1138
Gonoree	19	360	23	422	21	381	20	371	18	337

Sursa: Datele BNS, Morbiditatea populatiei, www.statistica.md**Anexa 2 . Veniturile disponibile ale gospodăriilor cu copii, pe medii de reședință, 2009**

	Total	Urban	Rural
Venituri disponibile (medii lunare pe o persoană), lei, INCLUSIV IN%:	1006,3	1260,2	838,7
Venit din activitatea salariată	45,8	60,8	31,0
Venit din activitatea individuală agricolă	10,7	0,9	20,4
Venit din activitatea individuală non-agricolă	7,7	9,1	6,3
Venit din proprietate	0,1	0,1	0,1
Prestații sociale	8,8	7,6	9,9
Pensii	5,5	4,7	6,4
Indemnizații pentru copii	1,2	1,3	1,1
Alte venituri	26,9	21,6	32,3

Sursa: Datele BNS, Situația copiilor în RM în anul 2009, www.statistica.md**Anexa 3. Cheltuieli de consum după ani, destinația cheltuielilor, tipuri de cheltuieli, medii si numărul de copii in gospodărie, lei, medii lunare pe o persoană, 2008**

	Cheltuieli bănești											
	Total pe republica				Urban				Rural			
	1 copil	2 copii	3 copii	Fara copii	1 copil	2 copii	3 copii	Fara copii	1 copil	2 copii	3 copii	Fara copii
Cheltuieli total	1108,4	942,6	671,0	1243,5	1326,2	1249,1	1054,3	1593,5	903,5	780,4	556,5	936,3
Produce alimentare	359,6	303,8	219,4	431,6	470,5	444,1	359,6	576,0	255,3	229,5	177,5	304,8
Bauturi alcoolice, tutun	13,4	9,6	7,1	15,9	17,3	11,8	10,0	20,3	9,8	8,5	6,2	12,1
Imbracaminte, incaltaminte	175,2	158,7	126,8	149,7	182,7	172,9	171,8	167,7	168,1	151,2	113,3	134,0
Intretinerea locuintei	181,5	160,2	113,7	249,9	186,0	175,9	130,4	285,5	177,3	151,9	108,7	218,7
Dotarea locuintei	67,2	59,6	34,6	58,9	51,4	63,8	70,3	63,2	82,1	57,4	23,9	55,1
Ingrijire medicala si sanatate	57,4	43,0	31,5	96,2	61,9	46,1	46,0	119,7	53,2	41,4	27,2	75,6
Transport	58,5	50,8	36,4	69,8	74,6	79,1	56,2	103,5	43,4	35,9	30,5	40,3
Comunicatii	70,3	54,2	38,8	61,7	85,1	71,4	53,7	81,5	56,4	45,1	34,3	44,3
Agrement	30,7	30,6	20,9	22,2	48,5	55,8	56,8	37,1	13,8	17,3	10,2	9,2
Invatamint	6,8	5,7	3,6	4,0	13,0	13,7	10,9	6,0	1,1	1,5	1,4	2,3
Hoteluri, restaurante, cafele etc.	30,7	22,7	11,4	33,7	53,4	48,6	38,8	60,7	9,4	9,0	3,2	9,9
Diverse	56,9	43,5	26,9	49,8	81,8	65,8	49,9	72,5	33,6	31,8	20,1	29,9

Nota: Informația este prezentată fără datele raioanelor din partea stînga a Nistrului și mun. Bender

Sursa: Datele BNS, Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice, www.statistica.md

Anexa 4. Structura mortalității generale a populației, la 100 mii locuitori

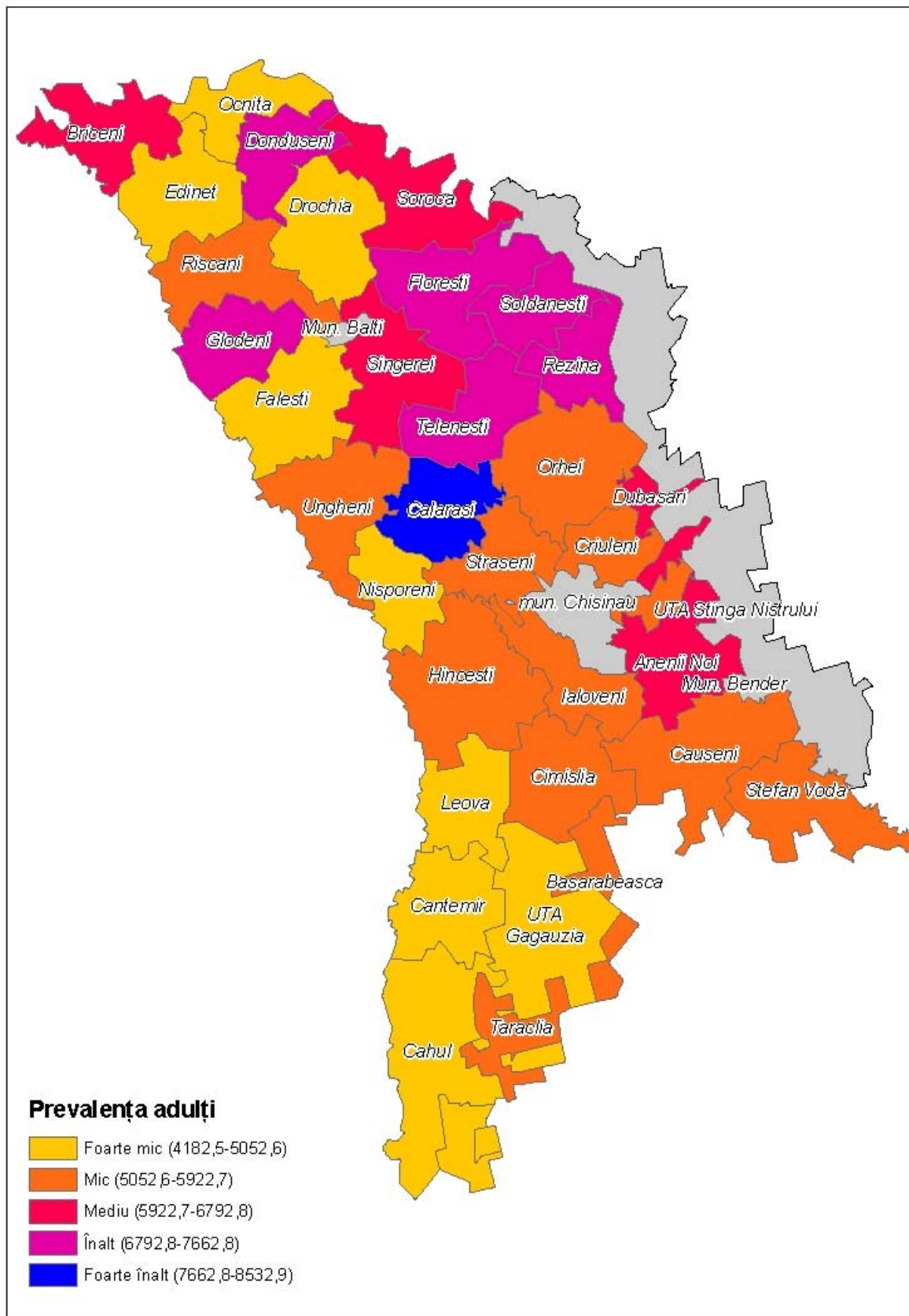
Locul			2005	2006	2007	2008	2009
I	Bolile aparatului circulator	amb.sexe	700,1	671,4	676,0	657,4	663,2
		bărbați	655,2	637,0	629,8	610,7	633,7
		femei	741,5	703,0	718,6	700,7	690,5
II	Tumori	amb.sexe	145,8	153,4	152,6	157,4	160,5
		bărbați	172,3	180,3	176,3	182,3	190,0
		femei	121,4	128,7	130,7	134,4	133,1
III	Bolile aparatului digestiv	amb.sexe	128,6	122,5	119,4	112,3	115,5
		bărbați	137,5	130,6	126,4	119,2	123,6
		femei	120,4	115,1	112,9	105,9	108,0
IV	Traume și otrăviri	amb.sexe	108,4	105,0	101,9	99,4	97,0
		bărbați	173,6	167,0	160,8	161,5	156,1
		femei	48,4	48,1	47,4	41,8	42,4
V	Bolile aparatului respirator	amb.sexe	79,2	72,9	72,1	68,9	64,7
		bărbați	109,6	99,1	97,2	98,1	89,6
		femei	51,2	48,8	48,9	41,9	41,8

 Sursa: Datele CNMS, www.sanatate-publica.md
Anexa 5. Rata prevalenței unor boli cronice, pe sexe și medii, procente, pentru an. 2008

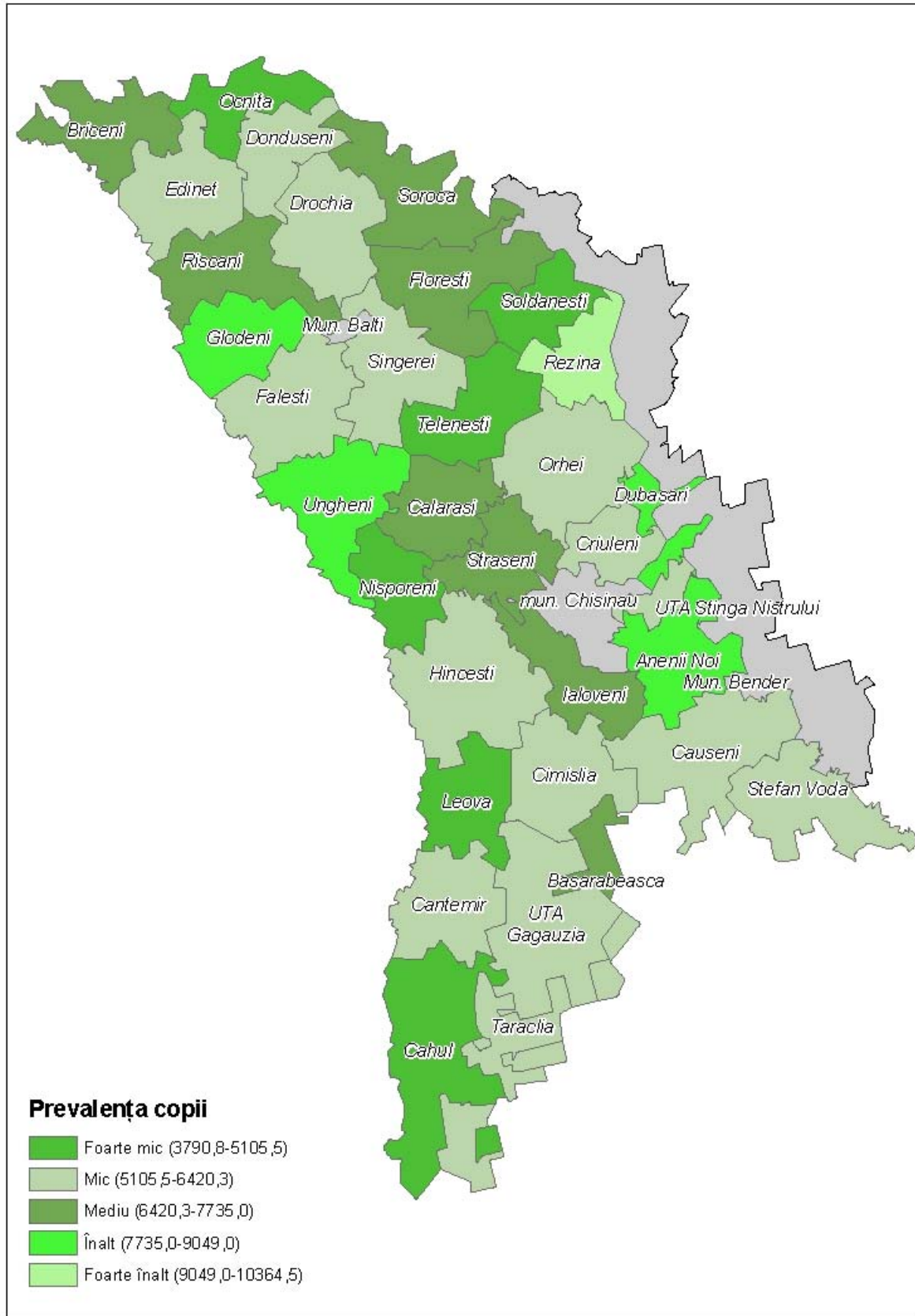
	Total	Mediul de reședință		Sexul	
		Urban	Rural	Bărbați	Femei
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Boli infecțioase	2,9	2,9	2,9	3,4	2,5
Boli ale aparatului respirator	8,5	9,5	7,5	10,1	7,5
Boli ale aparatului digestiv	15,3	16,9	13,8	18,1	13,5
Boli ale aparatului circulator	29,8	30,5	29,2	22,6	34,4
Boli geno-urinare	7,1	8,6	5,9	5,1	8,4
Boli endocrine	4,7	4,4	5,0	2,2	6,3
Boli osteoarticulare	13,3	10,9	15,3	14,8	12,3
Boli ale ochiului și urechii	4,5	2,8	6,0	6,2	3,5
Boli ale sistemului nervos	10,3	9,2	11,3	13,3	8,4
Alte boli și simptome	3,6	4,3	3,0	4,1	3,2

Sursa: Rezultatele studiului BNS privind Sănătatea populației și accesul populației la serviciile de sănătate în Republica Moldova, 2008

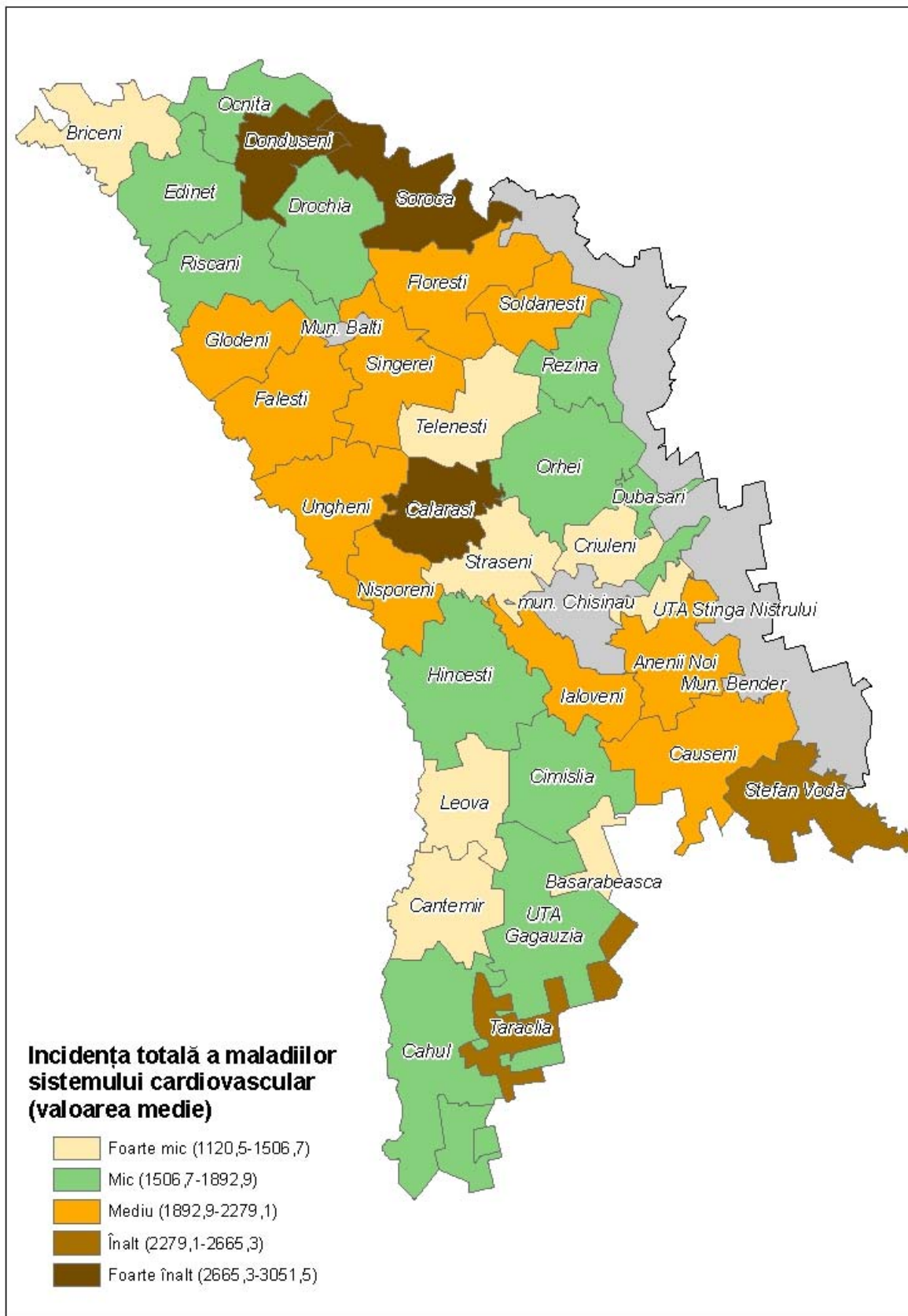
Anexa 7. Prevalența adulți



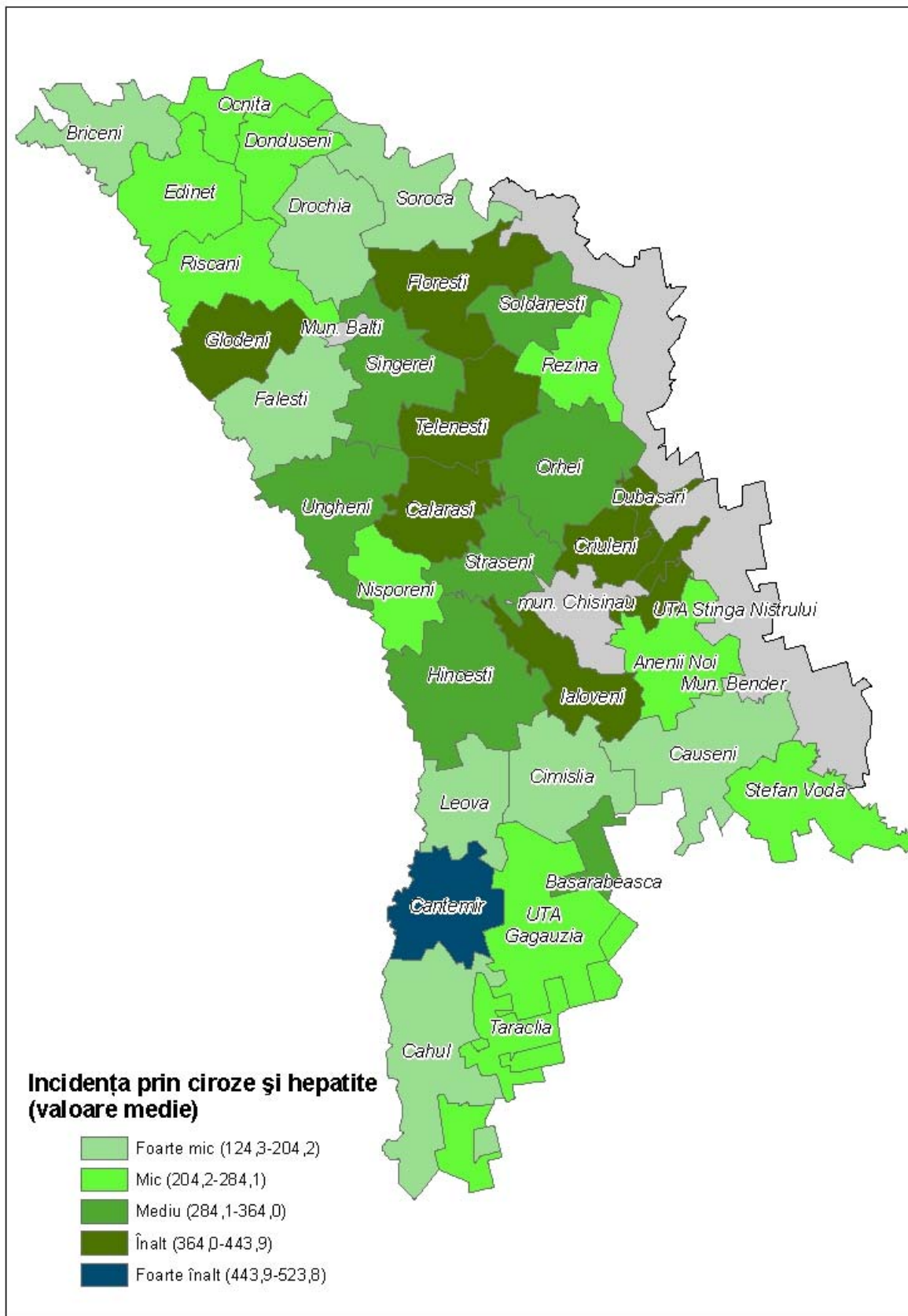
Anexa 8. Prevalența copii



Anexa 9. Incidența totală a maladiilor sistemului cardiovascular



Anexa 10. Incidența prin ciroze și hepatite



Anexa 11. Prevalența ciroze hepatite total

