

RAPORT LA STUDIUL ANALIZA ECHITĂȚII ÎN SĂNĂTATEA MAMEI ȘI COPILULUI

Raportul a fost scris de:

Viorel Soltan, Director, Centrul PAS

Stefan Savin, Coordonator Program, Centrul PAS

Lilia Turcan, Consultant, UNICEF

Au contribuit la acest raport:

Svetlana Ștefaneț, Coordonator Programe, UNICEF

Andrei Moșneaga, Director de Programe, Centrul PAS

Ghenadie Țurcanu, Coordonator Program Politici în Sănătate, Centrul PAS

Aprecieri

Grupul de autori aduce mulțumiri echipei UNICEF Moldova pentru susținerea și contribuții care a dus la conturarea formei finale a Raportului. Analiza și întocmirea raportului a fost posibilă și datorită sfaturilor și ajutorului oferit de specialiștii Ministerului Sănătății și Centrului Național de Sănătate Publică.

CUPRINS

CUPRINS.....	2
GLOSAR.....	4
REZUMAT EXECUTIV.....	5
I. INTRODUCERE.....	9
1.1. Definiția	9
1.2. Importanța monitorizării echității în sănătate.....	9
1.3. Baza conceptuală	10
1.4. Măsurarea inechității.....	11
II. SĂRĂCIA ȘI SĂNĂTATEA ÎN MOLDOVA.....	13
2.1. Situația socio-economică a populației.....	13
2.2. Starea sănătății în Moldova.....	17
2.3. Starea actuală a monitorizării echității în sănătate în Moldova	18
III. METODEDE ȘI SURSE DE COLECTARE A DATELOR.....	21
3.1. Metodologia generală	21
3.2. Surse de colectare a datelor.....	22
IV. INEGALITATEA ÎN SĂNĂTATEA MAMEI ȘI COPILULUI	24
4.1. Inegalități în determinanții de nivel înalt.....	24
Mortalitatea copiilor	24
Mortalitatea maternă.....	25
Statutul nutrițional	26
Anemia	28
Diareea și infecțiile respiratorii acute	29
4.2. Inegalități în determinanții intermediari ai sănătății.....	30
A. Gradul de utilizare a serviciilor de prevenire	31
B. Gradul de utilizare a serviciilor curative.....	34
C. Diversificarea alimentației și alăptarea	34
4.3. Inechități în determinanții de bază din sectorul medical	37
A. Disponibilitatea personalului medical și a serviciilor medicale	37
B. Calitatea serviciilor.....	39
C. Accesibilitatea	40
D. Percepțiile mamelor privind disponibilitatea, calitatea și accesibilitatea îngrijirii medicale	41
1. Percepțiile mamelor despre starea sănătății copiilor lor și echitatea în sănătate	41

2.	Gradul de asigurare a dreptului mamelor și copiilor la sănătate	43
3.	Accesul și gradul de utilizare de către mame și copii a serviciilor de sănătate primară, de urgență și spitalicească	44
4.	Asigurarea medicală obligatorie și rolul ei în asigurarea echității în sănătate.....	46
V.	PROGRAME ȘI STRATEGII	49
VI.	CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI	53
	SURSE DE REFERINȚĂ.....	58
	ANEXE	60
	Anexa 1. Analiza focus grupurilor	60
	Anexa 2. Tabele.....	62

GLOSAR

AMP	Asistență medicală primară
BM	Banca Mondială
BNS	Biroul Național de Statistică
CCTM	Cadrul de Cheltuieli pe Termen Mediu
CN	Copii născuți
ECE/CSI	Europa Centrală și de Est / Comunitatea Statelor Independente
FG	Focus grup
ÎDT	Îngrijirea și dezvoltarea timpurie
MF	Medic de familie
MICS	Studiu de indicatori multipli în cuiburi (Multiple Indicator Cluster Survey)
CIMC	Conduita Integrată a Maladiilor la Copii
MNT	Măsurarea nivelului de trai
MS	Ministerul Sănătății
ODM	Obiectivele de dezvoltare ale mileniului
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PPP	Paritatea puterii de cumpărare (Purchasing Power Parity)
RMI	Rata mortalității infantile
SCERS	Strategia de Creștere Economică și Reducere a Sărăciei
SDS	Studiul demografic și de sănătate
SES	Statutul socio-economic
SMC	Sănătatea mamei și copilului

REZUMAT EXECUTIV

Studiul curent a fost comandat de UNICEF Moldova pentru a descrie și a evalua gradul de inechitate în indicatorii de sănătate maternă și a copilului și în alți indicatori cheie, care influențează sănătatea mamei și a copilului în Republica Moldova. Această analiză situațională se axează pe *diferențele* între diferite categorii pentru a verifica dacă anumite grupuri de copii și mame din populația țării suferă în mod disproporțional și care sunt aceste grupuri.

Analiza echității se bazează pe conceptul de determinanți multifactoriali ai sănătății, luând în considerație că inechitatea în sănătate apare și este menținută de distribuția inegală a bunăstării, a cunoștințelor, a practicilor de viață, a gradului de angajare în câmpul muncii, a accesului la învățământ, apă și sisteme sanitare, produse alimentare și asistență socială. Studiul se axează pe descrierea gradului de inechitate în sănătatea mamei și copilului în Moldova prin analizarea a trei tipuri de indicatori: determinanți de nivel înalt; determinanți intermediari de bază și determinanți structurali. La elaborarea Studiului, au fost aplicate atât tehnicile descriptive cât și cele cantitative și au fost incluse datele colectate și descrise disponibile din alte cercetări aferente și, de asemenea, tehnicile cantitative (curba de concentrare, indicele de concentrare, teste de semnificație etc.) pentru a reuși cuantificarea gradului de inechitate determinate de bunăstare.

La examinarea datelor cu privire la nivelul de sărăcie s-a constatat că o mare parte din populația Republicii Moldova continuă să fie săracă și starea sănătății acesteia este considerabil influențată de lipsa resurselor și a veniturilor. Statisticile în ceea ce privește gradul de sărăcie clasifică Republica Moldova drept cea mai săracă țară din Europa care doar cu diferențe foarte mici depășește 40 din cele mai sărace țări din lume. Sărăcia este mai răspândită în regiunile rurale, în orașele mici și în rândul persoanelor angajate pe cont propriu sau care muncesc la întreprinderi mici. Copii din Moldova reprezintă grupul cel mai vulnerabil din țară și din întreaga regiune ECE/CSI, de asemenea, ei suferă din cauza emigrării părinților lor peste hotare în căutarea salariilor mai bune. În același timp se cunoaște puțin despre sărăcie și starea sănătății a unor grupuri importante de copii și femei (precum cei care locuiesc în regiunea Transnistreană, copiii instituționalizați, copiii aflați în detenție etc.).

Indicatorii de sănătate a mamei și copilului s-au ameliorat datorită acordării unui caracter prioritar de către Guvern a intervențiilor de sănătate la copii și a asistenței oferite de către organizațiile internaționale. Reformele, inclusiv introducerea asigurării medicale și serviciilor de medicină de familie au condus la îmbunătățirea unor indicatori SMC, de exemplu mortalitatea, morbiditatea și numărului de copii vaccinați. În același timp, inechitatea devine evidentă la distribuția după locul de reședință, bunăstare sau nivelul de studii și unii din indicatorii pentru Republica Moldova sunt mult mai mici decât cei din țările europene.

Deși mulții indicatori ai SMC sunt colectați în mod curent la nivel național, ei nu sunt relevanți pentru analiza echității în sănătate, în mare parte din cauza că nu pot fi clasificați în conformitate cu caracteristicile utilizatorilor de servicii ce nu țin de sănătate, cum ar fi SSE, nivelul de studii și locul de reședință. În același timp, sondajele anuale elaborate de BNS, deși conțin multe date referitoare la SSE, nu includ indicatori cu referire la statusul sănătății sau despre utilizarea serviciilor SMC.[31] Informația existentă referitoare la sănătate este rar utilizată pentru a monitoriza sau a sprijini echitatea în sănătate, în mare parte din cauza lipsei dezagregării sau din cauza calității reduse a datelor.

Analiza statistică s-a efectuat în baza datelor din SDS 2005 din Moldova și din BNS anual 2006-2008, întrucât acestea sunt unicele surse care oferă informații referitoare, atât la SSE, cât și la indicatorii de sănătate. Analiza calitativă a fost bazată pe revizuirea statistică a probelor determinantilor SMC, împreună cu informația obținută de la focus grupurile cu mame și de la discuțiile cu experții în SMC.

Analiza datelor disponibile din sondaje a demonstrat existența inechităților în starea sănătății mamelor și copiilor în Moldova, care variază de la proporții ușoare până la nivel semnificativ al inechității și indică că, copii săraci sunt cei mai afectați. În pofida faptului că s-au înregistrat ameliorări în ceea ce privește mortalitatea copiilor la nivel de țară, un grad semnificativ de inechitate a fost înregistrat în rata mortalității infantile la distribuția după locul de reședință, regiune sau quintile de venit: 23 în regiunile rurale, 31 în zona de sud și 29 la 1000 de născuți vii în quintila a 3-a, în timp ce analiza în baza a curbelor de concentrare și de indicatori demonstrează inechități semnificative care defavorizează copii săraci.

În mod similar, analiza acoperirii cu servicii preventive și curative, de asemenea, a dezvăluit inechități. Acordarea îngrijirii prenatale, administrarea micronutrienților de către femeile gravide și vizitele la medic în caz de diaree sau febră favorizează copiii din grupurile cu bunăstare ridicată. În mod interesant, în cazul imunizării, gradul de inechitate este "invers" pentru copiii din familiile înstărite, rata de imunizare a cărora este mai mică, fapt similar tendințelor internaționale conform cărora acoperirea cu servicii de vaccinare este mai redusă în zonele urbane și în rândul populației cu nivel de bunăstare ridicat.

În ceea ce privește nutriția, frecvența consumului de produse de proveniență animalieră este mai mare în cazul copiilor din familiile cu nivel de bunăstare ridicat. Datele BNS din 2009 arată că, familiile cu copii care fac parte din grupul cu populația cea mai săracă cheltuie de 4,5 ori mai puțin pentru produse alimentare în comparație cu familiile cu nivel de bunăstare ridicat. În același timp, familiile sărace, în comparație cu cele cu nivel de bunăstare ridicat, cheltuiesc cea mai mare parte din venit pentru produse alimentare: 53% din cheltuielile totale comparativ cu 31% în cazul populației cu nivel de bunăstare ridicat. Diferențele în consum sunt semnificative și indică bariere serioase pentru populația săracă în asigurarea unui regim alimentar variat. Datele cu privire la deprivarea alimentară (proporția populației pentru care energia din consumul produselor alimentare este sub minimul necesar de 2 500 kkal) au demonstrat că în 2006 numărul persoanelor care sufereau de subnutriție a rămas ridicat în grupul populației sărace (25%), în rândul populației urbane (28%) și în gospodăriile de trei-patru membri (24%). Acest fapt sugerează necesitatea asistenței sociale direcționate spre familiile cu 4 sau mai mulți membri pentru a depăși subnutriția și deprivarea.

Prin prisma determinantilor de bază în sănătate raportați la sectorul sănătății (disponibilitatea, calitatea și accesibilitatea îngrijirii medicale), se pot observa inechități semnificative. Conform datelor MS, în o treime din raioane medicii de familie deserveșc un număr de populație care depășește standardele europene de 1 persoană la 2500 locuitori. De exemplu, în aceleași raioane a fost înregistrat un număr redus de vizite la medicul de familie (<2 pe an, în comparație cu >3 pentru alte raioane). În cadrul instituțiilor de îngrijire primară a fost semnalată lipsa echipamentului de bază, din cele 46 de denumiri esențiale, echipamentul lipsește în proporții de 50% și mai mult. Aceste date sugerează discrepanțe mari în disponibilitatea personalului și a echipamentului.

Începând cu anul 2000 MS a introdus noi protocoale pentru îngrijirea mamei și copilului (de ex. Conduita Integrată a Maladiilor la Copii sau revizia a 2-a a serviciilor perinatale). În bază la acestora, trebuie să se obțină date importante cu referire la calitatea îngrijirii copiilor, cum ar fi proporția copiilor bolnavi diagnosticați corect și în timp util, tratați sau trimiși la spital. Pe parcursul anului 2008, MS a instituit unități de monitorizare precum cele din CIMC și Programul Perinatal și care vizează colectarea periodică a datelor cu referire la calitatea serviciilor. Odată ce datele cu privire la evaluarea serviciilor vor deveni publice, analiza echității acestora trebuie să garanteze capacitatea de a oferi evaluări referitor la gradul de inechitate în calitatea serviciilor SMC.

În ceea ce privește echitatea accesării îngrijirii medicale necesare, asigurarea obligatorie de asistență medicală a îmbunătățit accesul și utilizarea serviciilor medicale. Cu toate acestea o proporție importantă din populație (22%) nu este încă asigurată, 78% dintre aceștia sunt șomeri sau angajați pe cont propriu, astfel, pur și simplu, fiind incapabili să achite costul poliței de asigurare. Deși a fost conceput să prevină costurile enorme în caz de boală pentru cele mai dezavantajate grupuri de populație (cum ar fi cea din regiunile rurale și cu venituri mici), asigurarea medicală nu cuprinde această populație, în special, femeile de vârstă reproductivă, 38% dintre care nu sunt asigurate.

Informații relevante cu referire la calitatea îngrijirii medicale sunt obținute de la focus grupurile organizate în scopul acestei cercetări care a fost desfășurată în trei sate mai puțin avantajate selectate în baza indicatorului de deprivare SADI. Problemele privind accesibilitatea și disponibilitatea serviciilor medicale s-au dovedit a fi principalele preocupări ale mamelor. Femeile din focus grupuri au menționat în mod repetat că lipsa personalului și a serviciilor medicale în apropierea nemijlocită a locului de trai, reprezintă una din principalele bariere în accesul la servicii medicale. În același timp, costurile adiționale pentru transport și medicamentele care nu sunt acoperite de polița de asigurare medicală reprezintă cea de-a doua barieră cea mai frecvent menționată.

Comentariile aduse în mod repetat sunt că nivelul calității serviciilor medicale este deosebit de neuniform pentru femeile gravide și copiii mai mari de un an din regiunile rurale, că apare necesitatea de a se deplasa până în centrul raional pentru a obține analizele și investigațiile și există sentimentul de obligație de a plăti direct personalul medical pentru a obține un nivel mai bun de deservire. În mod deosebit sunt nesatisfăcute femeile de origine romă, care au menționat nu doar calitatea inferioară a serviciilor medicale dar și lipsa de resurse, o slabă infrastructură în locurile de trai (lipsesc sistemele de distribuție a apei, număr redus de vizite de către medicul de familie) și incapacitatea de a oferi copiilor o nutriție corespunzătoare sau de a-i transporta la instituțiile medicale. Lipsa documentelor de identitate și migrarea frecventă din cauza lipsei de locuință a determinat probleme de înregistrare a copiilor la naștere și de asigurare a îngrijirii post-natale adecvate.

Este îngrijorător faptul, că atunci când s-a cerut evaluarea calității serviciilor medicale garantate de polița de asigurare medicală prin acordarea unui punctaj de la 1 la 5, majoritatea femeilor au acordat cel mai mic punctaj (1). Aceste informații dobândite de la focus grupuri sugerează necesitatea cercetărilor cantitative în profunzime ale percepțiilor mamelor și familiilor referitor la disponibilitatea, accesibilitatea și utilizarea efectivă a serviciilor care în mod clar vor identifica barierele în îngrijirea medicală.

În ceea ce privește răspunsul politic la situația privind inechitatea în sănătate, trebuie de menționat că, în Moldova obiectivul de echitate în sănătate derivă dintr-o serie de documente majore naționale precum Politica Națională de Sănătate 2007-2021, Strategia

de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate 2008-2017 și Strategia Națională de Dezvoltare 2008-2011. Cu toate acestea, măsurile concrete de realizare a acestui obiectiv sunt mai puțin descrise sau planificate: de exemplu, majoritatea documentelor, ce stabilesc politici sau programe, nu includ nici un set de indicatori ai echității și nici informații privind baza sau obiectivele sau procesul de monitorizare și analiză a rezultatelor cu obiectivele inițiale. Situația privind SMC este alarmantă și deoarece nu există un program național al sănătății care s-ar referi la SMC și care ar fi justificat din punct de vedere al cheltuielilor mari în intervențiile din SMC, dar, de asemenea necesitatea unei monitorizări ghidate a resurselor în condițiile crizei economice și a resurselor financiare reduse substanțial.

Deoarece monitorizarea echității nu face parte din planificarea strategică sau de programare a SMC, este dificil de evaluat impactul pozitiv sau negativ pe care anumite programe le-au avut asupra SMC. În linii generale, programele privind SMC în Moldova aveau un caracter general și nu includeau cele mai vulnerabile grupuri. În situația răspândirii sărăciei în primii ani ale deceniului curent, lipsa unei abordări focusate poate fi justificată, pentru că obiectivul principal a fost îmbunătățirea stării sănătății întregii populații. Cu toate acestea, precum arată acest Studiu, un nivel înalt de inechitate este înregistrat în nivelul morbidității, utilizării și accesibilității îngrijirii medicale în Moldova. Datorită crizei economice recente și a insuficienței de finanțe, o abordare având ca obiectiv principal echitatea ar fi justificată. Pentru aceasta sunt necesare date recente privind populația. În cazul în care inechitatea crește, necesitatea serviciilor și ajutorului social de calitate crește.

Raportul la Studiul privind analiza inechității este organizat precum urmează: după o scurtă Introducere, Partea a II-a pune în discuție situația actuală a sărăciei și sănătății în Moldova. Partea a III-a descrie metodologia folosită în analiză, inclusiv baza conceptuală și sursele de date. Partea a IV-a analizează inechitatea în rezultatele SMC de nivel înalt, intermediar și structural. Partea a V-a descrie actele și programele care intenționează, cel puțin parțial, să adreseze și să prevină problema inechității. Partea a VI-a prezintă concluziile și identifică recomandări pentru inechitățile din SMC care nu au fost tratate. Pe lângă raportul propriu-zis, au fost elaborate mai multe anexe care includ date statistice ce stau la baza analizei din Partea a IV-a.

I. INTRODUCERE

1.1. Definiția

Deși echitatea în sănătate are mai multe definiții, aspectul comun al acestora este că, persoanele trebuie să aibă acces la îngrijiri medicale în dependență de nevoile lor și să achite aceste îngrijiri în dependență de situația financiară. Termenul „inechitate în sănătate” nu poate fi considerat sinonim cu termenul „inegalitate în sănătate” deoarece inechitatea se axează pe distribuirea resurselor și alte procese care duc la inegalitatea sistematică din domeniul sănătății (sau a determinantilor săi sociali) în cadrul grupurilor sociale mai mult sau mai puțin dezavantajate.^[1] În același timp, echitatea nu este privită drept egalitate, dar mai degrabă ca „distribuirea corectă” și „oportunități juste” în distribuirea resurselor și oferirea serviciilor.

Raportul Mondial al Sănătății pentru anul 2000 indică că obiectivele sistemelor de sănătate sunt de a îmbunătăți echitatea în sănătate și la toate nivelele acesteia; de a asigura finanțare corectă în domeniul sănătății; și de a răspunde necesităților populației. După conferința de la Almati din 1978, echitatea în sănătate a devenit o preocupare majoră pentru factorii de decizie, atât din țările dezvoltate, cât și din cele în curs de dezvoltare, iar obiectivul de reducere a inechității a devenit o componentă esențială a diferitor documente naționale, inclusiv Strategia de Reducere a Sărăciei pentru țările în curs de dezvoltare și raporturile guvernamentale pentru țările din vest.

Importanța echității în sănătate este definită în raport cu analiza determinantilor sociali ai sănătății, aceștia fiind mai sensibili în cazul analizei rezultatelor sănătății în rândul copiilor și a viitoarelor mame. Un document de bază din Raportul final al comisiei privind determinanții sociali în domeniul sănătății din august 2008^[2] se adresează guvernelor să îndeplinească trei condiții principale pentru atingerea echității:

Îmbunătățirea condițiilor de viață – mediul în care oamenii se nasc, cresc, trăiesc, lucrează și îmbătrânesc.

Soluționarea problemei distribuirii inechitabile a puterii, veniturilor și resurselor - motoarele structurale ale condițiilor de viață - la nivel global, național și local.

Determinarea problemei, evaluarea acțiunilor, extinderea bazei de cunoștințe, crearea unei forțe de lucru pregătite în baza determinantilor sănătății, conștientizarea de către populație a determinantilor sănătății.

1.2. Importanța monitorizării echității în sănătate

Conceptul monitorizării echității în sănătate a fost propus în țările dezvoltate, precum SUA, Canada sau Noua Zelandă^[3-6], drept un mijloc de a susține politicile și acțiunile de uniformizare a diferențelor dintre grupuri, dar și de a se adresa grupurilor vulnerabile. În prezent, monitorizarea echității în sănătate, în aceste țări, este complet integrată în monitorizarea din domeniul sănătății și a atins nivele semnificative în utilizare¹. Un sistem de monitorizare mai simplu, dar foarte solid, cu accent asupra bunăstării copiilor, este prezentat în cadrul Institutului pentru copii, pe site-ul Universității din Cape Town care include indicatori veridici a accesului copiilor la un mediu de trai adecvat, servicii medicale calitative, acces la hrană, apă, securitate socială și educație de bază^[7].

¹ Modele pot fi examinate pe <http://www.cdc.gov/nchs/surveys.htm>

La sfârșitul anilor 90, inițiative similare au fost începute în unele țări în curs de dezvoltare. În acest context, un grup de profesioniști s-a întrunit în Chile și a proclamat că „până în 2015 fiecare țară trebuie să aibă un sistem integrat de monitorizare a inechităților în sănătate care ar informa, monitoriza și evalua politicile din domeniul sănătății și cele din domeniul socio-economic”^[8].

La începutul anilor 2000, o inițiativă de monitorizare (numită „indicatorul echității în sănătate”) a fost lansat în 14 țări pentru a măsura datele din domeniul sănătății, determinanții sociali ai sănătății, precum și lacunele în starea sănătății din diferite grupuri sociale la nivel național și local. Alianța globală a indicatorului de echitate (GEGA) a fost creată pentru a oferi susținere inițiativelor noi^[9]. Alte inițiative au fost propuse, precum Rețeaua regională pentru echitate în sănătate din Africa de Sud și de Est (EQUINET)^[10].

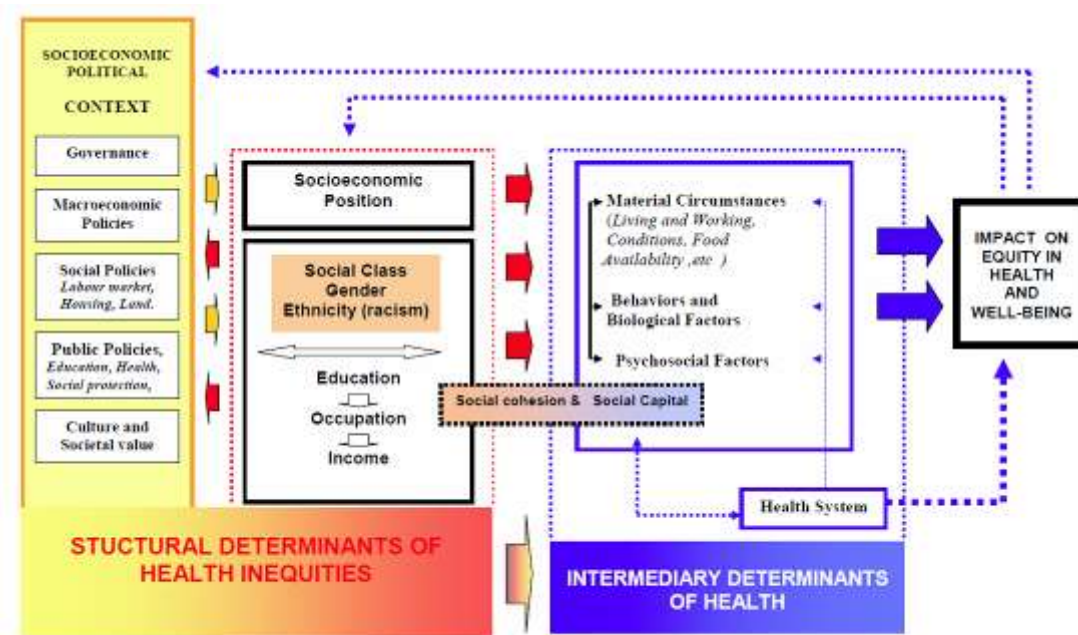
1.3. Baza conceptuală

Pentru analizarea problemei inechității în sănătatea mamei și copilului, Studiul dat se bazează pe conceptul determinanților multifactoriali ai sănătății stipulat în lucrările clasice ale lui Whitehead și susținut în lucrările lui Kawachi^[11, 12]. Cercetările acestora indică că, inegalitățile în domeniul sănătății apar și sunt menținute de distribuția inegală a bunăstării, a cunoștințelor, a practicilor de viață, a gradului de angajare în câmpul muncii, a accesului la învățământ, apă și sisteme sanitare, produse alimentare și asistență socială. (Vezi Tabelul Schema-cadru al analizei echității în sănătate Figura 1 de mai jos, modificat de Raportul final al Comisiei privind determinanții în sănătate).

Studiile precedente demonstraseră că, inechitatea în sănătate este în mare parte determinată de inechitatea statutului social, care este cauzat de distribuția inegală a veniturilor și a factorilor legați de aceștia: mediul de reședință: comunitate urbană/rurală și folosirea serviciilor sociale, inclusiv a celor din domeniul sănătății. În comparație cu monitorizarea generală a dezvoltării, similară cu ODM, care se axează pe mediile naționale, analiza echității trebuie să se axeze pe inechitățile sau diferențele din domeniul sănătății care, de altfel, sunt mascate de mediile naționale. Inechitățile persistente (iar în unele cazuri, în creștere) a rezultatelor de bază din domeniul sănătății, inclusiv rezultatele sănătății mamelor și copiilor, arată că unele grupuri sociale nu beneficiază în mod egal de servicii sau progres economic și acest fapt ar trebui să devină o preocupare majoră pentru factorii de decizie. Ținând cont de aceasta, schema-cadru cel mai frecvent folosită pentru analiză, se arată în Figura 1 de mai jos.

Bazându-ne pe cele expuse mai sus, Studiul analizei echității se axează pe descrierea inechității în sănătatea mamelor și copiilor în Moldova în baza indicatorilor principali (mortalitatea, modul de alimentație și unele cazuri de morbiditate) și având ca scop prezentarea statistică a nivelului de inechitate. Acesta din urmă se calculează folosind tehnicile descrise în capitolul de mai jos intitulat Metode și Surse de colectare a datelor, inclusiv și unii determinanți intermediari ai sănătății mamelor și copiilor, precum preluarea unor practici din anumite servicii medicale sau ai medicinei de familie. Studiul analizează indicatorii structurali selectați drept parte componentă ai domeniului sănătății.

Figura 1 Schema-cadru al analizei



Analiza globală a domeniului sănătății nu ne poate oferi informații clare despre nivelul de inechitate în sănătate, deoarece acesta este determinat de nivelul de educație, bunăstare, acces și folosire a informației, a piețelor, pământurilor și a infrastructurii. Cu toate acestea, o atare explorare comprehensivă nu a fost posibilă în cadrul prezentului studiu, deoarece este necesară cercetarea amănunțită a unui mare număr de sisteme de monitorizare sau cercetare, dar acest aspect, poate fi subiectul unei cercetări ulterioare.

Mai amănunțit, raportul se axează pe trei indicatori: (1) determinanți superiori în sănătate și alimentație (mortalitatea maternă și infantilă, morbiditatea, alimentația), (2) determinanți intermediari de bază, care se referă cauzal la determinanții superiori: acoperirea serviciilor (îngrijirea pre-natală, vaccinarea, servicii curative) și practicile de îngrijire primară și (3) determinanți structurali ce se referă doar la domeniului sănătății (precum apropierea fizică, distribuția personalului și accesibilitatea evidentă a serviciilor medicale).

Studiul este un document de lucru pentru factorii de decizie și managerii din Moldova, și din acest motiv, are ca scop folosirea unei terminologii generale și accesibile, precum și a unei tehnici de descriere care ar putea fi ușor de reprodus sau înțeles de managerii și funcționarii tehnici din domeniul sănătății și, în acest mod, ar putea ajuta eficient la procesul de planificare, alocare și monitorizare echitabilă a resurselor în SMC.

1.4. Măsurarea inechității

Măsurarea inegalităților în determinanții din domeniul sănătății constituie partea principală a analizei inegalităților într-o țară și este descrisă detaliat de către Banca Mondială într-o lucrare publicată recent[13]. Aceste calcule includ date privind statutul socio-economic al populației în baza quintilelor de venit, calcule bazate pe curba de concentrare și indicele de concentrare și analiza statistică a asociațiilor între variabilele rezultatelor în sănătate și factorii determinanți. Aceste calcule au ca scop identificarea, în nivelul inegalității din determinanții de bază în sănătate și a dinamicii acestuia, a factorilor ce duc la inegalitate. În același timp, analiza cere utilizarea unui program statistic computerizat (ex. STATA sau SPSS) și trebuie completată cu date referitoare la populație privind mortalitatea, asigurarea cu servicii medicale preventive și curative,

date din cadrul comunității sau a centrului medical și determinarea efectelor politicilor și programelor sociale asupra echității.[14].

Cercetările statistice ample prin sondaje în gospodării includ date privind veniturile, dar foarte puține variabile privind starea sănătății sau asigurarea cu servicii; cel mai comun indicator fiind cel al morbidității². Datele din cadrul sondajelor în gospodării se păstrează, de obicei, în cadrul agențiilor naționale de statistică și sunt accesibile, în mare parte, cercetătorilor. Pe de altă parte, majoritatea cercetărilor statistice în domeniul sănătății includ un spectru larg de variabile legate de starea sănătății și unii indicatori ai situației socio-economice la nivel de gospodărie. Cu toate acestea, datele acestor cercetări, de multe ori, sunt păstrate în instituții diferite ceea ce face ca consultarea acestora să fie cam anevoioasă.

Ținând cont de cele expuse mai sus, selectarea indicatorilor ce trebuie folosiți pentru efectuarea unei analize a echității în sănătate în Republica Moldova, folosind curbele de concentrare, este limitată de faptul că sunt foarte puține studii care includ indicatorii necesari privind sănătatea și starea socio-economică. De fapt, doar datele din Studiul Demografic și de Sănătate în Moldova pentru anul 2005 au fost accesibile și de folos. De asemenea, a fost consultată Partea privind Îngrijirea medicală din cadrul Cercetării Bugetelor Gospodăriilor Casnice în Moldova pe anii 2006-2008; cu toate acestea, acest document nu conține informația privind factorii determinanți ai SMC cum ar fi: folosirea sau finanțarea de către familie a serviciilor specifice din cadrul SMC. Din cauza acestor restricții nu a fost posibilă efectuarea unei analize ample ale inechităților, după cum a fost stabilit anterior în Schema-cadru prezentată mai sus. Mai mult decât atât, aceasta nu permite elaborarea unor tendințe viitoare. Cu toate acestea, analiza datelor existente ne permite elaborarea unor idei și în baza acestora, analiza inechității poate fi aplicată la rezultatele cercetărilor recente și ulterioare, precum Studiul privind îngrijirea și dezvoltarea timpurie 2009 sau următoarea rundă de cercetări ai SDS/ MICS.

² Vezi, de exemplu, chestionarul cercetare pentru Studiul privind Măsurarea Standardelor de Viață, elaborate de Banca Mondială.

II. SĂRĂCIA ȘI SĂNĂTATEA ÎN MOLDOVA

2.1. Situația socio-economică a populației

Situația socio-economică a unei națiuni este unul dintre cei mai siguri indicatori și un factor determinant al sănătății. Din aceste motive, cercetarea condițiilor economice și, în special, al sărăciei, are un rol important în monitorizarea echității. Autorii folosesc termeni diferiți pentru a descrie sărăcia: (1) sărăcia de venit sau consum (cea mai frecventă), (2) (sub)dezvoltare umană (termen introdus de PNUD în anii 90), (3) excludere socială, și (4) vulnerabilitate (introdus și folosit de UE începând cu anul 2000), (5) (lipsa) capacității și funcționării (introdus în anii 80), (6) stare precară, (7) nedurabilitatea familiei, (8) lipsa necesităților elementare (introdus de OIM în anii 70), (9) lipsă relativă (Briefing-ul ODI privind sărăcia, februarie 1999). Se consideră că, dacă strategiile naționale de reducere a sărăciei definesc și abordează sărăcia din punct de vedere al veniturilor sau a consumului (inclusiv prin coșul minim de consum al produselor alimentare și a altor bunuri), acestea se axează pe reducerea sărăciei prin creștere economică. Dacă prin sărăcie se înțelege lipsa abilității de a citi, comunica, produce sau duce o viață sănătoasă, atunci strategia de reducere a sărăciei pune accentul pe dezvoltare umană sau excludere socială și, în acest mod, atrage atenția nu numai asupra creșterii economice dar și spre un aspect mai larg multidimensional.

Studiul sărăciei în Moldova de la începutul anilor 90 a evoluat semnificativ și se bazează, în mare parte pe datele din cercetările statistice prin sondaje în gospodăriile casnice ale BNS. În același timp, acest instrument și rezultatele lui sunt folosite în diferite moduri și sunt produse diferite măsurări ale sărăciei.

Măsurarea sărăciei: în general, analiza efectuată de către sau pentru instituții internaționale, străine în Moldova folosește pentru măsurarea sărăciei absolute venitul sau consumul pe zi. Suma de doi dolari pe zi (sau, mai exact, \$2,15 este suma relevantă pentru țările din Europa de Est și țările din Asia Centrală, reflectând un nivel mai scump de trai în regiunile cu climă rece) este folosită pentru a măsura sărăcia absolută. Un nivel mai înalt al sărăciei (\$4.30 pe zi) este folosit ca un prag de identificare a gospodăriilor casnice care nu suferă o lipsă totală materială, dar care sunt vulnerabile față de sărăcie (Banca Mondială 2005).

Organizațiile naționale din Moldova (precum Direcția Monitorizare a Politicilor în domeniul Sărăcie din cadrul Ministerului Economiei și Comerțului) folosesc termenul „limita sărăciei” definită ca 50% din „standardul minim de consum” suficient pentru a asigura consumul a 2 500 kkal/zi pentru o persoană (limita absolută a sărăciei - 353.87 MDL, iar limita extremă a sărăciei - 278.52 MDL – în 2005) ^[15]. Banca Mondială folosește un alt instrument de delimitare: suma de bani necesară pentru a asigura 2 100 kcal pe zi (nivelul extrem al sărăciei) bazat pe un coș de produse alimentare, în timp ce pentru un nivel normal de sărăcie sunt incluse și bunuri nealimentare, dar din care sunt excluse bunurile de lungă durată, cheltuieli referitoare la locuință și utilități. De asemenea, am identificat alte patru măsuri și indicatori ai nivelului de sărăcie care sunt mai rar folosite sau clar descrise. Nu este de mirare că numărul mare și diversitatea indicatorilor sărăciei pun anumite dubii în timp ce experții ne avertizează că măsurările date pot crea anumite probleme conceptuale și de calcul. ^[16].

O particularitate a estimărilor sărăciei populației în Moldova este că, aceasta se bazează pe cercetări statistice în gospodării casnice și, deci, nu includ alte grupuri importante ale populației care nu locuiesc în familii, precum: copiii și femeile străzii (datele sau estimările exacte nu sunt cunoscute), copii instituționalizați (aproximativ 8.800 în

2008)^[17], copiii în detenție. În același timp, copiii și femele ce locuiesc în regiunea Transnistreană nu fac parte din sondajele privind populația efectuate de BNS, și deci nivelul de sărăcie din această regiune nu este cunoscut deși se presupune că este mai mare decât în Moldova. Dacă situația grupurilor de populație menționate mai sus ar fi luată în considerație, situația sărăciei la nivel național și al sărăciei în rândul copiilor/femeilor ar fi mai gravă decât cea raportată în prezent.

Conform clasificării de 2,15\$ PPP/zi, în 2006 29% din populația Moldovei trăia în sărăcie absolută³, fapt care a plasat țara drept cea mai săracă țară din Europa și cu o situație puțin mai bună decât cele 40 de state cele mai sărace din lume. În comparație, în același an, nivelul sărăciei absolute în țările având economie planificată în trecut (precum Croația sau Macedonia) nu a depășit 2%⁴ deși nivelul acestora era de 15 ori mai mic decât în Moldova. În același an, aproximativ 50% din populația Republicii Moldova era considerată că trăiește cu mai puțin de 4,30\$ PPP/zi⁴.

Conform clasificării naționale a nivelului de sărăcie, în 2002-2005 49,5%⁴⁵ din populație trăia sub limita națională a sărăciei. Estimările recente din aceleași surse nu prezintă date după 2006. În același timp, baza de date administrată de Guvern DevInfo (www.devinfo.md) conține estimările nivelului de sărăcie pentru 2008 care constituie 26%. Deci, în conformitate cu datele nivelului național de sărăcie, calculate de instituțiile naționale din 2002 până în 2008, proporția persoanelor sărace s-a redus în jumătate, de la 49 la 26%.

În contextul **dinamicii sărăciei**, ODM#1 național primordial până în 2015 stipulează reducerea persoanelor ce trăiesc în sărăcie absolută de la 30% în 2006 la 20% în 2015 (Figura 2). Criza economică mondială și națională prelungită poate amenința realizarea acestui obiectiv. Într-un scenariu optimist în care obiectivul ODM#1 este realizat până în 2015, nivelul acestuia va continua să descrie o sărăcie răspândită și o calitate a vieții mai joasă decât în țările din ECE sau regiunile din vest ale CSI.

Sărăcia în Moldova are un aspect specific, deoarece persoanele sărace sînt bine educate – până la 80% din persoanele din quintilele sărace (prima și a doua) au studii medii sau studii medii speciale (SDS 2005)^[19], iar rata generală de alfabetizare depășește 90%. În același timp, nivelul angajării în câmpul muncii este destul de mic – în 2005, jumătate din numărul bărbaților și femeilor din quintilele sărace erau șomeri în ultimele 12 luni, iar dintre cei angajați, majoritatea (de ex., 68% femei) aveau servicii rău plătite (în agricultură, lucru casnic sau servicii manuale necalificate), cu nesiguranță de menținere a locului de muncă și capacitate diminuată de acumulare a economiilor. Rezultate mai recente privind angajarea în câmpul muncii în baza quintilelor de venit nu au fost găsite în domeniul public.

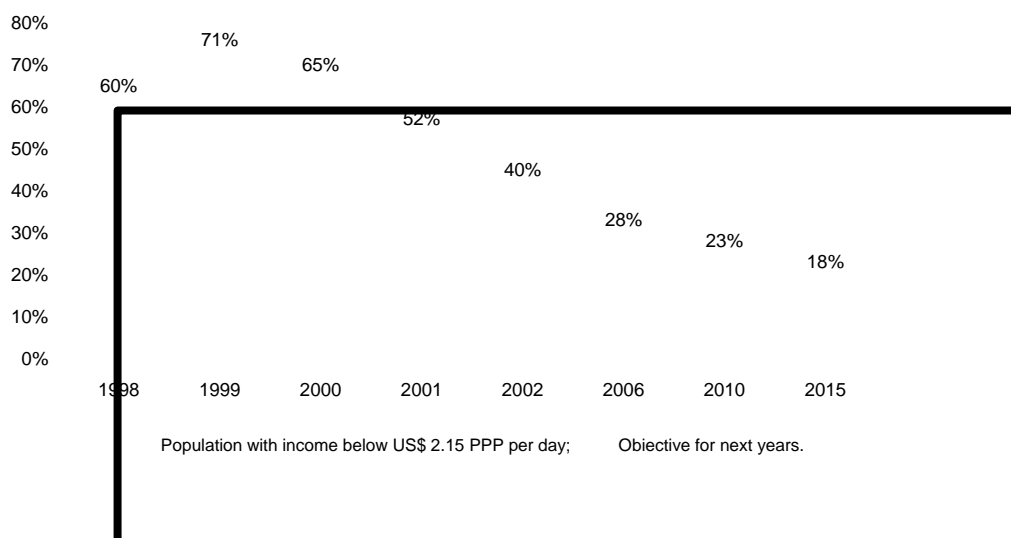
³Populația sub limita sărăciei, *The World Factbook*, CIA, actualizat pe 13 noiembrie, 2008. Datele din 2006 fiind cele mai recente

⁴ Datele se referă la cel mai recent an disponibil 2000-2007. Sărăcia umană și a veniturilor în țările în curs de dezvoltare / Populația sub limita națională a sărăciei. Indicii dezvoltării umane: Actualizare a datelor statistice 2008, http://hdr.undp.org/en/media/HDI_2008_EN_Tables.pdf accesat 20 august 2009

⁵ Indicatorii dezvoltării mondiale 2008". Banca Mondială. Septembrie 2008. Accesat la <http://go.worldbank.org/LJW2UB0SI0>.

Sărăcia este mai răspândită în mediul rural: în 2005, 56% dintre gospodăriile casnice chestionate din mediul rural făceau parte din quintilele sărace în comparație cu doar 7% din mediul urban^[19]. Datele din cadrul analizei efectuate de Banca Mondială în 2004 (bazate pe calculele efectuate de MEC: la \$2 pe zi PPP/ nivelul sărăciei absolute) indică că în 2005 până la 42% din populația din mediul rural și 48% din populația din orașele mici trăia sub nivelul sărăciei absolute^[20].

Figura 2 Populația ce trăiește cu mai puțin de USD 2,15 PPP pe zi^[18]



Emigrarea și căutarea unei vieți mai bune: După declararea independenței, moldovenii au cunoscut exoduri în masă spre Rusia, Israel și țările din vest. Până în 2005, aproximativ 440.000 de cetățeni (în jur de 11% din populație) au părăsit țara pentru a-și găsi un post de muncă temporar sau pentru o viață mai bună^[21]. Consecințele și efectele acestui fenomen sunt studiate pe larg în Moldova, datorită remitențelor semnificative care au propulsat economia și au asigurat un trai mai bun pentru familiile cu emigranți. În același timp, în momentul emigrării, situația socio-economică a emigranților s-a îmbunătățit și astfel, permițându-le inițierea unui proces de emigrare costisitor. Cercetările atrag atenția asupra efectelor negative ale emigrării asupra copiilor lăsați de părinți (lipsa grijii părintești și a supravegherii, riscul de a fi traficant, de a fi supus violenței și de a avea probleme în dezvoltare), dar sugerează necesitatea unor cercetări calitative și cantitative viitoare^[22].

Conform FMI în 2005, în Moldova, remitențele au devenit „un mecanism efectiv”^[23]. Cu toate acestea, putem susține că remitențele au accentuat și mai tare inegalitățile în venituri deoarece remitențele se îndreaptă spre pătura populației cu o bunăstare mai bună, datorită faptului că venitul disponibil aparține quintilelor superioare în timp ce segmente largi ale populației continuă să trăiască sub limita sărăciei extreme. Datorită crizei globale recente, unii emigranți din Moldova s-au întors acasă, pe când alții trimit mai puțini bani familiilor lor. Moldova este în fruntea țărilor ce primesc remitențe ca

^{6 6} Raportul PNUD privind dezvoltarea umană 2009 estimează că în 2010 numărul emigranților va constitui 404.000. Cu toate acestea, autorii indică că numărul nu poate prezice cu exactitate efectele neașteptate ale fluctuațiilor de scurtă durată, precum criza economică din 2009.

parte a PIB-ului^[24], iar reducerea acestora va avea un impact negativ asupra nivelului general al sărăciei populației.

Sărăcia în rândul copiilor este fața urâtă a sărăciei în Moldova. Cercetătorii au atras atenția asupra acestui fenomen odată cu apariția datelor privind populația. Cercetările au arătat că, până în 2003, în Moldova jumătate din numărul copiilor sub vârsta de 17 ani trăiau în sărăcie absolută, iar încă o treime erau considerați vulnerabili la sărăcie (Tabelul 1, din Menchini& Redomont, 2009). Aceste date prezintă copiii din Moldova ca fiind grupul cel mai vulnerabil din țară și din regiunea ECE/CSI.

Tabelul 1 Rata sărăciei absolute și relative în rândul copiilor

Limita sărăciei	Tajikistan	Moldova	Albania	Rusia	Bulgaria
	2003	2003	2002	2003	2001
Copii sub limita absolută a sărăciei (US\$2.15 PPP) (%)	70.6	55.6	26.8	16.3	12.8
Copii vulnerabili (cu între US\$2.15 și US\$4.30 PPP)(%)	25.0	33.8	51.9	38.5	12.9
Copii cu 60% sub limita medie a sărăciei (%)	16.8	17.1	13.5	20.6	23.0
Consumul mediu pe zi (US\$, PPP)	\$1.59	\$1.98	\$2.90	\$3.97	\$5.42
60% limita medie a sărăciei (US\$,PPP)	\$0.95	\$1.19	\$1.74	\$2.38	\$3.25

Date mai recente privind sărăcia în rândul copiilor nu au fost găsite în domeniul public. Monitorizarea Socială Innocenti 2009 prezintă o analiză amplă a bunăstării copiilor în ECE și Moldova, cu toate acestea datele privind sărăcia (bazate pe calculul a 2,15\$ PPP/pe zi – rata absolută a sărăciei) indică anul 2004 ca fiind cel mai recent și prezintă 55,9%^[25]. În același timp, rata a fost calculată doar pentru copii cu vârsta sub 15 ani și nu poate fi comparată cu estimările prezentate în Tabelul 1.

O altă cercetare, locală, Analiza fenomenului de sărăcie a copiilor în Republica Moldova 2006- 2007 de V. Prohnychii, indică că „copii săraci constituie 27,3%, în timp ce 3,2% suferă de sărăcie extremă, în comparație cu 2,8% din totalul populației” (p.6). Autorul nu indică definiția indicatorului sărăciei folosit în analiză. Luând în considerație faptul că analiza se bazează pe datele BNS, putem presupune că limita națională a sărăciei constituie 50% din „standardul consumului minim”. Dacă aceste date stau la baza cercetării, atunci nu este posibilă compararea directă între datele oferite de Prohnychii și Menchini. În același timp, Prohnychii aduce datele BNS arătând că rata sărăciei în rândul copiilor în 2006-2007 era mai mare în familiile cu patru persoane și > de 3 ori mai mare în familiile cu 5 membri și mai mari în comparație cu familiile alcătuite din 2 membri. Această diferență a nivelului sărăciei sugerează necesitatea unui ajutor ghidat financiar și social la nașterea a al treilea copil și a copiilor ulterioari care va permite familiilor să depășească povara cheltuielilor privind îngrijirea copiilor.

În Moldova, se sugerează că emigrarea părinților influențează SSE a copiilor. Trebuie de menționat că este dificil de a afla numărul exact al copiilor lăsați de părinți, iar uneori aceste estimări diferă în diferite surse cu de la 10% până la 30% din totalul populației în cu vârsta cuprinsă între 0-17 ani (UNICEF KAP Studiul tinerilor 2005, SDS Moldova 2005, Prohnychii 2006, datele BNS, CRIC 2006, Studiul OMM “Migrația și Remitențele” 2006, Cercetarea UNICEF-PNUD 2006 privind copii emigranților etc.). Dintre lucrările ce conțin o descriere detaliată a acestui fenomen și a efectelor acestuia asupra copiilor, cititorul poate consulta Teza de doctor al lui Manaresi 2006 care încearcă să determine cantitativ și calitativ care sunt efectele migrației părinților asupra sănătății, reușitei școlare, precum și a statutul psihosocial al copiilor^[26].

2.2. Starea sănătății în Moldova

Datorită capacității preexistente a sistemului de sănătate din țară și a interesului mare din partea donatorilor străini asupra situației sănătății populației, monitorizarea sănătății moldovenilor este bogată în estimări și ne prezintă realitatea unei lupte continue. După declararea independenței, Moldova a depus eforturi semnificative pentru reformarea sistemului de îngrijire primară și a trecerii la medicina de familie, introducând în 2004 asigurarea medicală obligatorie astfel reducând aglomerația din spitale. Cu toate acestea, datele recente privind starea sănătății populației și direcțiile acesteia indică că reformele încă nu au reușit să prevină și să controleze povara numărului excesiv a bolilor cronice la adulți.

Baza de date a OMS privind sănătatea[27] indică că speranța de viață sănătoasă (HALE) în Moldova nu depășește 60 de ani. În rândul femeilor, probabilitatea deceselor între vârsta de 15-69 ani a stagnat și este 2.4 mai mare decât în Croația, în timp ce indicatorii referitori la bărbați au crescut cu 14% și sunt de 2 ori mai mare decât în Croația (Tabelul 6 – Anexa 1). Incidența tuberculozei în rândul populației a crescut de la 49 persoane la 100.000 locuitori în 1990 la 131 în 2005 cu o mică descreștere la 114 persoane la 100.000 locuitori în 2008[28]. Incidența tuberculozei în rândul copiilor sub vârsta de 15 ani a crescut de la 5,4 la 32,2 la 100.000 locuitori și constituia în 2008 25,5 la 100.000 locuitori.[28]. Prevalența HIV se estimează la 0,4% (0,3-0,7) la populație în general (dar până la 21% în grupurile de risc)[29], în timp ce aproximativ 80 femei însărcinate au fost depistate cu virusul HIV în ultimii trei ani, iar rata de transmitere a virusului HIV de la mamă la copil constituia 1,7% în 2008.

Situația pare diferită în privința sănătății copiilor. Rata mortalității copiilor a descrescut semnificativ de la 30 decese la 1000 nașteri la 16 decese în 2006. 90% din copii sunt imunizați împotriva a 6 boli care pot fi prevenite prin vaccinare, iar cifrele referitoare la subnutriție sunt relativ mici (sub greutatea normală și cu pierdere a greutății <5%)[19]. Realizările sunt atribuite caracterului prioritar acordat intervențiilor în sănătatea copiilor de către Guvern, precum și de asistența masivă oferită de organizații internaționale și bilaterale. Cu toate acestea, în comparație cu țările de Europa de Est în care situația este mai bună, indicatorii privind sănătatea copiilor în Moldova sunt mai puțin încurajatori. Rata mortalității infantile în 2006 era de trei ori mai mare decât în Croația. Numărul cazurilor de deficiență a micronutrienților este în creștere, anemia cauzată de deficiența de fier constituia 60% la toți copiii și 40% la gravide în 2005[19]. Nivelul de iod în alimentație este mic, în special în comunitățile rurale (media excreției de iod în 2006 constituia 70mcg/DL, Raportul privind conținutul de iod în urină), iar o treime din copii suferă de carența vitaminei D (Starea de nutriție 1996-1998, MS).

Deși declinul mortalității infantile este impresionant, mai puțin se cercetează dacă acesta este egal pentru diferite grupuri ale populației. Probleme similare pot fi ridicate referitor la morbiditate, modul de alimentație, folosirea și accesul la serviciile medicale. Ghidați de acest tip de probleme și soluții, factorii de decizie și managerii de programe trebuie să fie în stare să elaboreze strategii corecte pentru a monitoriza și a evita inechitatea în sănătatea copiilor și a mamelor din țară. Acest studiu are ca scop oferirea informațiilor

⁷ Buletin informativ. Situația epidemică în infecția HIV/SIDA. Realizarea programului național și sarcinile pentru anul 2009. 05.03.2009 Nr.10a-7/175

privind măsurile și gradul de echitate în SMC și sugerează acțiuni pentru soluționarea problemei.

2.3. Starea actuală a monitorizării echității în sănătate în Moldova

Dezvoltarea curentă a monitorizării în Moldova oferă date multiple și diverse pe o scară largă de indicatori, în mare parte precum este recomandat în relație cu monitorizarea progreselor în comparație cu ODM. Tehnologia bine-cunoscută DevInfo care depistează un spectru larg de indicatori sociali a fost oferit oficial Republicii Moldova în 2005. Ministerul Economiei și Comerțului responsabil de coordonarea EGPRSP a folosit pachetul standard DevInfo pentru a dezvolta capacitatea în țară. Pentru a evita utilizarea mai multor sisteme de monitorizare a fost convenit să se utilizeze DevInfo drept unicul sistem de monitorizare atât pentru ODM cât și pentru Strategia de Creștere Economică și Reducere a Sărăciei. În 2007 a fost lansată o pagină oficială www.devinformd.md. Baza de date DevInfo este actualizată periodic și este utilizată de partenerii străini și funcționarii guvernamentali.

Datele DevInfo provin din surse naționale, inclusiv Cercetarea națională a gospodăriilor casnice elaborat de Biroul Național de Statistică a Republicii Moldova. Acestea sunt disponibile anual începând cu 1997 și acoperă un spectru mare de probleme. Cu toate acestea, ele reprezintă un instrument pentru a scoate în evidență particularitățile SSE a populației conținând puțină informație, iar în unele cazuri nici un fel de informație, referitoare la analiza echității, precum folosirea serviciilor medicale sau a achitării acestora de către familie. Unicul punct slab în ceea ce privește monitorizarea echității în sănătate este că studiul cere auto-evaluarea sănătății fiecărei persoane și doar unele întrebări generale legate de cheltuielile familiilor pentru sănătate. Răspunsurile, deci, ne permit construirea unei dinamici a cheltuielilor generale, numai dacă alți determinanți ai situației sănătății și inechitățile acesteia, precum achitarea serviciilor medicale, necesitatea reală și utilizarea serviciilor cost-eficiente și spitalizării, nu sunt analizate.

Pe parcursul anului 2008, BNS a elaborat un studiu specializat asupra sănătății (Studiul privind sănătatea populației și accesul populației la serviciile de sănătate în Republica Moldova). Studiul a fost implementat drept un modul separat la Studiul BNS folosind un sub-model al gospodăriilor casnice BNS. Și din nou, datele acestuia nu au oferit informații privind determinanții SMC, precum folosirea serviciilor de prevenire sau practicilor medicinei de familie pentru copii. Pentru a consulta un model de întrebări vezi Tabelul 2. Grupurile precum „tratament general”, „vizită administrativă” sau „investigații suplimentare” nu pot fi considerate servicii privind SMC implementate de MS cu susținerea comunității internaționale (imunizări, monitorizarea creșterii, îngrijire pre-natală și post-natală, prevenirea fracturilor, îngrijire etc.) și care determină și influențează puternic starea sănătății copiilor și mamelor.

Tabel 2 Model: datele BNS: Tipul de proprietate și motivul consultării medicului, după locul de reședință și modul de asigurare (%)

	Loc de reședință		Asigurare		Total
	Urban	Rural	Da	Nu	
De stat	91,1	91,2	91,6	87,7	91,2
Privat	8,9	7,9	7,8	12,3	8,4
Nu știu	-	0,9	0,5	-	0,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Motiv:					
răceală/tuse obișnuită	19,4	16,5	18,8	10,7	17,8
febră	5,6	2,2	3,8	3,2	3,7
tratament general	31,4	48,6	39,5	48,6	40,6

fracturi	2,0	3,4	2,3	5,7	2,7
vizită administrativă	7,9	5,1	6,8	3,5	6,4
durere de dinți	6,8	6,9	5,9	13,7	6,8
investigații suplimentare la specialist	21,6	11,5	16,7	12,2	16,2
Alte	5,5	5,9	6,2	2,4	5,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

În același timp, o serie de **cercetări model a SMC în baza datelor populației/gospodăriilor casnice** au fost elaborate în Moldova începând cu 1996 și care pot umple golurile în monitorizările efectuate de BNS sau MS, deoarece aceste studii corelează, în baza populației, indicatorii stării sănătății la determinanții acestora, inclusiv SSE, locul de reședință, nivelul de educație sau cunoștințe practice ale părinților, utilizarea anumitor servicii etc. Printre acestea sunt:

- Studiul privind Starea de nutriție din 1998, implementat de Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă din Moldova care a cercetat situația alimentației mamelor și a copiilor, precum și SSE al acestora. Nu se cunoaște în care agenție națională sau internațională se află rezultatele acestuia.

- Studiul de indicatori multipli în cuiburi (MICS) din 2000, elaborat de Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă din Moldova în lunile iulie-septembrie 2000. cercetarea include 10380 familii și 7871 femei cu vârsta cuprinsă între 15-49 ani. Rezultatele cercetării sunt reprezentative la nivel național, de reședință urbană sau rurală. Deși studiul a investigat probleme privind bolile, imunizarea și igiena, el nu conține măsuri antropometrice, deficitul de micronutrienți sau modul de alimentație. Rezultatele cercetării se află la sediul UNICEF din New York.

- Studiul Demografic și de Sănătate din Moldova pentru anul 2005, elaborat de Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă din Moldova, Ministerul Sănătății și Protecției Sociale între lunile iunie-august 2005. Cercetarea a fost efectuată pe un eșantion de 11.095 familii și 7.440 femei cu vârsta cuprinsă între 15-49 ani și 2.508 bărbați cu vârsta cuprinsă între 15-59 ani. Rezultatele cercetării sunt reprezentative la nivel național, de reședință urbană sau rurală, în cele patru regiuni ale țării. Studiul a cercetat situația antropometrică și anemia, utilizarea serviciilor, modele de fertilizare și reproducere. Rezultatele cercetării se află la Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă.

- Studiile privind dezvoltarea și îngrijirea timpurie din 2002 și 2009 se axează pe familiile cu copii cu vârsta sub 7 ani și au fost elaborate de BNS sau MS ai RM. Studiile sunt similare tehnicilor în cuiburi, dar cercetează domenii diferite, decât cele ale MICS sau SDS axându-se mai mult pe practicile și cunoștințele privind îngrijirea timpurie. Studiul din 2009 nu conține date antropometrice sau privind anemia. La implementarea prezentului studiu, datele acestuia de la BNS nu erau încă în formă convenabilă pentru analiză statistică.

Datorită faptului că în prezent nici o organizație nu lucrează în totalitate la monitorizarea, elaborarea, analiza și susținerea continuă a statisticilor în domeniul sănătății mamei și copilului, datele cercetărilor sunt păstrate în diverse instituții, iar accesarea acestora necesită îndeplinirea diferitor proceduri și căutarea de contacte, date și cărți arhivate sau coduri concrete. Autorii au reușit să acceseze integral datele SDS 2005 din Moldova doar accesând în același timp datele MICS 2000 care nu au fost foarte utile datorită „învechirii” rezultatelor și a interesului din partea factorilor de decizie pentru date mai recente.

Deși un volum mare de date este colectat în Moldova prin intermediul **sistemelor existente de informare privind sănătatea**, acestea nu pot fi folosite pentru analiza echității. După cum este menționat într-o evaluare recentă a MS, datele de monitorizare sunt în rare cazuri folosite pentru monitorizare sau recomandare în cercetarea echității, inclusiv, în alocarea resurselor în domeniul sănătății, deoarece ele se bazează pe indicatorii referitori la boli, numai dacă nu este disponibilă dezagregarea lor în baza SSE, a educației sau grupurilor etnice.^[30] Resursele financiare și umane limitate pentru a asigura elaborarea și funcționarea sistemului sunt considerate cauzele principale ale funcționării ineficiente. Sistemul Național Informațional în Sănătate a fost evaluat în ceea ce privește criteriul echității cu 0.3 (pe o scară de la 0 la 3) și a primit recomandarea de a îmbunătăți capacitatea de generare a informației pentru colectarea datelor privind principalii determinanți în domeniul sănătății (Recomandarea #10) precum și pregătirea în țară a unor echipe profesionale pentru elaborarea studiilor reprezentative privind echitatea și populația și monitorizarea acestora.

III. METODEDE ȘI SURSE DE COLECTARE A DATELOR

3.1. Metodologia generală

Metodologia analizei datelor privind echitatea în sănătate din acest studiu se bazează pe ghidul privind analiza inechităților în sănătate recomandat de Banca Mondială^[13]. Principalele instrumente analitice folosite pentru măsurarea inechității în sănătate din acest raport sunt: repartizarea pe quintile de venit a populației, împreună cu curba de concentrare și indicele de concentrare. Pentru a evalua asociația dintre diferite variabile a fost folosit testul Chi-pătrat (χ^2) cu o marjă de eroare statistică acceptabilă de 5%. Analiza statistică a inegalităților în SMC a fost elaborată în baza datelor SDS 2005 din Moldova oferit de Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă din Moldova ca fiind una din bazele de date cele mai recente și mai reprezentative conținând indicatori ai SMC care corespund obiectivului studiului și sunt în paralel corelate cu repartizarea pe quintile de populație. Datele din Studiul Național al Bugetelor Gospodăriilor Casnice pentru 2006-2008 au fost obținute de la BNS, iar unii indicatori ai acestuia se refereau în special la acoperirea asigurării medicale, deoarece nu au fost găsiți indicatori relevanți privind SMC.

Metodologia folosită pe larg la nivel internațional pentru a caracteriza inegalitățile în sănătate este prin metoda aranjării sub formă de tabelă a rezultatelor în baza quintilelor de populație. O quintilă reprezintă 20% (o cincime) din populație, de obicei repartizată în baza măsurilor nivelului de trai (MNT), precum consumul pe cap de locuitor, indicele venitului sau al bunăstării. Dacă unitatea reprezintă toate persoanele din țară, quintilele se referă la 20% din totalul populației. Toate quintilele folosite în prezentul raport sunt quintile de populație, definite în baza populației totale; și toate sunt clasificate în baza indicelui bunăstării. Studiul clasifică 20% din populația săracă în „cei mai săraci”, alte 20% în quintila „mai săraci”, și așa mai departe.

Aceleași quintile de populație se folosesc pentru a analiza indicatorii determinanților. De exemplu, analizând acoperirea cu vaccine după quintile, quintilele sunt definite în baza populației totale (ambele sexe, indiferent de vârstă), nu în baza numărului de copii dintr-un anumit grup de vârstă analizat.

Curba de concentrare și calcularea indicelui de concentrare oferă un mod de identificare și evaluare a gradului de inegalitate în dependență de bunăstare în distribuția variabilelor sănătății. Curbele de concentrare pot fi folosite pentru a identifica dacă există inegalitate socio-economică în unele variabile ale sectoarelor sănătății și dacă sunt mai evidente în comparație cu alte variabile sau cu aceeași variabilă în timp. Variabilele principale care accentuează curba de concentrare sunt: variabila sănătății, distribuția căreia este subiectul de interes; și o variabilă referitoare la standardele de viață, sau nivelul de bunăstare, în cazul nostru, în baza căruia trebuie să evaluăm distribuția. Clasificarea grupurilor (care este cel mai sărac grup, care este grupul mai sărac etc.), și procentajul fiecărui grup (de exemplu, 20% pentru fiecare) trebuie să fie calculat.

Curba de concentrare reprezintă grafic procentajul cumulativ al variabilei sănătății (axa y) în comparație cu procentajul cumulativ al eșantionului, clasificat în baza nivelului de trai, începând cu nivelul cel mai sărac și terminând cu cel mai bogat (axa x). Dacă o persoană, indiferent de nivelul său de trai, are aceeași variabilă a sănătății, curba de concentrare va fi reprezentată printr-o dreaptă de 45⁰, începând din colțul drept de jos

până în colțul stâng de sus. Această dreaptă este cunoscută drept linia egalității. Variabila sănătății poate avea valori mai mari sau mai mici în rândul persoanelor mai sărace, iar curba de concentrare va fi reprezentată de asupra sau sub linia de egalitate. Cu cât curba este mai sus de linia de egalitate, cu atât mai concentrată este variabila sănătății în rândul săracilor. Dacă variabila dată este mai concentrată în rândul persoanelor cu un nivel de bunăstare ridicat, linia de concentrare va fi sub linia egalității.

Din păcate curba de concentrare nu oferă măsurarea diferenței inegalității care ar putea fi comparată de-a lungul diferitor perioade de timp sau diferite variabile. În acest caz indicele de concentrare (IC) poate fi calculat. El este direct legat de curba de concentrare și evaluează cu precizie gradul inegalității socio-economice în variabila sănătății.

Indicele de concentrare este definit ca dublul ariei curbei de concentrare și liniei egalității (dreapta de 45^0). Deci, în cazul în care nu există inegalitate socio-economică, indicele de concentrare este zero. Indicele ia valoare negativă dacă curba este de asupra liniei egalității, indicând concentrarea disproporțională a variabilei sănătății în rândul săracilor, și o valoare pozitivă dacă este situată sub linia egalității. IC se încadrează între -1 și $+1$ atâta timp cât variabila sănătății (sau oricare altă variabilă a cărei distribuție cumulativă este reprezentată pe axa y) nu are valori negative^[13].

3.2. Surse de colectare a datelor

Pentru a decide indicatorii și sursele de date necesare a fost efectuată o analiză și monitorizare a surselor internaționale privind echitatea în SMC, precum și a literaturii și surselor referitoare la indicatorii stării sănătății și determinanții acestora în Moldova. Au fost de asemenea accesate și studiate documentele privind politicile și programele în domeniul sănătății, planurile de strategii naționale, precum și rapoartele și evaluările recente din acest sector. Aceste documente au fost accesate și studiate pentru a înțelege dacă poate fi obținut calculul efectelor programelor asupra echității în SMC. În elaborarea raportului privind analiza echității, autorii s-au bazat pe observațiile și experiența lor din ultimii zece ani, activând la elaborarea, implementarea și monitorizarea SMC și a programelor din domeniul sănătății publice în Moldova.

Colegii din cadrul MS și din alte instituții naționale, inclusiv și din partea unui focus grup cu experți din domeniul sănătății au oferit consultații și sfaturi utile pentru elaborarea acestui studiu. Pentru a estima datele cercetării cu păreri și percepțiile mamelor cu copii mici și a managerilor de programe din domeniul sănătății, șase focus grupuri au fost create în trei raioane selectate, iar rezultatele acestora sunt prezentate în Anexa 1 a prezentului Raport.

Datorită cerințelor specifice a analizei echității, analiza primară și calcularea nivelurilor inechității în SMC a fost posibilă numai prin folosirea datelor din Studiul Demografic și de Sănătate 2005 din Moldova, datele cărora au fost consultate prin intermediul Macro International Inc., Measure DHS^[32] și NCPM. SDS 2005 Moldova oferă cele mai recente date privind un spectru larg de probleme din sănătatea mamelor și copiilor, serviciile de medicină preventivă și curativă și modul de alimentație (de ex., date antropometrice) împreună cu datele privind quintilele de venit și, deci au fost sursa principală a analizei datelor privind SMC din acest studiu. Estimarea tendințelor inechității în timp nu a fost posibilă, deoarece nu există studii recente privind SMC. În același timp datele studiilor precedente MICS 2000 sau ÎDT 2002 nu au fost posibile datorită accesului limitat la acestea, dar și a lipsei de interes din partea funcționarilor din cadrul MS față de datele relativ vechi. În cazul Studiului ECCD 2009, rezultatele sunt la etapa de procesare și nu au fost folosite.

Analiza nu include compararea indicatorilor stării sănătății versus grupurile etnice, datorită anumitor limitări metodologice. În Moldova sunt aproximativ 147.000 găgăuzi (de descendență turcă) și bulgari (datele Recensământului 2004 și SDS 2005). În ceea ce privește populația de romi, cercetările privind populația (precum, recensământul, BNS sau SDS) nu prezintă un număr semnificativ de persoane de etnie romă (26.000 romi conform recensământului din 2004 și a Studiului PNUD privind romii din 2007^[33]). Numărul redus face imposibilă estimarea statistică a nivelului inechității datorită necesității corelării acestor date la quintilele de venit, curbele de concentrare și IC și, deci aceste estimări nu au fost efectuate.

În același timp, raportul PNUD pentru anul 2007 a examinat indicatorii SSE, ai sănătății, educației și comunității pentru 600 de persoane de etnie romă și non-romă ce locuiesc în gospodării vecine din 81 de localități ale republicii, folosind tehnicile de cercetare non-reprezentativă și calitativă. Autorii au menționat că au putut calcula indicatorii și datele demografice și cele ale sănătății, precum 29 de decese în primul an de viață (la 1000 născuți vii) în comparație cu 17 decese la 1000 născuți vii pentru sub-eșantionul de non-romi. De asemenea 11% din copii de origine romă cu vârsta de până la 14 ani au declarat că nu au fost vaccinați, în comparație cu doar 3% din copii de alte etnii. În baza acestor date, raportul PNUD ajunge la concluzia că „în Moldova (precum în alte țări din această regiune) speranța de viață, mortalitatea infantilă, morbiditatea, și alți indicatori principali ai sănătății sunt cu mult mai scăzuți pentru populația romă în comparație cu restul populației”. Raportul PNUD nu conține chestionarul propriu-zis și nici informația detaliată privind definiția indicatorilor sănătății calculați, inclusiv, în cazul vaccinurilor, o clarificare în ceea ce privește tipul de vaccin (din cele 9 vaccinuri obligatorii din Calendarul național al vaccinării). Datorită folosirii ne-reprezentative și a unor indicatori mai puțin informativi (precum indicatorul puțin credibil al venitului cash în loc de indicele bunăstării, mai des utilizat) rezultatele prezentului studiu trebuie folosite critic.

Cu toate acestea, raportul prezintă o descriere calitativă de valoare a percepției populației rome privind serviciile și posibilitățile sociale. Aceste sunt asemănătoare cu datele obținute de la focus grupurile din studiul dat (vezi Anexa 1). În același timp, au fost consultate datele privind sănătatea obținute de la BNS.

IV. INEGALITATEA ÎN SĂNĂTATEA MAMEI ȘI COPILULUI

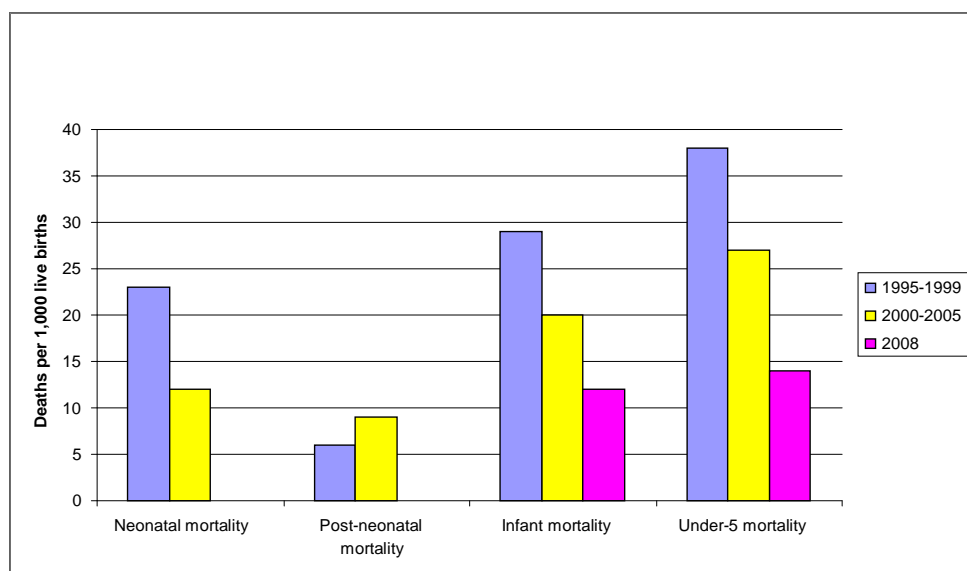
4.1. Inegalități în determinanții de nivel înalt

Pentru realizarea obiectivului acestui studiu, au fost analizați determinanții de nivel înalt din domeniul sănătății care includ mortalitatea, morbiditatea și modul de alimentare a mamelor și copiilor (vezi *Cadrul conceptual al analizei de mai sus*).

Mortalitatea copiilor

Tendențele demografice recente din domeniul sănătății au demonstrat îmbunătățiri semnificative a sănătății populației din Moldova, în special în ceea ce privește reducerea mortalității infantile și a copiilor, cea din urmă ajungând la 14 decese la 1000 născuți vii în 2008 (Figura 3). Datele din SDS 2005 și raportul administrativ sunt folosite în paralel deoarece credibilitatea celui din urmă a fost confirmat ca corespunzând estimărilor legate de nivelul populației în timpul SDS 2005.

Figura 3 Evoluția mortalității copiilor, Moldova 1995-2008^[19, 28]



În același timp, inegalități substanțiale a ratei mortalității au fost înregistrate în 2005 în timpul elaborării SDS. De exemplu, RMI diferă mult de media națională de 13 decese la 1000 copii: 23 în mediul rural, 31 în partea de sud și 29 în quintila a treia (Figura 4). Situația este similară și în cazul mortalității copiilor mai mici de 5 ani, ratele pentru mediul rural sunt mai înalte (30 per 1,000) decât ratele pentru mediu urban (20 per 1000) și respectiv mai înalte pentru copii incluși în quintila cea mai joasă (29 per 1,000) comparativ cu copii din cea mai înaltă quintilă (17 per 1,000). Rata mortalității copiilor sub 5 ani este cea mai înaltă în regiunea de sud a țării (38 per 1,000) iar cele mai mari șanse de supraviețuire în primii cinci ani de viață le au copii din Chișinău.

Deși nu sunt cunoscute datele dezagregate privind RMI în dependență de grupul etnic, Studiul PNUD din 2007 estimează că RMI la romi este de două ori mai mare în comparație cu celelalte grupuri etnice (29 decese față de 17 la 1000 copii).

Obiectivul studiului în analizarea mortalității copiilor a fost de a vedea cât de egală este distribuția mortalității copiilor în quintilele de venit și, din acest motiv, a fost calculată o curbă de concentrare (Figura 5). Indicatorii reprezentați în figură sunt procentajul cumulativ al numărului total de copii născuți a mamelor intervievate în quintile de venit,

situate pe axa x, iar procentajul cumulativ al copiilor morți indiferent de vârstă, în quintile pe venit pe axa y. Curba de concentrare arată o inegalitate pronunțată a mortalității copiilor în defavoarea copiilor din familiile sărace.

Figura 4 Mortalitatea infantilă după locul de reședință, regiune și quintile de venit (2005)^[19]

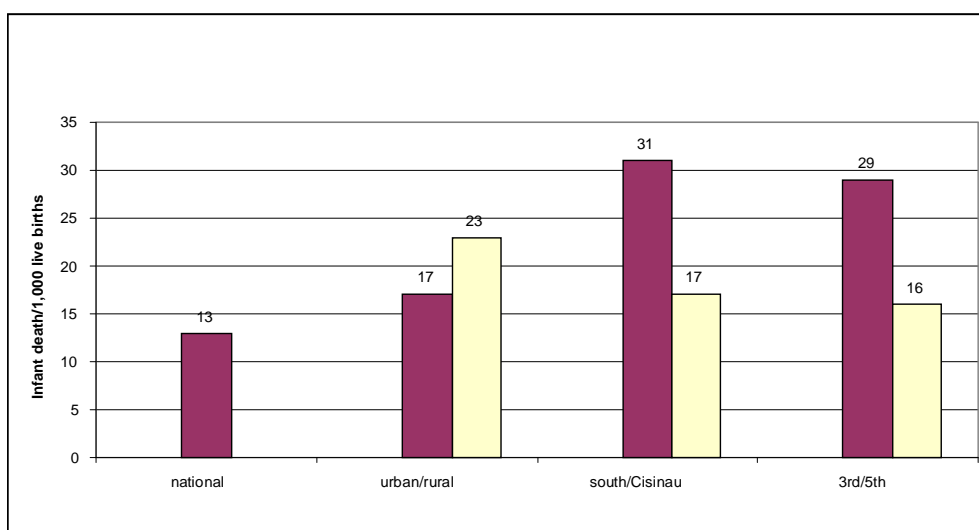
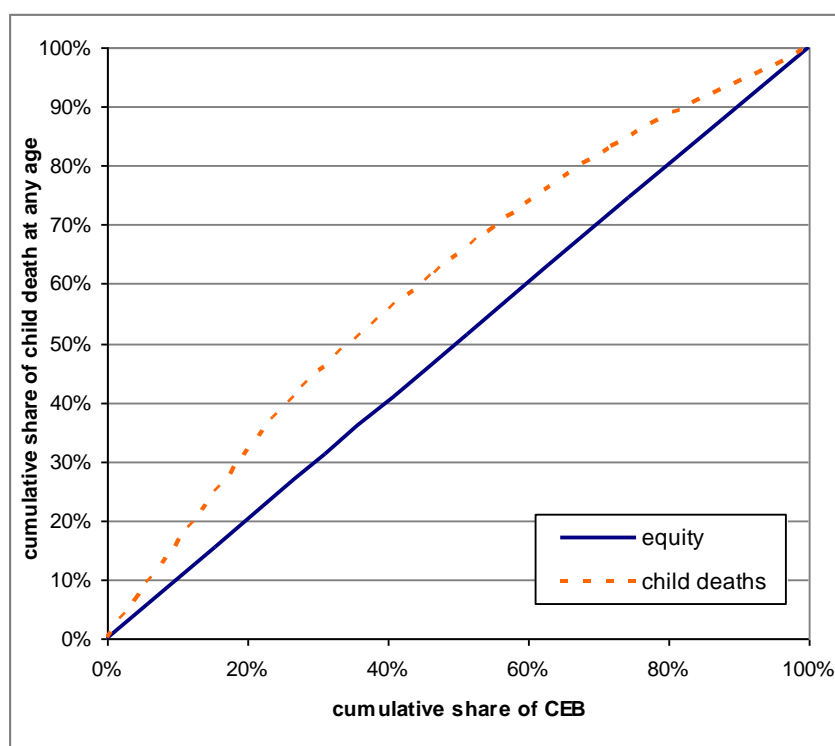


Figura 5 Curba de concentrare (LSM=indicele bunăstării) pentru copii născuți și cei decedați indiferent de vârstă (2005)



Pentru a stabili gradul de inechitate, a fost calculat indicele de concentrare (IC= - 0.1977) care reprezintă un nivel mic de inechitate (valoarea maximă a indicelui fiind -1).

Mortalitatea maternă

Mortalitatea maternă este un indicator dificil de analizat, deoarece asemenea cazuri se înregistrează destul de rar. În Moldova în 2004 au fost înregistrate 8 cazuri de mortalitate maternă, iar în 2008 - 15 cazuri. Nu există date veridice pe care să se bazeze estimările

anterioare a gradului de inegalitate în mortalitate maternă, deoarece nici un studiu efectuat începând cu 1990 al gospodăriilor casnice în baza datelor referitoare la decesul soțiilor nu se referea la graviditate sau naștere. Cu toate acestea, numărul deceselor mamelor este prea mic pentru a produce estimări corecte, chiar a delimitării deceselor materne de alte cauze de deces.

În același timp, analiza internă a MS dă indicații că în majoritatea cazurilor, din cele 15 înregistrate în 2008, au avut loc la mamele din „mediul social vulnerabil”, dintre care 7 femei nu au fost puse la evidență pentru acordarea îngrijirii perinatale (în 4 cazuri din cauza emigrării la munci temporare peste hotare și sosirii în perioada nașterii). Nu a fost dedus nici un caz de deces pe criteriu geografic. Analiza MS mai indică că majoritatea cazurilor de deces (12), care au fost raportate, ar fi putut fi evitate dacă femeile s-ar fi adresat la timp la medic pentru îngrijire medicală adecvată⁸.

Din câte cunoaștem, recent a fost introdus auditul decesurilor materne și a cazurilor de risc. Unele date secundare sunt prezentate în surse internaționale^[34], dar raporturile de audit nu sunt încă puse la dispoziția publicului larg și nu a fost încă stabilită, de MS, o procedură de accesare a acestora.

Statutul nutrițional

Modul de alimentație este caracterizat de un set de indicatori care includ datele privind măsurile antropometrice, precum și indicatorii deficitului de micronutrienți. Trei indicatori antropometrici pentru evaluarea statusului nutrițional au fost folosiți: greutatea pentru talie, talia pentru vârstă și greutatea pentru vârstă. Acești indicatori pot fi construiți comparând variabilele privind greutatea, talia, vârsta și sexul copilului cu datele de referință ale copiilor „sănătoși”^[13]. Limita cel mai des folosită pentru a defini antropometrie anormală este valoarea lui z de -2 , adică, două devieri standard de la mediana de referință. Scorul z (scorul standard de deviere) este diferența dintre valoarea unui individ și valoarea mediană a populației de referință pentru același sex și vârstă (sau talie), împărțită la deviația standard a populației de referință.

Indicatorul talia pentru vârstă reflectă creșterea cumulativă lineară. Deficitul taliei pentru vârstă indică o alimentație neadecvată prezentă sau în trecut și/sau boli cronice sau frecvente. Cazurile extreme de greutatea pentru talie scăzută, în care statura scundă este considerată drept patologică, sunt considerate drept „retard” (scorul $z < -2$).

Indicatorul greutatea pentru vârstă reflectă masa relativă a corpului în raport cu vârsta. Greutatea pentru vârstă este de fapt o măsură compusă dintre raportul taliei pentru vârstă și greutatea pentru vârstă, făcând interpretarea datelor dificilă. Greutatea pentru vârstă mică a unui copil de același sex și vârstă cu referință la populație este referită drept „deficit ușor”, în timp ce termenul „slab” este folosit pentru a se referi la deficitul sever sau patologic în greutate pentru vârstă (scorul $z < -2$). Indicatorul greutatea pentru vârstă este utilizat pentru a monitoriza creșterea și a evalua schimbările în malnutriție pe parcursul timpului. Cu toate acestea, greutatea pentru vârstă depinde de efectele de scurtă sau lungă durată ale problemelor de sănătate sau alimentație.

Indicatorul greutatea pentru talie măsoară masa relativă a corpului la înălțime și are avantajul de a nu include și datele privind vârsta. În mod normal, greutatea pentru talie

⁸ *Discuțiile personale cu departamentul de analiză a politicilor din cadrul MS. Octombrie 2009*

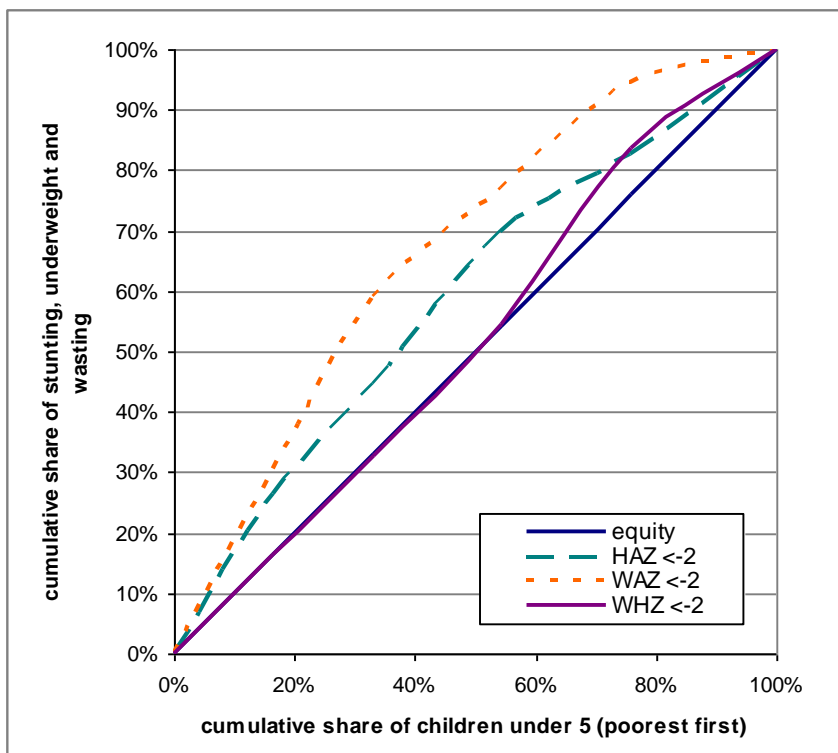
este folosit drept un indicator al modului actual al alimentației și poate fi folosit pentru a identifica copiii cu risc, pentru a măsura schimbările de scurtă durată în modul de alimentare. Este important de a nota că lipsa unei evidențe a pierderilor în greutate într-o populație nu implică absența problemelor în modul de alimentare precum ar sugera indicii de talie pentru vârstă^[13].

Un număr de 1298 de copii cu vârsta sub 5 ani au fost supuși unei analize în baza indicatorilor modului de alimentare și a celor socio-demografici în SDS 2005. Rezultatele sunt prezentate în Tabelul 8 (Anexa 2). După cum este descris mai sus, punctul deviației standard de -2 reprezintă cazurile de subnutriție moderată sau severă. Proportia cazurilor cu scorul z mai mic de -3 este considerată a fi foarte mică (mai puțin de 1% pentru toți indicatorii) și nu este reprezentată separat. 110 copii (8,5%) din 1298 au primit calificativul de retard (scorul z < -2). Procentajul copiilor cu o pierdere moderată sau severă sau sub greutatea normală este mai mic și reprezintă 4,2 și respectiv 4,3 procente (scorul z < -2).

Nu există legătură între indicatorii de alimentație ca determinanți și vârsta și sexul copilului ($p > .05$). Copiii cu retard sau cu greutatea sub normă corelau cu ceilalți indicatori cu excepția relației dintre tipul locului de trai și oprirea creșterii ($\chi^2(1) = 2.82$, $p > .05$). Cea mai semnificativă corelație a fost identificată între retard, masa corpului sub normă și indicii de venit ($p < .01$). Nu au fost identificate asociații semnificative pentru variabilele pierderilor și celor socio-demografice.

Curbele de concentrare a copiilor cu scorul z < -2 pentru indicatorii retard, masa corpului sub normă și pierderi în dependență de quintilele de venit sunt reprezentate în Figura 6 și arată o inechitate care defavorizează copiii săraci. Indicatorii de talie pentru vârstă și greutate pentru vârstă arată un grad înalt de inegalitate cu $IC = -0.3270$ pentru cel din urmă, ceea ce dovedește că subnutriția este specifică în special copiilor din familiile sărace. Curba indicelui de greutate pentru talie se situează aproape de linia de egalitate aproape pe toată lungimea sa, dar crește spre procentajul cumulativ. Asociația dintre variabilă și bunăstare nu pare să fie diferită ($\chi^2(4) = 2.92$, $p > .05$), sugerând că factori, alți decât bunăstarea (vârsta, educația, locul de reședință, etc.) pot avea un efect mai mare asupra indicatorului. Putem face concluzia că în 2005, în Moldova, a existat un grad semnificativ de inechitate legat de modul de alimentație a copiilor. Pentru a confirma inechitatea indicilor alimentari sau tendințele acestora sunt necesare date antropometrice mai recente.

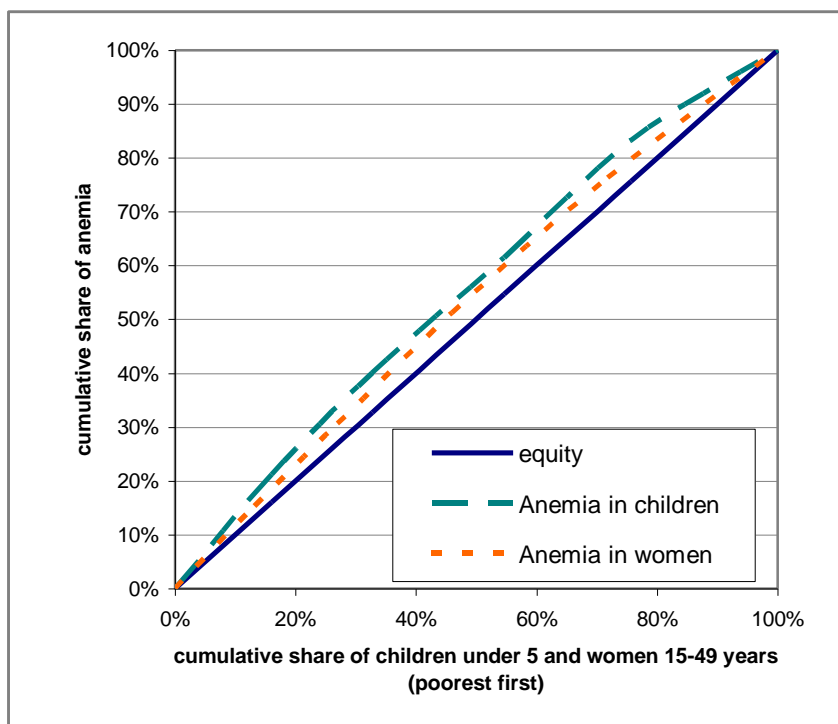
Figura 6 Curbele de concentrare (LSM=indicele masei corpului) pentru copii sub vârsta de 5 ani cu subnutriție de la moderat la sever (2005)



Anemia

Proporția totală a femeilor din grupul de vârstă 15-49 ani cu orice tip de anemie constituia 26%, 23% pentru copii cu vârsta sub 5 ani și cu un procentaj mare de 60% la copii sub vârsta de un an. Cazurile de anemie în rândul femeilor au fost asociate cu indicii socio-demografici, cu excepția nivelului de educație ($p > .05$). În cazul copiilor, anemia este asociată cu vârsta ($p < .001$), regiunea ($p < .05$), locul de reședință ($p < .05$), nivelul de educație al mamei ($p < .05$) și indicele bunăstării în baza quintilelor de venit ($p < .05$). Nu a fost identificată o legătură între anemie și sexul copilului ($p > .05$). Curba de concentrare a anemiei la femei și copii este reprezentată în Figura 7. Ambii indici sunt concentrați în grupurile sărace ale populației (IC = -0.1086 pentru copii vs. IC = -0.0653 pentru femei) și arată existența inegalităților.

Figura 7 Curbele de concentrare (LSM=bunăstării) pentru copii sub vârsta de 5 ani și femei cu vârsta între 15-49 ani cu orice tip de anemie (2005)



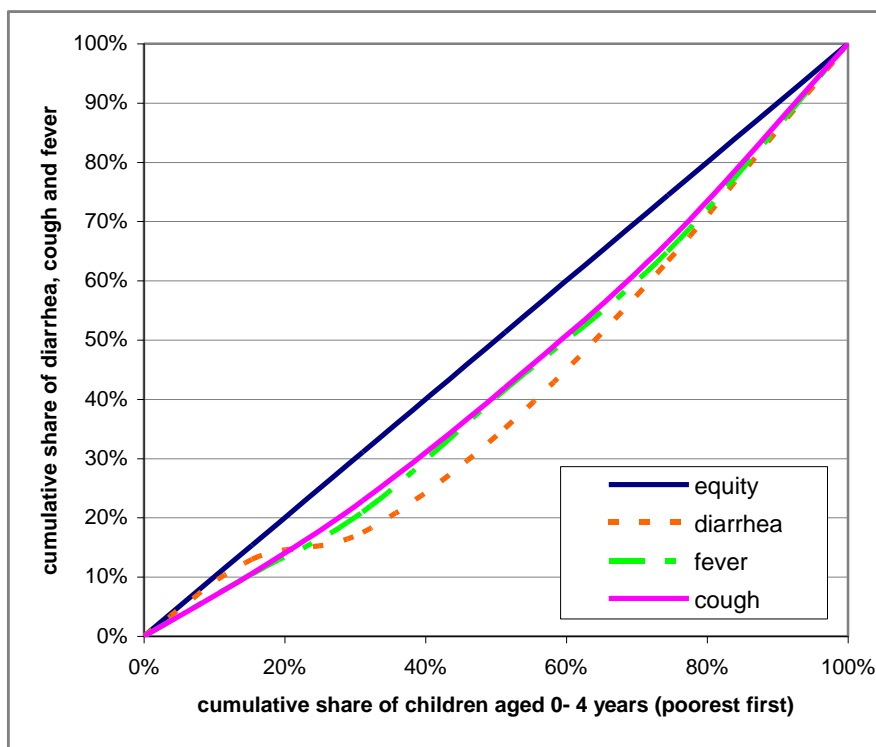
Diareea și infecțiile respiratorii acute

Din datele SDS din 2005 au fost analizați mai mulți indicatori ai morbidității copiilor. Mamele au fost întrebate dacă copii lor au avut diaree, febră sau tuse cu două săptămâni înainte de interviu. În general, rezultatele înregistrate erau destul de mici și oscilau în jurul a 7% (vezi Tabelul 7 din Anexa 2). Cei trei indicatori ai sănătății statistic corelează cu vârsta copilului ($p < .05$), regiunea ($p < .05$ pentru diaree și $p < .001$ pentru tuse și febră), locul de reședință ($p < .001$ pentru diaree și $p < .05$ pentru tuse și febră), nivelul de educație a mamei ($p < .001$) și indicele bunăstării ($p < .05$ pentru toate variabilele). Nu a fost identificată o legătură între indicatorii morbidității și sexul copilului.

În mod surprinzător, distribuția celor trei indicatori este concentrată mai tare în rândul copiilor din familii cu stare materială bună ceea ce înseamnă că cu cât starea materială este mai bună cu atât mai multe cazuri de diaree, tuse și febră se înregistrează. Curba de concentrare pentru diaree, tuse și febră în raport cu bunăstarea materială este reprezentată în Figura 8. Evidence from past international literature shows that women from the poor quintiles may not fully report all cases due to a greater “tolerance for poor child health” and a lesser emphasis is often placed on cough and diarrhea as a serious disease state among poor mothers.

Probele prezentate în sursele internaționale demonstrează faptul că femeile din quintilele sărace nu au raportat toate cazurile, deoarece nivelul de „toleranță a sănătății precare a copilului” este mai mare în familiile sărace în care tusea sau diareea constituie un caz care nu „îngrijorează”, în comparație cu familiile cu stare materială bună.

Figura 8 Curbele de concentrare (LSM=indicele bunăstării) pentru copii sub vârsta de 5 ani cu diaree, tuse sau febră în ultimele 2 săptămâni (2005)



În concluzie, deși sunt înregistrate îmbunătățiri ai unor indicatorii ai sănătății precum indicele mortalității la nivel de țară, pot fi identificate inegalități în ceea ce privește rata de mortalitate în diferite grupuri ale populației în dependență de locul de reședință, regiune sau quintila de venit. Rata mortalității infantile a arătat diferențe substanțiale în comparație cu media națională în mediul rural și în partea de sud țării. De asemenea, o inegalitate pronunțată a mortalității copiilor a fost înregistrată la copiii din familiile sărace.

Mortalitatea maternă este un indice dificil de analizat, deoarece asemenea cazuri se înregistrează relativ rar în Moldova, iar numărul deceselor mamelor este prea mic pentru a obține rezultate reale. În același timp, majoritatea cazurilor înregistrate au avut loc la mamele din „mediul social vulnerabil” și din cauze care ar fi putut fi evitate dacă femeile s-ar fi adresat la timp după ajutorul necesar.

Un nivel moderat de inegalitate a fost observat în ceea ce privește modul de alimentație a copiilor din Moldova. Inegalități considerabile au fost identificate pentru indicatorii greutate pentru vârstă, un indicator cu o concentrație mai mare în rândul populației sărace. În mod surprinzător indicatorii morbidității precum diareea, febra sau tusea la copii cu vârsta sub 5 ani, cu concentrație ridicată au fost înregistrate la copii din familiile cu stare materială bună. Acest fapt poate fi explicat că femeile din quintilele sărace nu au raportat toate cazurile deoarece nivelul de „toleranță a sănătății copilului” este mai mare în familiile sărace în care tusea sau diareea constituie un caz care nu „îngrijorează”, în comparație cu familiile cu nivel de bunăstare ridicat.

4.2. Inegalități în determinanții intermediari ai sănătății

Selectarea intervențiilor în SMC pentru a fi analizate în raport cu determinanții nivelului intermediar (precum accesul și folosirea serviciilor medicale) a fost ghidată de recente lucrări în Lancet și care se axează pe intervențiile cele mai eficiente din punct de vedere

al costurilor și care asigură bunăstarea mamei și a copilului^[35]. Acestea sunt prezentate precum urmează:

A. Gradul de utilizare a serviciilor de prevenire

Vaccinarea

Începând cu anul 2000, nivelul de imunizare a copiilor cu vârstă de 15-26 luni, în Moldova este mare și constituie aproximativ 95%. Având așa o rată înaltă de acoperire, se poate presupune că nivelul inegalității este mic. Cu toate acestea, inechitatea apare la analizarea acoperirii vaccinale în dependență de vârstă, anume la copii cu vârsta sub 6 luni și în concordanță cu Calendarul național de vaccinare^[36]. A fost analizat un caz specific de vaccinare împotriva DTP3 și hepatitei B3, ambele vaccinuri fiind programate pentru administrare, pentru a întări imunitatea, la vârsta de 6 luni. Tabelul 3 prezintă repartizarea cazurilor de vaccinare după vârsta copiilor de 6, 12 luni și mai mari de 12 luni din grupul de vârstă 1-4 ani după anumite particularități socio-demografice.

Tabelul 3 Procentajul copiilor de peste 12 luni care au primit vaccinul împotriva DTP3 și a hepatitei B3 în funcție de particularitățile mediului (2005)

	Vaccinarea, DTP3 %			Vaccinarea hepatita B3, %			Nr. de copii
	până la 6 luni	până la 12 luni	după 12 luni	până la 6 luni	până la 12 luni	după 12 luni	
Sexul copilului							
Masculin	36.53	88.61	95.84	46.11	92.04	96.93	553
Feminin	42.07	90.61	96.28	49.12	93.35	98.04	511
Regiunea							
Nord	33.99	91.83	97.06	44.44	93.79	97.71	306
Centru	53.26	93.48	97.10	58.70	94.57	97.83	276
Sud	45.12	93.02	97.21	52.09	94.42	98.60	215
Chișinău	25.84	80.15	92.88	35.96	88.01	95.88	267
Reședința							
Urban	29.60	85.11	93.93	38.79	90.63	96.51	544
Rural	49.23	94.23	98.27	56.73	94.81	98.46	520
Nivelul de educație a mamei							
Studii primare sau fără studii	*	*	*	*	*	*	11
Studii medii	43.81	90.56	95.98	50.62	93.03	97.21	646
Studii medii speciale	32.00	94.29	98.29	42.29	95.43	98.86	175
Studii superioare	132.33	84.05	94.83	44.40	90.95	97.84	232
Quintile de venit							
Foarte săraci	47.83	90.06	97.52	56.52	91.30	98.14	161
Săraci	48.88	93.82	97.19	53.37	94.94	98.88	178
Nivel mediu	45.13	94.69	98.23	52.65	93.36	97.35	226
Stare materială bună	31.39	87.44	94.17	43.50	93.72	96.41	223
Stare materială foarte bună	29.35	84.06	94.20	37.68	90.58	97.10	276

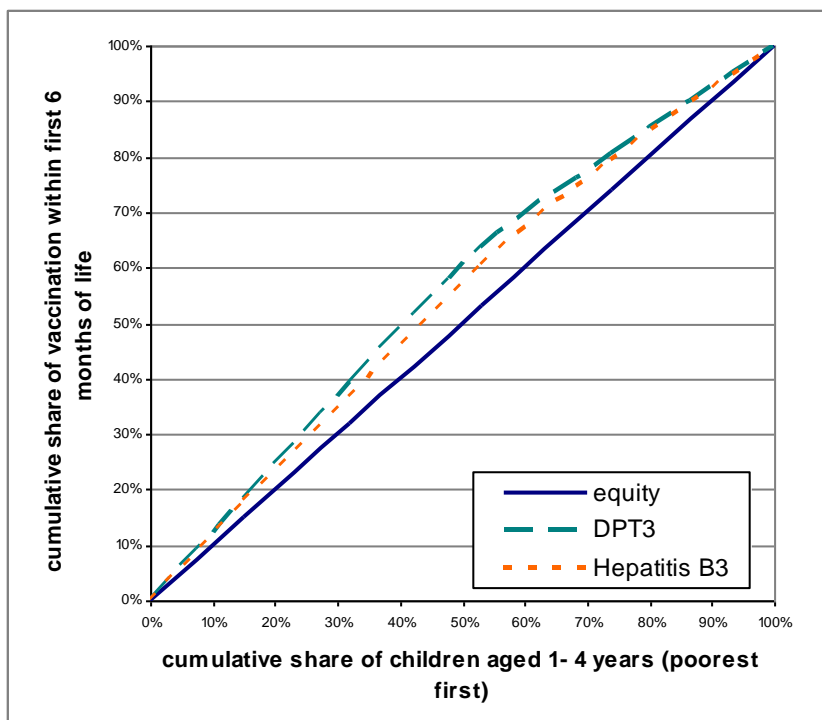
Total	39.19	89.57	96.05	47.56	92.67	97.46	1064
--------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------------

**mai puțin de 25 de cazuri de persoane cu greutatea sub normă*

Numărul de copii vaccinați până la vârsta de 6 luni este vizibil mai mic, cu 39,2% pentru DPT3 și 47,6 pentru hepatita B3, dar care se dublează până la vârsta de 12 luni (92,3% pentru hepatita B3 și 89,6% pentru DPT3). Numărul fetelor vaccinate este mai mare decât cel al băieților, dar nu a fost identificată o legătură dintre locul de reședință și vaccinare ($p > .05$). Copii din mediul urban și cei din Nordul republicii și din Chișinău au o rata mai mică a vaccinării în comparație cu copii din raioanele din centrul și sudul republicii ($P < .001$). A fost identificată legătura negativă între nivelul de educație a mamei și rata de vaccinare cu DPT3/hepatita B3 ($p < .001/p < .05$). Acest fapt confirmă informația din sursele internaționale, precum că rata de vaccinare a copiilor din mediul urban este mai mică în comparație cu cea a copiilor din mediul rural, deoarece la sate, legăturile familiale/de rudenie sunt mai strânse influențând părinții întru vaccinarea copiilor. În ceea ce privește nivelul de educație a mamei, sursele internaționale arată că cu cât este mai înalt nivelul de educație a mamei cu atât ea are mai multe cunoștințe în privința efectelor secundare ale vaccinurilor și aceasta duce la abținerea de la vaccinare.

Curba de concentrare pentru copiii în vârstă de 1-4 ani care au primit vaccinul DPT3 și hepatita B3 în primele 6 luni ale vieții arată o rată de inegalitate la imunizarea cu aceste vaccinuri; cu toate acestea, distribuția totală este în favoarea copiilor din familiile sărace. IC este egal cu -0,1146 pentru DPT3 și 0,0832 pentru hepatita B3 demonstrând un grad mic de inechitate a SSE a familiilor.

Figura 9 Curba de concentrare (LSM=indicele bunăstării) pentru copiii cu vârsta de 12+ luni care au fost vaccinați împotriva DPT3 și hepatita B3 pe parcursul primelor 6 luni ale vieții (2005)



Îngrijirea pre-natală

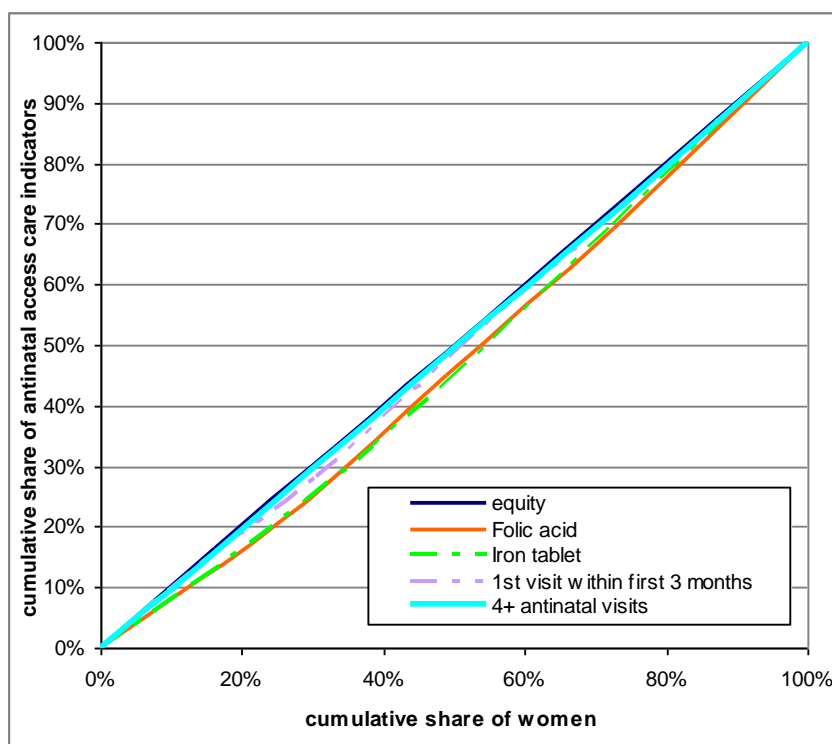
În ceea ce privește prima vizită pre-natală în primele 12 luni de sarcină, curba de concentrare arată o concentrare mică în favoarea femeilor cu stare materială bună, în timp ce nivelul acesteia denotă o inechitate mică cu un IC de 0,0228 (Figura 10).

În ceea ce privește inechitatea în numărul de vizite de 4 sau mai multe la medic pe perioada de graviditate, atât curba de concentrare cât și IC arată un grad foarte mic de inechitate (IC = 0,0087) aproape coincidând cu linia echității.

Administrarea micronutrienților în perioada gravidității

Unele inechități sunt observate în ceea ce privește consumul de fier și de acid folic în timpul sarcinii și care are o legătură strânsă cu locul de reședință, regiune și nivelul de educație a femeii. Curba de concentrare arată un nivel mic de inechitate în favoarea femeilor cu stare materială bună (Figura 10). Trebuie să menționăm faptul că SDS din 2005 indica un nivel relativ scăzut al consumului de micronutrienți de către mame (54% pentru fier și 20% pentru acid folic) și doar 8% au luat pastile timp de 6 luni sau mai mult conform recomandărilor OMS. Cu toate că datele din 2008 sunt cu mult mai mari indicând un procentaj de 80%⁹, aceste date nu pot fi testate în ceea ce privește inechitatea deoarece studiul din 2008 nu include divizarea pe quintile de venit și nu este reprezentativ pentru întreaga populație.

Figura 10 Curba de concentrare (LSM=indicele bunăstării) pentru femei (15-59) care au primit acid folic sau fier în timpul ultimei sarcini (2005)



În general, administrarea în timpul sarcinii a fierului și a acidului folic are o eficiență ce rămâne de discutat, după tipul de micronutrient administrat, și nu oferă un folos echitabil

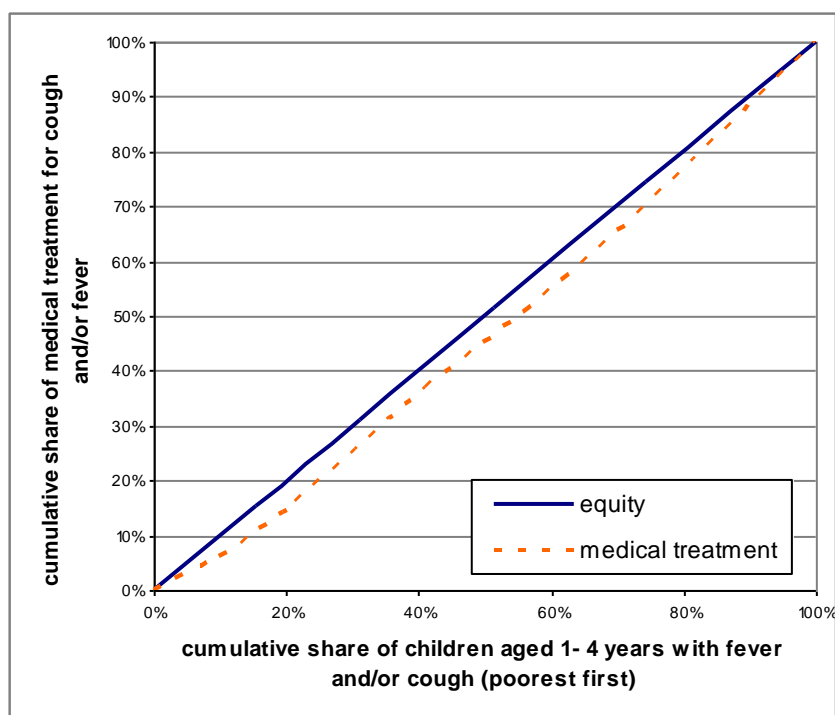
⁹Date preliminare ale MS/Centrul îngrijirii mamei și a copilului. Evaluarea serviciilor perinatale 2008

pentru femei. O inițiativă economă eficientă pentru soluționarea problemei anemiei în Moldova ar fi de a include aceste substanțe în făină, aceasta reprezentând totodată o soluție echitabilă și de lungă durată, datorită faptului că făina și produsele din făină sunt consumate în fiecare zi, de toate grupurile de populație din țară^[37].

B. Gradul de utilizare a serviciilor curative

Figura 11 reprezintă gradul de inechitate a accesului la îngrijire medicală a copiilor în cazul tusei și/sau febrei. Curba de concentrare pentru grupul de copii cu vârsta sub 5 ani este în favoarea copiilor din familii cu nivel de bunăstare ridicat. În același timp, IC este egal cu 0,0744 și deci indică un nivel mic al inechității. Deși toți copiii din țară sunt asigurați de către stat cu servicii medicale gratuite, inechitatea poate fi observată în ceea ce privește cheltuielile adăugătoare sau cheltuielile de transport care trebuie suportate de pacient pentru a ajunge la instituția medicală. În acest caz, gradul de inechitate a accesului la servicii medicale este în defavoarea copiilor din familiile cu nivel de bunăstare redus, din cauza capacității reduse de plată.

Figura 11 Curbele de concentrare (LSM=indicele bunăstării) pentru copii cu vârsta sub 5 ani cu tuse și/sau febră în ultimele 2 săptămâni în urma vizitei la medic (2005)



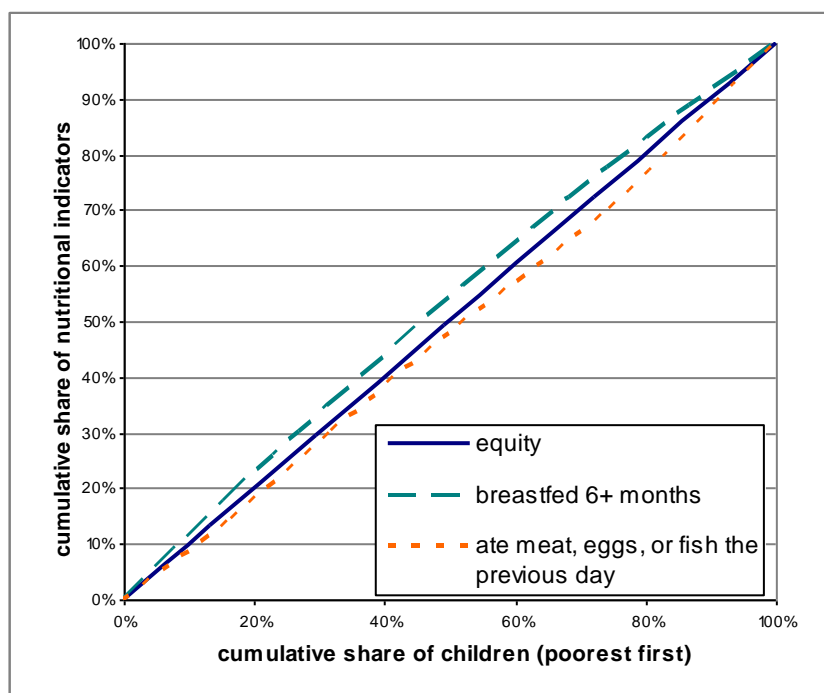
C. Diversificarea alimentației și alăptarea

Alăptarea și consumul de produse de origine animalieră (carne, pește și ouă) reprezintă practica esențială a îngrijirii copiilor la vârstă timpurie și au fost analizate la copii cu vârsta de 6-59 luni indicatorii cărora au fost incluși în variabilele socio-demografice. Rezultatul este prezentat în Tabelul 9 (Anexa 2) și arată că 72,3% dintre copii din acest grup de vârstă au fost alăptați cel puțin 6 luni. Nu a fost observată o legătură între acest indice și vârsta copilului, sexul sau nivelul de educație al mamei ($p > .05$). În același timp, a fost stabilită o corelație între alăptare și regiunea unde locuiește copilul ($P = .001$), locul de reședință și quintila de venit ($p < .001$). Calcularea gradului de inechitate în ceea ce privește alăptarea exclusivă la sân până la vârsta de 6 luni nu este posibilă deoarece variabila alăptării este un număr compus, calcularea căruia prezintă dificultăți.

Bazându-ne pe practicile internaționale recomandate, începând cu vârsta de 6 luni alimentația copiilor trebuie să conțină produse de origine animalieră precum carne, ouă, pește. Datele din SDS 2005 conțin informații despre alimentația copilului cu 24 de ore înainte de interviu, inclusiv a produselor de origine animalieră. Dintre copiii din grupul de vârstă 6-24 luni, doar 75,6% au primit carne, ouă sau pește, sau un amestec al acestora pe parcursul zilei anterioare. Indicele a fost corelat cu vârsta copilului ($p < .001$), regiunea și locul de reședință ($p < .05$), nivelul de educație al mamei ($p < .001$), și indicele bunăstării pe quintile ($p = .001$).

Pentru a afla gradul de inechitate în corelație cu această practică de alimentație, au fost create curbele de concentrație pentru ambii indici de alimentație (Figura 12). Curba de concentrație a alăptării indică o concentrație a inechității în rândul copiilor săraci (IC = -0,0562), adică copiii din quintilele mai sărace sunt mai des alăptați timp de 6 luni și mai mult. Și invers, consumul produselor de origine animalieră este concentrat în grupul familiilor cu stare familială bună; cu toate acestea gradul de inechitate este moderat cu IC de doar 0,0427.

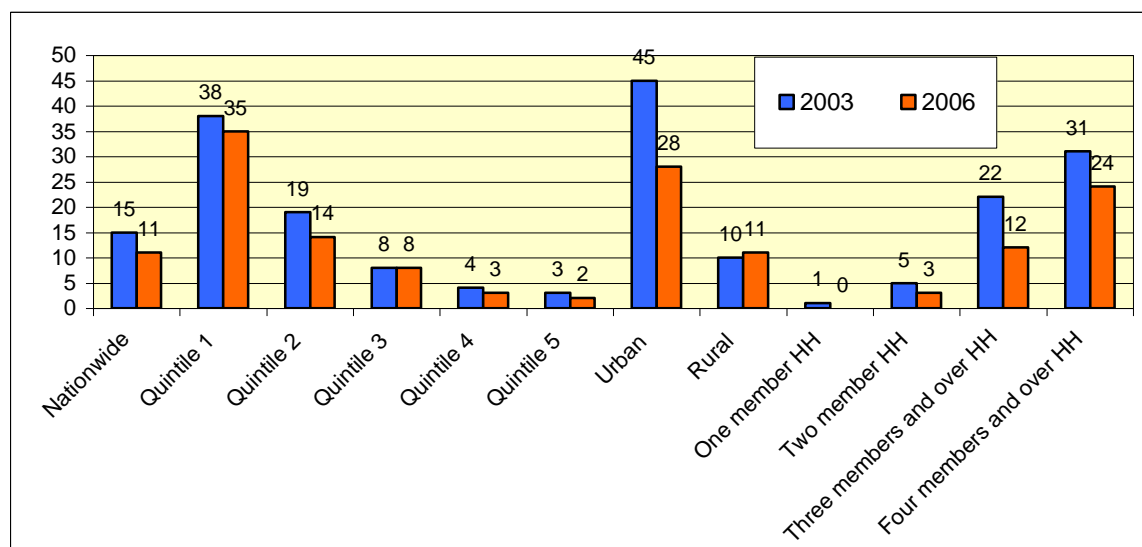
Figura 12 Curbele de concentrare (LSM=indicele bunăstării) pentru copii de 6-59 luni care au fost alăptați cel puțin 6 luni; și copii cu vârsta de 6-24 luni care au consumat carne, ouă sau pește în ultimele 24 de ore.



Datele privind consumul de produse alimentare sunt adunate la BNS, în baza meniului gospodăriilor casnice. Pe parcursul anului 2003, BNS a folosit Modulul statistic a securității alimentației a FAO pentru a elabora statisticile privind securitatea alimentară pentru 2003 și 2006^[31]. Prevalența lipsei produselor de alimentație (subnutriție) a fost studiată în baza proporției populației a cărei consum de energie este sub minimul recomandat de energie de 2 500 kkal. Conform rezultatelor studiului, numărul persoanelor subnutrite a scăzut de la 15% în 2003 la 11% în 2006. Totuși, acesta este înalt în quintilele sărace (35%), la populația din mediul urban (28%) și în gospodăriile de trei-patru membri (24%) (Figura 13). Aceste date sugerează necesitatea acordării unui ajutor social direcționat în special familiilor cu 4+ membri pentru ai ajuta să depășească lipsa de hrană și sărăcia.

Datele preliminare dintr-o altă statistică a BNS sugerează că există diferențe în privința cheltuielilor suportate de familii pentru procurarea produselor alimentare, în special de familiile cu copii^[38]. Aceste date preliminare arată că în 2009 familiile cu copii din quintilele sărace au cheltuit de 4,5 ori mai puțini bani pentru produse alimentare în comparație cu familiile cu stare materială bună. În același timp, cei săraci au cheltuit o mai mare parte din venituri pentru produse alimentare în comparație cu cei cu venituri mari: 53% din cheltuielile totale pentru familiile sărace în comparație cu 31% în familiile cu venituri mari (Tabelul 4).

Figura 13 Prevalența lipsei de hrană la nivel național și regional (Moldova 2003 și 2006, Monitorizarea securității alimentare în Moldova FAO/BNS în baza SBG (studiul bugetelor gospodăriilor) 2003 și 2006 în Moldova).



Tabel 4 Cantitatea și structura cheltuielilor după gospodării cu copii dezagregate în quintile, înainte de criză (mijlocul 2008) și în timpul crizei (mijlocul 2009). Sursa: BNS

	Quintila 1		Quintila 2		Quintila 3		Quintila 4		Quintila 5	
	Înainte de criză	În timpul crizei	Înainte de criză	În timpul crizei	Înainte de criză	În timpul crizei	Înainte de criză	În timpul crizei	Înainte de criză	În timpul crizei
Cheltuielile de consum pe cap de locuitor, MDL	449	408	712	638	930	892	1,253	1,222	2,152	2,023
Inclusiv										
Alimentație	55.1	53.5	49.9	49.5	46.6	43.6	42.6	38.3	33.3	31.1

Analiza inechității consumului de produse alimentare în grupurile majore folosind curbele de concentrare și IC este utilă, dar necesită o investigație aparte, care va include câteva condiții speciale (accesul deplin la modulul de consum alimentar a SBG (studiul bugetelor gospodăriilor), construirea unui indice de deprivare alimentară în baza consumului zilnic de 2 500 kkal, de la care derivă indicele de deprivare alimentară la copii etc.). Acest aspect ar putea fi subiectul unui studiu separat și ar oferi date mai recente, precum și posibilitatea de a crea tendințe viitoare ale indicilor depravării alimentare.

În concluzie, programul de vaccinare în Moldova este implementat relativ bine la nivel cantitativ, iar inechitatea în vaccinare poate fi observată la copii cu vârstă sub 6 luni, precum și întârzieri în administrarea vaccinului după Calendarul de vaccinare. Aceasta denunță unele probleme calitative în cadrul Programului Național de Imunizări. Mai mult decât atât, datele studiului arată că copii din familii asigurate din punct de vedere material beneficiază mai puțin de vaccinele analizate.

În ceea ce privește prima vizită pre-natală în primele 12 luni de sarcină, gradul de echitate favorizează femeile cu stare materială bună, iar în ceea ce privește numărul de vizite de 4 sau mai multe la medic pe perioada de graviditate, gradul de inechitate este practic inexistent, aproape coincidând cu linia echității. Administrarea în timpul sarcinii a fierului și a acidului folic are o eficiență ce rămâne de discutat. Consumul de pastile de fier și acid folic în timpul sarcinii este mai răspândit în rândul femeilor cu starea materială bună și depinde de locul de reședință, regiune și nivelul de educație a femeii.

Gradul de acces la serviciile medicale în caz de tuse și/sau febră este mai mare pentru copiii din familiile cu nivel de bunăstare ridicat. Practica de alăptare la sân este determinată de regiunea unde locuiește copilul, reședința, și quintila de venit. Practica alăptării la sân până la 6 luni și mai mult este mai des aplicată în cazul copiilor din quintilele sărace. Și invers, consumul produselor de origine animalieră este mai mare pentru copii din familiile cu stare materială bună.

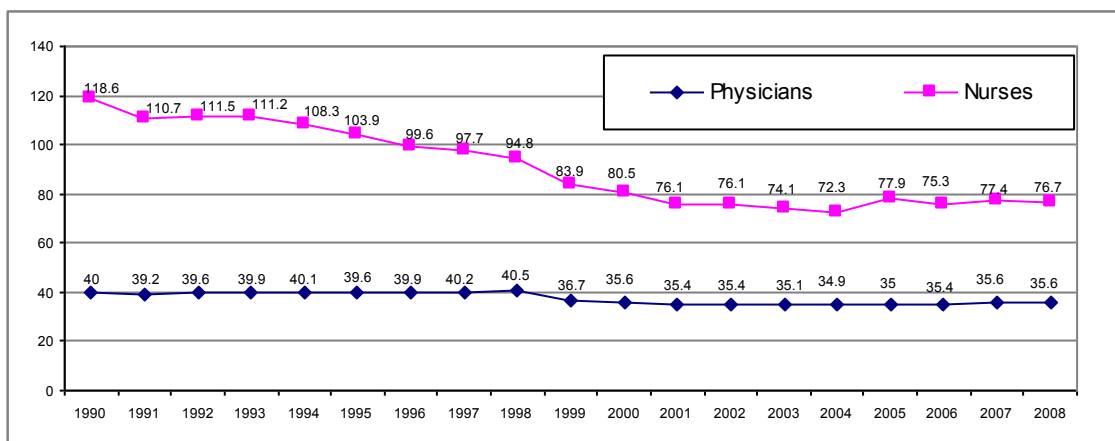
4.3. Inechități în determinanții de bază din sectorul medical

Analiza determinanților din domeniul sănătății, precum calitatea și accesibilitatea serviciilor și resurselor reprezintă un aspect important din cercetarea inechității. Problemele accesibilității și disponibilității serviciilor au fost cele mai importante aspecte invocate de mame și au fost abordate în discuțiile din cadrul focus grupurilor din cele trei raioane (pentru descrierea detaliată, vezi Anexa 1). Femeile au menționat în repetate rânduri că lipsa personalului medical și a serviciilor medicale în comunitate este una dintre barierele principale ale accesului acestora la serviciile medicale. În același timp, cheltuielile suplimentare necesare pentru transport și medicamentele, ne acoperite de polița de asigurare medicală, reprezintă a doua barieră importantă în accesul la serviciile medicale.

A. Disponibilitatea personalului medical și a serviciilor medicale

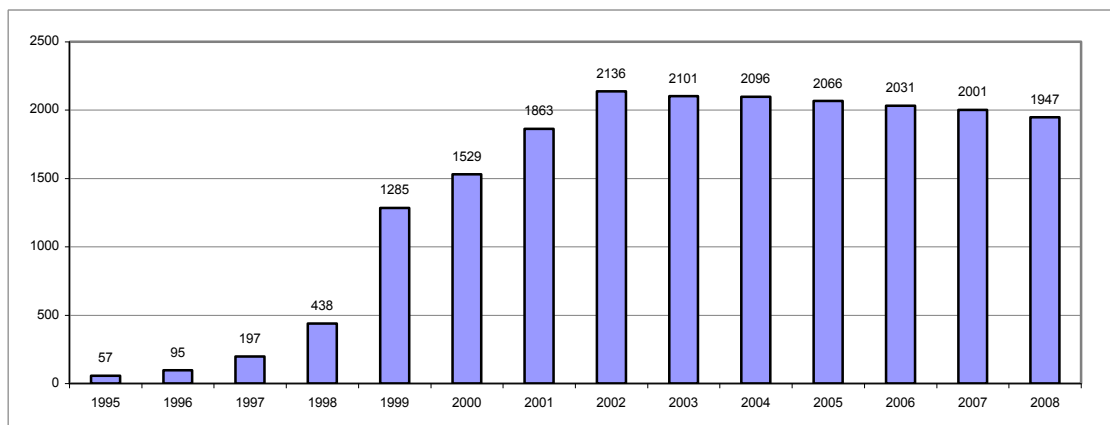
Conform datelor oficiale[39], în 2008 erau înregistrați 12 684 medici în Moldova (35,6 la 10000 locuitori) și 27 378 personal medical de calificare medie (76,7 la 10000 locuitori) (Fig. 14).

Figura 14 Numărul medicilor și a asistenților medicali la 10000 locuitori.



Un medic de familie ține la evidență 1500 persoane, cu excepția localităților rurale cu o populație de 900-1500 de locuitori unde este desemnat un singur medic. Un medic de familie din mediul rural trebuie să aibă trei asistenți medicali, în timp ce un medic de familie din mediul urban – doi. După 2002, a fost înregistrat cel mai mare număr de medici de familie – 2136, însă numărul acestora a descrescut constant în ultimii ani (Figura 15). În 2008 Ministerul Sănătății a înregistrat 1947 de medici de familie, dintre care 1020 lucrau în mediul urban, iar 927 în mediul rural^[40]. Ținând cont de regulament, unui medic de familie trebuie să-i revină 1500 pacienți, iar situația ne arată că există un deficit de 467 medici de familie în mediul rural și un exces de 36 medici de familie în mediul urban. Deficitul total de medici de familie constituie 431 persoane.

Figura 15 Numărul medicilor de familie din Moldova (1995-2008)

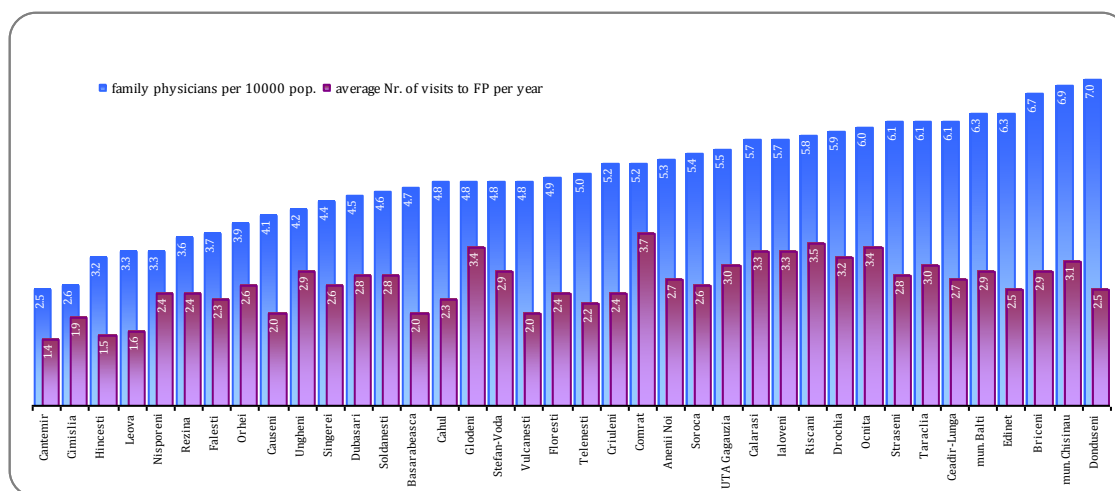


Conform practicii țărilor europene, un medic de familie poate avea grijă de 2000 de pacienți și chiar mai mult, dar nu mai mult de 2500 de persoane, în timp ce în Republica Moldova în raioanele Cimișlia, Cantemir, Rezina, Nisporeni, Leova, Hâncești, Orhei, Vulcanesti, Fălești și Ungheni un medic de familie din mediul rural ține la evidență peste 2500 persoane. Acest fapt are un impact negativ asupra accesului și calității serviciilor de îngrijire medicală, și nu în ultimul rând deoarece, după cum menționează medicii de familie și asistenții acestora, datorită acordării timpului prețios problemelor administrative.

Aparent, nu există o relație între numărul medicilor de familie din fiecare raion și numărul de pacienți consultați pe zi. De exemplu, deși sunt 7 medici de familie la 10 000 locuitori în Dondușeni (cea mai mare rată din țară), pacienții îi vizitează de 2,5 ori pe an,

aceiași număr de vizite fiind și în Rezina numai că numărul de medici de familie este de două ori mai mic. Figura 16 de mai jos ne indică că mărirea numărului de MF nu duce la mărirea numărului de vizite pe an. ^[40] (Figura 16).

Figura 16 Numărul medicilor de familie la 10000 locuitori și numărul mediul al vizitelor pe persoană pe an, pe raioane 2008



După cum este sugerat de managerii din domeniul sănătății (vezi Raportul Focus grupului din Anexa 1), condițiile sociale și de trai ale comunității sunt determinanții principali ai medicilor de familie de a se stabili într-o anumită comunitate. Din aceste motive, numărul medicilor de familie din capitală și din raioanele de nord este mai mare și înclină distribuția, disponibilitatea și calitatea serviciilor în defavoarea comunităților rurale mai slab dezvoltate (raioanele de sud, dar de asemenea Căușeni și Hâncești).

B. Calitatea serviciilor

Calitatea îngrijirii, în special, calitatea medicinei de familie care oferă cele mai accesibile servicii pentru SMC (vaccinare, monitorizarea creșterii și consultanță, îngrijire pre-natală și de urgență) este un factor determinant al statutului SMC. Pentru a-și expune părerea asupra acestuia, este nevoie de date de tipul celor din recensământ privind volumul și nivelul de asigurare cu echipament, fonduri, protocoale și servicii tehnice necesare (apă, electricitate, telefon, internet etc.).

Una dintre încercările cele mai ample pentru a măsura calitatea serviciilor medicinei de familie a fost preluată în Moldova pe parcursul 2007 ca parte a studiului susținut de BM^[41]. Cu referință la disponibilitatea echipamentului esențial (care includea 53 de itemi bazându-se pe Ordinul MS #144/65-A din 12.04.2007), Raportul la Studiu prezintă procentajul cumulativ a itemilor disponibili. Deși așa prezentare nu permite observarea diferențelor dintre raioane, el indică că din 46 de denumiri de echipament lipsesc de la 50% și mai mult. Autorii au ajuns la concluzia că datorită lipsei echipamentului necesar calitatea serviciilor medicale primare suferă enorm și că susținerea din partea donatorilor externi este justificată.

În ceea ce privește analiza distribuției și preluării protocoalelor privind calitatea îngrijirii SMC, putem nota că începând cu anul 2000 MS a introdus noi protocoale (de exemplu, Protocolul privind conduita integrată a maladiilor la copii sau a doua ediție a serviciilor perinatale). În baza acestora, ar putea fi obținute date importante privind calitatea serviciilor medicale acordate copiilor, precum procentajul copiilor bolnavi diagnosticați corect și la timp, tratați sau internați în spital. Pe parcursul 2008, MS de asemenea a

instituit o direcție de monitorizare precum CIMC și secția de monitorizare a Programului pre-natal care are ca scop colectarea datelor periodice privind calitatea serviciilor. Imediat ce datele privind evaluarea vor fi făcute publice, analiza echității lor va fi garantată în baza estimărilor gradului de inechitate în calitatea serviciilor din SMC.

C. Accesibilitatea

Introducerea asigurării medicale obligatorii în 2004 a avut drept obiectiv principal protejarea populației de prețurile astronomice din domeniul sănătății (spitalizare) și pentru a asigura un pachet standard de servicii pentru întreaga populație. Aceasta reprezintă o schemă de impozitare a angajaților în care partea asigurată și a doua parte (statul sau angajatorul) contribuie la proporția stabilită din cheltuieli. În același timp, cheltuielile pentru copii cu vârsta sub 18 ani și a femeilor însărcinate sunt acoperite integral de stat.

Deși plata pentru asigurarea medicală a crescut treptat, o parte importantă a populației încă nu este asigurată. Din numărul total al persoanelor fără asigurare medicală, 78% sunt șomeri sau angajați pe cont propriu, care nu sunt în stare să acopere costul unei polițe de asigurare. Cel mai grav este că peste o treime din femeile cu vârstă reproductivă, 15-49 ani, nu au asigurare medicală și în cazul în care au probleme financiare ele sunt mai puțin protejate (Tabelul 5)^[31]. Dacă luăm în considerație faptul că copiii până la vârsta de 18 ani sunt asigurați de stat, procentajul femeilor neasigurate din grupul de vârstă 18-49 ani ajunge la 38%.

Tabelul 5 Procentajul femeilor în vârstă de 15-49 ani care nu au poliță de asigurare, în dependență de quintila de venit, 2006-2008 Moldova. Date din SBG, Moldova

Quintile	2006	2007	2008
Foarte sărace	44%	49%	47%
Sărace	34%	39%	40%
Nivel mediu	34%	35%	31%
Stare materială bună	33%	31%	26%
Stare materială foarte bună	26%	29%	26%
Total	34%	37%	34%

Există o discrepanță vizibilă în statutul de asigurat, care ne sugerează că nivelul bunăstării este unul critic în determinarea statutului de asigurat. Această idee este confirmată și de femeile din focus grupuri (vezi Anexa 1) care au invocat lipsa de bani pentru a cumpăra polița de asigurare ca fiind cauza principală a neasigurării. În același timp, este surprinzător faptul că unele femei din focus grupuri au menționat că nu cunosc că au dreptul la îngrijiri medicale gratuite în caz de sarcină sau naștere ceea ce sugerează lipsa de informare a populației privind serviciile medicale și beneficiile medicinei prin asigurare. Femeile de asemenea au invocat cheltuielile pentru transport și spitalizare ca fiind bariera principală în accesarea îngrijirii medicale în comparație cu femeile din mediul urban care au servicii medicale mai bune în apropiere și care sunt mai bine informate în privința volumului și tipului necesar de îngrijire, în acest fel putând evita cheltuieli nejustificate. Cercetările în baza populației a determinantilor în SMC ar avea o valoare incontestabilă, dar, în prezent, ele nu sunt posibile din lipsa acestui tip de date atât din cercetările privind SMC în rândul populației cât și cele elaborate de BNS.

Ținând cont de studiul anual efectuat de BNS și cu un interes deosebit față de SMC, ar fi important de a afla care este procentajul cheltuielilor gospodăriilor casnice pentru

sănătate, anume pe anumite servicii de SMC, preventive, precum monitorizarea creșterii, suplimentii și vaccinarea sau serviciile clinice, precum îngrijirile de urgență pentru pneumonie sau diaree. Cu toate acestea, datele curente ale BNS se referă doar la cheltuielile totale pentru sănătate pe gospodărie casnică, având o divizare sumară pentru cheltuielile de ambulator și cele de spital, dar care nu permit o analiză a cheltuielilor pentru un anumit serviciu.

În același timp, 29% din respondenți ai SBG, 2008 au indicat că au fost nevoiți să întrerupă tratamentul sau nu au avut acces la serviciul medical din lipsă de bani^[42], procentajul fiind de 36,4% în mediul rural și 20,9% în mediul urban. Procentajul mai mare atribuit mediului rural poate fi explicat prin cheltuielile adăugătoare pentru transport în alt sat sau centru raional, din cauza lipsei unui medic în comunitate. 40% din respondenții care au fost spitalizați cu 6 luni înainte de realizarea sondajului au indicat de asemenea necesitatea procurării medicamentelor, deoarece polița medicală acoperă doar medicamentele de bază (și adesea, cele mai ieftine), cu 37,3% în spitalele raionale și 48,4% în spitalele republicane. Raportul sondajului nu conține dezagregarea cheltuielilor în baza SSE a respondenților și, deci, este dificil de estimat inechitatea acestor cheltuieli.

D. Percepțiile mamelor privind disponibilitatea, calitatea și accesibilitatea îngrijirii medicale

Informația relevantă privind calitatea serviciilor medicale vine de la focus grupurile organizate pentru elaborarea acestui studiu care au fost organizate în trei localități mai puțin avantajate selectate în baza indicatorului de deprivare SADI. Comentariul cel mai des auzit este că calitatea îngrijirii medicale este inadecvată în special în cazul gravidelor și copiilor ce au împlinit un an din mediul rural deoarece ei trebuie să meargă până în centrul raional pentru a trece anumite teste și consultații și ei se văd obligați să „mulțumească” personalul pentru a obține îngrijiri calitative. Femeile de etnie romă sunt mult mai nesatisfăcute. Ele menționează nu numai calitatea proastă a îngrijirii, dar și problema veniturilor și lipsa totală a resurselor ceea ce înseamnă că adesea nu pot să-și alimenteze adecvat copiii sau să-i transporte la centrul medical. Îngrijorător este faptul că majoritatea femeilor, atunci când au fost rugate să noteze introducerea medicinei prin asigurări de la 1 la 5, au dat cel mai mic punctaj (1). Informația obținută din cadrul acestor focus grupuri ne sugerează că este nevoie de o cercetare cantitativă mai detaliată a percepțiilor mamelor privind disponibilitatea și accesibilitatea serviciilor și care ar defini clar care sunt barierele principale în obținerea îngrijirii adecvate.

1. Percepțiile mamelor despre starea sănătății copiilor lor și echitatea în sănătate

Percepțiile mamelor despre starea sănătății copiilor lor diferă în funcție de nivelul de bunăstare, etnie și zona geografică. Astfel, femeile din zona de Nord au manifestat un grad mai înalt de satisfacție față de starea sănătății copiilor lor decât cele din zonele Centru și Sud. Faptul în cauză poate fi explicat printr-un acces mai mare la serviciile de sănătate primară, precum și printr-un nivel mai înalt de bunăstare a populației în zona de Nord. Astfel, populația din comunitatea Biliceni Noi din Sângerei dispune de un centru de sănătate, care funcționează zilnic. În același timp, comunitățile Vulcănești, Nisporeni și Cârpești, Cantemir dispun doar de câte un oficiu al medicilor de familie unde medicul de familie se prezintă doar o dată în săptămână la primire. Nivelul de sărăcie a populației din zona de Nord este mai redus decât în zonele de Centru și de Sud.

Analiza comparativă a rezultatelor cercetării în funcție de nivelul de bunăstare a scos în evidență faptul că femeile cu un nivel de bunăstare mai redus manifestă un nivel mai înalt de satisfacție față de sănătatea copiilor lor, decât cele cu un nivel de bunăstare mai înalt, fapt ce poate fi explicat prin așteptările lor mai mici față de starea sănătății copiilor, precum și prin nivelul redus de cunoștințe despre starea reală a sănătății copiilor lor (posibilități mai reduse de verificare a stării sănătății copiilor).

Trebuie de subliniat faptul, că deși majoritatea participantelor la focus grupuri au menționat că copiii lor se confruntă sporadic cu diferite probleme de sănătate cum ar fi răceala, anemia, probleme dermatologice etc., ele nu percep aceste cazuri de îmbolnăviri drept cazuri grave care ar putea afecta serios sănătatea copiilor lor. „*Ca orice mamă cred că sănătatea copilului meu este bună. Dacă a răcit puțin - nu este nimic strașnic*” – afirmă E. din Cârpești.

Femeile de etnie romă sunt mult mai nesatisfăcute de sănătatea copiilor lor decât cele din comunitățile moldovenești. Astfel, jumătate din participantele la focus grupuri de această etnie au menționat că starea sănătății copiilor lor este nesatisfăcătoare, acestea confruntându-se deseori cu anemie, bronșită, pneumonie, helminoză etc. Mai bine de un sfert din participantele la focus grupuri nu au putut să califice starea sănătății copilului propriu, deoarece nu au supus copiii nici unui examen medical în ultimii doi ani din cauza accesului limitat la servicii medicale. În mare parte acestea sunt femeile cu un nivel redus de bunăstare. Principalele bariere de accesare a serviciilor medicale pentru aceste femei sunt lipsa serviciilor medicale în localitate, costul pentru transport până în centrul raional, costul serviciilor medicale, rândul mare la medicul de familie, lipsa poliței de asigurare. În același timp, unele dintre participante la focus grupuri nu cunosc faptul că copiii lor sunt asigurați de sistemul de asigurări sociale.

*“Dar noi de unde să știm dacă copilul e sănătos sau nu dacă la punctul medical din sat nu poți trece nici un aparat, nu poți da analize. Te trimt la Nisporeni, dar acolo e rând mare și îți trebuie bani de drum. Noi nu avem poliță și nu putem face analizele la copii. Poate mititelul și-l doare ceva, dar dacă nu poate să spună.”*I., Vulcănești, Nisporeni.

Întrebate de dinamica stării sănătății copiilor lor comparativ cu primul an de viață, majoritatea femeilor au menționat că ea s-a îmbunătățit ușor, fapt determinat atât de creșterea naturală a copilului, întărirea lui și formarea imunității, cât și grație administrării vitaminelor prescrise și indicate de medici.

Cu referință la discrepanțele în sănătatea copiilor pe medii rezidențiale, circa 2/3 din participanții la focus grupuri au menționat că în principiu copiii din mediul rural sunt mai sănătoși decât cei din mediul urban din considerentul că stau mai mult la aer, la soare, fac mai multă mișcare, mîncarea este mai naturală, aerul nu este atât de poluat. În schimb femeile de etnie romă consideră că copiii din mediul urban sunt mai sănătoși deoarece dispun de condiții mai bune de trai, au o diversitate de produse în magazine, au acces la servicii medicale etc.

Cu referință la factorii care au un impact negativ asupra stării sănătății copiilor lor, marea majoritate a participanților la focus grupuri au menționat în special nutriția copiilor și calitatea apei de băut. Cercetarea a scos în evidență faptul că problemele ce țin de nutriție sunt foarte diferite în cazul femeilor cu un nivel de bunăstare redus și a celor cu un nivel de bunăstare înalt. Astfel, femeile cu un nivel de bunăstare mai redus au menționat că problemele de bază cu care se confruntă în cazul alimentației sunt sursele financiare insuficiente pentru procurarea alimentelor necesare, precum și lipsa

informației cu privire la cum și cât trebuie să alimenteze copiii. „*Mai puțin îi dau să mănânce decât se cere conform vârstei, pentru că am mulți copii, dar resursele financiare sunt limitate și știu că trebuie să-i dau mai multe*” V. Biliceni Noi, Sângerei.

Alimentația copiilor din acest grup depinde în mare măsură de sezon. Astfel, una din mame a menționat că „*vara este mai ușor deoarece îi hrănim mai sănătos, iar iarna când nu ai nici fructe nici legume, ce să facem dacă nu avem bani cu ce le procura hrana de care au nevoie?*”

În cazul femeilor de etnie romă, participantele au menționat că sunt cazuri când ele de abia le pot da copiilor o felie de pâine și o cană de ceai. În asemenea condiții apelează la ajutorul altor familii și iau cu împrumut făină, pâine, fasole, ulei. O bună parte din femeile sărace de etnie romă au pe lângă casă foarte puțin pământ și practic nici nu au unde practica grădinăritul. „*Aici e foarte greu cu mâncarea, cu tot cu casa avem 8 ari de pământ și nu am unde crește un cartof, o fasolă. Dar noi suntem mulți. În gospodărie mai trăiește și fata cu copiii ei*”.

Femeile din grupul cu nivel de bunăstare înalt au menționat în calitate de probleme de nutriție a copiilor: calitatea proastă a produselor alimentare, timp redus pentru pregătirea bucatelor (sunt angajate în câmpul muncii) sau un meniu sărac la grădinițe.

Cu referință la calitatea apei, toate participantele la focus grupuri au manifestat îngrijorare față de apa pe care o consumă, din considerentul că sursele de apă în toate cele trei localități sunt fântânile, iar expertiza calității apei în aceste fântâni nu a fost efectuată demult. Femeile din zona de Sud și din localitatea de romi au manifestat nemulțumire și de accesul redus la apă în localitățile lor. Astfel, la Cârpești, o bună parte din gospodării nu au în împrejurimi surse de apă potabilă și sunt nevoite să aducă apa cu căruța de la câțiva kilometri și s-o depoziteze în niște vase de aluminiu. „*Noi știm că e periculos să ținem apa în aluminiu, chiar și gustul ei se schimbă. Dar nu avem altă ieșire din situație, că apa din fântânile noastre nu este bună nici pentru mâncare nici pentru băut*”, - a menționat V. din s.Cârpești. În localitatea de romi situația este și mai drastică, deoarece în sat sunt doar câteva fântâni: „*Noi luăm toți apă dintr-o fântână, fiecare cu căldarea lui. Unul poate are oțigă, altul - altceva, și noi iaca așa o bem. Aproape tot satul ia apă dintr-o singură fântână, cară cu bacurile acasă*” (I. Vulcănești, Nisporeni).

Majoritatea participantelor consideră că părinții sunt responsabili în primul rând de sănătatea copiilor lor. „*Dacă nu ne vom strădui noi nimeni nu se va strădui pentru copilul nostru, pentru noi el este cel mai important*.” (I. Vulcănești, Nisporeni). După părinți, buneii sunt responsabili de sănătatea copiilor, urmași de medici.

2. Gradul de asigurare a dreptului mamelor și copiilor la sănătate

Mamele consideră că accesul la sănătate nu se face în baza drepturilor pe care le ai, ci prin intermediul surselor financiare. „*Dacă ai bani, ai și dreptul la sănătate*” (E. Biliceni Noi, Sângerei). „*Dreptul la sănătate este asigurat de buzunarul nostru*” (I. Cârpești, Cantemir). „*La noi, la Nisporeni, dreptul nu se respectă. Doctorii vreau numai bani. Cum te vede că ești țigan, deodată îți cere bani că zice: hai dă, că țiganii au bani. Dar asta nu-i corect. Poate unii într-adevăr au bani, dar alții nu au nici ce mânca*” (C.,Vulcănești, Nisporeni).

Fiind întrebate dacă în prezent beneficiază mai mult sau mai puțin decât acum 3 ani de dreptul la sănătate, marea majoritate a participantelor la focus grupuri au menționat că

mult mai puțin. Doar în cazul femeilor de etnie romă, ele au menționat că beneficiază la fel ca și acum trei ani, specificând că situația romilor în ceea ce privește accesul la sănătate nu s-a schimbat deloc spre bine. Cu trei ani în urmă ca și acum situația era la fel de rea.

3. Accesul și gradul de utilizare de către mame și copii a serviciilor de sănătate primară, de urgență și spitalicească

Accesul și gradul de utilizare a serviciilor de sănătate primară.

Cercetarea a scos în evidență faptul că mamele au un acces diferit la serviciile de medicină primară, fapt determinat în mare măsură de tipul instituției medicale existente în comunitate, de varietatea de servicii medicale prestate în comunitate, de calificarea personalului medical și de calitatea serviciilor prestate. Astfel, în localitățile mari, cum ar fi în cazul nostru Biliceni Noi, unde funcționează un centru de sănătate, cu un program zilnic de activitate și cu un spectru mai larg de servicii de asistență medicală, mamele dispun de un acces mai sporit la serviciile de asistență medicală și au manifestat un grad mai înalt de satisfacție față de acestea. *“Medicul nostru este foarte bun. Eu am născut ambii copii prin cezariană și ea m-a ajutat destul de mult”*, - a menționat doamna L., una din participantele la discuție.

În cazul comunităților mai mici, cum ar fi Vulcănești, Nisporeni și Cârpești, Cantemir, unde medicul de familie consultă pacienții o dată pe săptămână, având un orar de lucru neclar și oferind un spectru limitat de servicii (doar posibilitatea de a măsura tensiunea, de a primi vaccine sau alte medicamente injectabile). *“Medicul de familie vine la serviciu o dată pe săptămână și atunci când dorește el. Din aceste considerente practic foarte rar putem beneficia de servicii la oficiul medicilor de familie. Asistentele medicale nu au ore fixe de lucru și deseori este foarte greu să le găsești. Iată de exemplu când copilul meu avea temperatură, nu puteam să găsesc asistenta medicală nici la punctul medical, nici acasă”* - a menționat doamna M. din Vulcănești, Nisporeni. *“Surorile medicale când vor deschid oficiul. Deseori ele propun femeilor din sat servicii ginecologice la un preț redus pentru a evita deplasarea în centrul raional. Prețul serviciului depinde de analize, dar nu putem spune dacă acestea au fost făcute corect”* – a spus doamna E. din Cârpești, Cantemir.

Femeile cu un nivel mai înalt de bunăstare efectuează periodic controlul profilactic ginecologic. În același timp marea majoritate a femeilor cu nivel redus de bunăstare și cele de etnie romă au menționat că nu au trecut controlul ginecologic profilactic din perioada ultimei nașteri sau gravidității. De obicei acest grup de femei se adresează la ginecolog doar când sunt însărcinate, când doresc să-și pună sterilet sau când au probleme de sănătate. În calitate de bariere de bază în accesarea serviciilor ginecologului ele au menționat următoarele: lipsa surselor financiare pentru a se deplasa în raion și a plăti serviciile. *“Da cum să te duci la ginecolog, dacă numai ca să intri trebuie să ai cel puțin 50 de lei”*, - a menționat doamna I. din Biliceni Noi. Marea majoritate a femeilor din acest grup nu sunt angajate în câmpul muncii și nu dispun de poliță de asigurare medicală.

Deși toate femeile participante la focus grupuri au beneficiat de pachetul gratuit de servicii de asistență medicală în timpul gravidității și nașterii (analize, verificarea periodică a stării generale a sănătății, administrarea vitaminelor), cele cu un nivel mai înalt de bunăstare au avut posibilitatea de a consulta stomatologul și psihologul. Unele participante la focus grupuri au menționat că având experiența negativă de la graviditatea precedentă, au apelat la asistența clinicilor private în timpul gravidității, cum

ar fi Centrul „Virginia” de la Cahul. Majoritatea femeilor cu un nivel mai înalt de bunăstare au ales să nască la Chișinău, Bălți, Cahul, unde calitatea serviciilor și profesionalismul medicilor este mai înalt. Costul asistenței de înainte de naștere și nașterea a fost de circa 250 Euro, bani plătiți nemijlocit medicului.

Fiind întrebate de calitatea serviciilor de care au beneficiat, mai bine de 80% din femeile din grupul cu nivel redus de bunăstare, au manifestat un grad de satisfacție destul de redus. Faptul în cauză a fost explicat de necesitatea de a se deplasa în centrul raional, cozile mari în care erau nevoite să aștepte consultația, necesitatea de a plăti de fiecare dată bani pentru a câștiga o atitudine bună din partea medicilor. Majoritatea femeilor au menționat necesitatea de a „mulțumi” medicul (cutii de ciocolate, bomboane, produse cosmetice) sau bani (până la 2000 – 3000 de lei). *„Chiar dacă aveam polița de asigurare, am fost nevoită să achit fiecare consultație a ginecologului. Dacă nu plăteam, medicul mă trimetea să-i cumpăr pateuri și sucuri, și după asta îmi dădea cartela. Știți, eu câteodată nu aveam bani suficienți, dar trebuia să-i cumpăr ce-mi spunea, că eu mă rușinam să-i spun că consultația trebuie să fie gratis.”* – a relata I. din Cârpești, Cantemir .”

„În sat noi nu putem da analize; pentru analiza de sânge trebuie să merg la Sângerei și acolo până n-am dat 10 lei, n-am primit nici un rezultat, chiar dacă suntem gravide.” L., Biliceni Noi. *„Pentru consultații eram puse în situația să cumpărăm mănuși și oglindă. Si culmea era că pentru controlul meu nu folosea acea oglindă nouă pe care o cumpăram.”* V., Cârpești.

„În cazul meu medicul nu a folosit nici oglinda și nici mănușile pe care le-am cumpărat. M-a examinat fără mănuși.” I., Cârpești.

„Eu nu am cuvinte să spun. Am dat și bani și tot rău cu mine s-a purtat. Nu înțeleg ce mai vroiau. Strigau, vorbeau urât cu mine, tot în salon rău m-au pus. După naștere când mi-au făcut pansament, ei au uitat bandajul în mine.” E., Vulcanesti.

Femeile de etnie romă au beneficiat mai puțin de asistență medicală în timpul sarcinii, din cauza caracterului migrator (majoritatea dintre ele au fost plecate din localitate). Femeile de etnie romă s-au confruntat cu problema lipsei actelor de identitate ceea ce face dificilă înregistrarea copilului.

În ceea ce privește îngrijirea copilului majoritatea femeilor au menționat că deși copii au fost vaccinați majoritatea dintre ele au menționat că calitatea îngrijirii medicale lasă de dorit și că medicul nu informează mamele despre necesitatea pregătirii copilului pentru vaccin și nici nu verifică starea sănătății copiilor înainte de vaccinare. Majoritatea femeilor cu nivel redus de bunăstare, precum și femeile de etnie romă au manifestat nemulțumire față de asistența medicală de care beneficiază copiii lor după împlinirii vârstei de un an. *„Încă la copii de până la un an parcă se mai atrage atenția, iar după un an ei de parcă nici nu există. De exemplu, am fost recent cu copilul să trec controlul pentru grădiniță. Nici nu s-au uitat la copil măcar. Neurologul mi-a zis să las copilul în coridor.”* V., Cârpești.

„Eu cu copilul la un an am trecut neurologul, care nu m-a întrebat nimic, s-a uitat la copil și mi-a scris o lista întreagă de medicamente, fără să-mi explice pentru ce. Eu le cumpăr, vin acasă și când mai consult cu mama lista ceea, văd că asemenea pastile administra mama care avea probleme cu tensiunea. Cum a stabilit medicul că copilul meu are tensiune fără a-l examina? Atunci nici nu i-am dat pastilele celea, deoarece nu observasem eu la copil că ar avea careva probleme neurologice.” E., Cârpești.

„Stomatologul în general m-a impresionat, mai întâi a scris în formularul copilului și abia după asta la sfârșit m-a întrebat dacă i-au apărut careva dinți copilului”. V., Biliceni Noi.

Cu referință la inegalitățile dintre mamele din mediul rural și cele din mediul urban, participantele la focus grup au menționat că, în mediul urban calitatea serviciilor medicale este mai înaltă, au cheltuieli financiare mai mici fiindcă nu trebuie să achite transportul, dispun de mai multă informație despre medici calificați și despre medicamente, au posibilități mai mari de a procura medicamente mai ieftine (mai multe farmacii în oraș) etc. „Femeia din oraș nu cheltuie bani pentru transport, ea are toate serviciile medicale pe loc, pe când o femeie de la sat trebuie să se deplaseze în fiecare lună la centrul raional; ea cheltuie mai mulți bani, mai mult timp etc. ”, V., Biliceni Noi. „Eu cred că o femeie de la oraș beneficiază de mai multe servicii: psiholog, planificare familială, instruire, iar cu femeile de la sat se pune accentual numai pe analize și gata”, M., Biliceni Noi.

Accesul și gradul de utilizare de către femei și copii a serviciului de urgență.

Marea majoritate a participantelor la focus grupuri au menționat că serviciul de urgență în ultimii trei ani s-a îmbunătățit considerabil și că ele sunt foarte mulțumite de acest serviciu deoarece este gratuit și vine în timp scurt. Cu toate acestea, ele sunt nemulțumite de calificarea medicilor de la urgență care deseori lasă de dorit „La noi a venit salvarea recent, erau doi medici, unul dormea din picioare, al doilea îl trezea pe primul. Au pus o injecție și ne-au întrebat dacă dorim să mergem la spital” E., Biliceni Noi. Femeile de etnie romă au mai indicat că medicii de la urgență vin doar dacă îi telefonezi de câteva ori. „Noi chemăm salvarea, dar uneori poți să mori de 10 ori până vine. Nu ne cred când sunăm și îi chemăm, ne zic să nu ne jucăm la telefon.” E., Vulcănești

Accesul și gradul de utilizare a serviciilor spitalicești.

Majoritatea femeilor din familii cu nivel de bunăstare înalt preferă să fie internate la Cahul, Chișinău, Bălți, fapt argumentat prin calitatea mai înaltă a serviciilor și plătesc de obicei patul în spital prin casă și serviciile medicilor direct lor. Femeile din familii cu nivel de bunăstare redus beneficiază la necesitate de serviciile spitalului raional, de care sunt foarte nemulțumite. „Eu am stat împreună cu copilul. Mi-au zis medicii ca a răcit. Patul și alimentația care era foarte proastă erau gratuite, în rest cumpăram totul: siropuri, pastile, picături.” V., Cârpești.

„Nu suntem deloc mulțumiți de calitatea serviciilor de la spital. Mamele sunt impuse să facă curățenie în salon, ceia ce nu este igienic. Condițiile sunt foarte rele, nu-i apă caldă, sunt gândaci, șobolani, căci noaptea nu mai dormi, dar îți păzești copilul. Dacă nu le dai bani medicilor, nici nu se uită la tine sau vorbesc într-așa mod că nu mai înțelegi ce este cu copilul. Dacă le plătești, îți explică totul și îți dau tratament mai bun.” M., Cârpești.

4. Asigurarea medicală obligatorie și rolul ei în asigurarea echității în sănătate

Discuțiile în focus grupuri au scos în evidență faptul că în viziunea mamelor, asigurarea obligatorie de asistență medicală contribuie foarte puțin la reducerea inechităților în sănătatea mamelor și copiilor. Majoritatea femeilor din grupul cu nivel de bunăstare înalt dețin polițe de asigurare, dar s-au folosit foarte rar de ele, din considerentul că polița

acoperă foarte puține servicii medicale. Serviciile medicale acoperite de poliță sunt de obicei cele mai ieftine și care nu joacă un rol esențial în procesul de tratament. Medicamentele compensate de obicei nu sunt în vânzare în farmaciile unde le poți cumpăra; pentru procurarea medicamentelor compensate este necesar de făcut multe drumuri, de avut rețeta cu câteva ștampile și semnături. Cu polița te poți adresa doar la medicul de familie și dacă dorești să te adresezi la medicii specialiști trebuie să aștepti în rând uneori chiar câteva săptămâni etc. „Medicii nu se uită că ești însărcinată sau cu copil, primește mai întâi pacienții care plătesc și la urmă cei cu poliță. Totul se face în așa mod că de acum ești nevoit să plătești numai să nu stai ore în șir la ușă, chiar dacă ești însărcinată.” E., Cârpești.

Mai bine de 90% din femeile cu nivel redus de bunăstare au menționat că nu au poliță deoarece nu lucrează și nici nu doresc s-o cumpere din considerentul că este scumpă și nu acoperă toate serviciile. Femeile de etnie romă au manifestat un grad înalt de nemulțumire față de asigurarea medicală obligatorie. Ele nu au simțit nici o îmbunătățire a calității serviciilor medicale după introducerea poliței de asigurare, ci dimpotrivă - o deservire mai proastă și mai birocratică.

„Mai bine nu era polița de asigurare. Dacă spui medicului că ești cu poliță nici nu vrea să te asculte. Și chiar îți spune „da eu cu ce să trăiesc”. Oricum se cer bani pentru majoritatea serviciilor medicale”. I., Cârpești.

„S-a întâmplat că am ajuns medicul și aveam nevoie de o operație imediată. Medicul m-a întrebat „cum te operăm: cu poliță sau fără?”, asta însemnând că dacă cu poliță – atunci fără anestezie, dacă fără poliță – cu anestezie și fără durere. Eu evident am ales varianta „fără poliță”. Și acum mă întreb, pentru ce ni se mai rețin bani din salariu?”, E., Biliceni Noi.

„Medicii deodată mi-au spus că dacă vreau să stau numai pe poliță, atunci nu garantăm că o să se însănătoșescă, dar dacă vreau să-l tratezi trebuie să procur medicamente.” E., Cârpești.

În concluzie, situația privind echitatea în accesibilitatea, calitatea și disponibilitatea serviciilor medicale este îngrijorătoare. Deși gradul de acoperire cu asigurare medicală a crescut, o parte importantă a populației nu este asigurată. Din numărul total al persoanelor neasigurate, 78% sunt șomeri sau angajați pe cont propriu care nu au posibilități să plătească polița de asigurare. Mai mult ca atât o treime din toate femeile de vârstă reproductivă, 15-49 de ani, nu sunt asigurate medical și astfel se pot confrunța cu o povară financiară mai mare și cu mai puțină protecție. Guvernul Moldovei întreprinde măsuri pentru a spori gradul de acoperire cu asigurare medicală direcționând cheltuielile publice spre combaterea sărăciei.

Datele numerice arată că numărul medicilor de familie în capitala țării și în nordul republicii este mai mare, deși nu există o legătură clară între acoperirea cu medici și numărul de vizite a pacienților. Cu toate acestea asigurarea populației cu medici de familie în unele regiuni și motivația mică a personalului medical rămâne o problemă ce împiedică accesibilitatea și calitatea serviciilor de sănătate. În ceea ce privește analiza distribuției și preluării protocoalelor privind calitatea a îngrijirii SMC, Moldova a început implementarea Protocoalelor privind Conduita Integrată a Maladiilor la Copii și a serviciilor perinatale, iar analiza aplicării acestora este garantată de tipurile facilităților din domeniul sănătății.

Informația calitativă privind nivelul de satisfacție cu disponibilitatea și accesibilitatea îngrijirii acordate mamelor și copiilor ridică semne serioase de întrebare, deoarece cel puțin în cele trei sate selectate pentru prezentul Studiu femeile se confruntă cu problema achitării suplimentare a serviciilor, lipsa clarității și informării din partea personalului medical și o atenție redusă acordată copiilor după împlinirea vârstei de un an.

V. PROGRAME ȘI STRATEGII

Trei direcții ample pentru reducerea inechităților în domeniul sănătății sunt identificate în sursele internaționale: (1) îmbunătățirea stării sănătății grupurilor cu nivel redus al SSE prin programe concrete; (2) reducerea diferențelor în nivelul sănătății între grupurile sociale sărace și cu stare materială bună; (3) supravegherea sistemului de sănătate, prin prisma poziției socio-economice și a sănătății populației^[42].

Comisia privind determinanții sociali în domeniul sănătății indică că există patru domenii de intervenție pentru soluționarea problemei inechității în sănătate, de la reducerea impactului determinaților structurali, precum venitul și nivelul de educație, prin reducerea sărăciei, până la oferirea serviciilor de sănătate persoanelor cu un nivel redus de bunăstare.

Deci, partenerii în elaborarea strategiilor trebuie să se preocupe de un set adițional de probleme: monitorizarea efectelor politicilor și intervențiilor asupra echității în sănătate și asupra determinaților; adunarea și diseminarea dovezilor privind intervențiile eficiente, inclusiv a strategiilor intersectoriale; și susținerea includerii echității în sănătate drept un obiectiv de formulare și evaluare, nu numai a politicilor în domeniul sănătății, dar pentru toate politicile sociale.

În Republica Moldova obiectivul echității în sănătate derivă din documentul principal, Politica Națională de Sănătate 2007-2021, precum și din alte documente referitoare la politicile sociale. Cu toate acestea, pașii pentru realizarea acestui obiectiv nu sunt explicit descriși sau planificați: de exemplu, majoritatea documentelor nu includ setul de indicatori ai echității, baza și scopurile acestora, precum și procesul de monitorizare și analiză a rezultatelor în comparație cu obiectivul inițial.

Politicile naționale: Ca parte componentă a Studiului, o serie de documente majore privind politicile în domeniul sănătății și dezvoltării au fost analizate pentru a observa gradul de corespundere a acestora cu scopul și ideea inechității în sănătate. Cele mai importante dintre acestea, EGPRSP 2004- 2006, precum și documentul anterior pentru anii 2001-2003, a recunoscut problema sărăciei în țară și a indicat că reducerea inechității este o condiție pentru dezvoltarea durabilă, inclusiv cea economică. Documentele conțin un set de acțiuni de la crearea de sisteme de monitorizare la activități de implicare socială, cu toate acestea, ele nu conțin indicatorii de măsurare a inechității și grupurile de cercetare.

În pofida cercetărilor publice efectuate după elaborarea EGPRSP referitoare la problema inechității, documentul ulterior **Strategiei Naționale de Dezvoltare 2008-2011**¹⁰ pare să conțină și mai puține referințe la reducerea sărăciei și a inechităților, în timp ce Planul de Acțiune nu conține obiective specifice pentru a reduce inegalitățile, inclusiv din domeniul sănătății^[43]. Acest fapt indică o discordanță între numărul mare de date existente și procesul de luare a deciziilor. El de asemenea poate semnala posibile incapacități și lipsă de abilități pentru a înțelege importanța conceptului și pentru a folosi datele privind inechitatea pentru susținerea și alocarea echitabilă a resurselor^[44].

¹⁰ *Strategia Națională de Dezvoltare 2008-2011 este compusă din Strategie și Planul de Acțiune și stabilește 5 direcții prioritare de reducere a sărăciei și creșterii economice: i) consolidarea democrației bazate pe supremația legii, ii) reglementarea conflictului Transnistrean, iii) sporirea competitivității economiei naționale, iv) dezvoltarea resurselor umane, v) dezvoltarea regională.*

Cadrul de Cheltuieli pe Termen Mediu (CCTM) pentru anii 2009-2011 a fost aprobat de Guvern în anul 2008 și include estimările recomandate privind cheltuielile care servesc drept bază pentru ajustarea planificării strategice. Pe lângă programele privind cheltuielile din alte domenii publice, documentul include planul strategic pentru 2009-2011. Una dintre activitățile primordiale ale planului strategic din sistemul de sănătate este sănătatea mamei, copilului și tinerilor (Activitatea 2.3) ce include măsuri de fortificare a sănătății mamei, copilului și tinerilor. În document este stipulat scopul principal al acestei activități care este îmbunătățirea sănătății mamei și a copilului în conformitate cu ODM și îmbunătățirea sănătății tinerilor. Obiectivele specifice pe termen mediu includ: (i) fortificarea serviciilor de SMC; (ii) asigurarea accesului copiilor din centre raionale la serviciile de terapie intensivă; (iii) crearea de condiții inofensive și creșterea calității serviciilor medicale perinatale; și (iv) extinderea serviciilor prietenoase tinerilor și asigurarea accesului la informare, educație și comunicare în problemele pentru tineri. Lista propusă de indicatori de monitorizare include ratele prognozate a fi îndeplinite în conformitate cu ODM și, din păcate, nu conțin, mijloacele de evaluare și monitorizare a inechităților în SMC.

Unii autori consideră că în Moldova obiectivele trasate de ajutorul social au mai puțin succes, deoarece procentajul beneficiilor sociale primite de prima quintila scade de la 57% din totalul de beneficii în 2001 la 49% în 2004 și crește puțin pentru reprezentanții din quintila de mijloc în timp ce acoperirea ajutorului crește de la 6 la 19%(!)^[47]. Autorii mai menționează că deși asistența socială în Moldova se axează în mare parte pe copii, sistemul de beneficii sociale nu a îmbunătățit bunăstarea lor, după intenția inițială, iar un număr considerabil de copii se află sub limita sărăciei (vezi Partea II).

Un document de referință este **Strategia de Dezvoltare a Statisticii Naționale pentru perioada 2008-2011** care deși include obiectivul de a ajusta monitorizarea națională la monitorizarea în baza ODM ea nu include obiective privind monitorizarea echității, în general, sau a monitorizării echității în domeniul sănătății, în particular^[45].

Un alt document, **Instrumentul european de vecinătate și parteneriat pentru Republica Moldova, document de strategie de țară 2007-2013** ^[46] stipulează că cooperarea în domeniul politicii externe și de securitate și promovarea creșterii economice și reducerea sărăciei stau la baza Planului de Acțiuni UE-Moldova. Cu toate că preocuparea de bază a acestui document este securitatea și creșterea economică, acesta nu conține referi la echitate pentru a se asigura că creșterea economică nu va mări nivelul de inechitate, după exemplul țărilor din America Latină.

Recent au început discuțiile de către comunitatea națională și a donatorilor asupra unei Abordări sectoriale extinse în domeniul sănătății drept o cale de a eficientiza resursele financiare disponibile. Recent Comisia Europeană a aprobat un Program de susținere a politicii sectoriale (SPSP) pentru Republica Moldova. Acesta reprezintă un nou mod de acordare a finanțării oferite de CE programelor sectoriale. Cu toate acestea SPSP nu include echitatea în sănătate în obiectivele sale principale.

Politica Națională de Sănătate 2007-2021 consideră drept pilon principal solidaritatea socială și echitatea și prin implementarea căruia Guvernul și-a luat angajamentul să asigure echitate în sănătate pentru toți. În același timp, Politica, ca și alte documente sau programe, nu indică clar la ce nivel să reducă inechitatea socială și cum va determina inechitatea din domeniul sănătății. În același timp, presiunea din partea societății și din partea politicienilor cere Guvernului să mărească spectrul de servicii garantate de polița

de asigurare. Cât de realizabil este acest obiectiv în condițiile actuale ale crizei economice și a deficitului mare bugetar rămâne de văzut.

Documentele de bază din domeniul politicilor în sănătate creează un cadru legal și normativ în care diverse planuri sunt elaborate și aprobate pentru a asigura drepturi egale pentru acces la serviciile medicale calitative disponibile și atingerea unui nivel cât mai înalt posibil a standardului în sănătate în țară. Este lăudabil faptul că **Strategia dezvoltării sistemului sănătății pentru anii 2008-2017** autorizează monitorizarea indicatorilor inechității precum procentajul populației care nu vizitează medicul de familie din lipsă de bani, sau procentajul oficiilor medicilor de familie din mediul rural în care un medic este nevoit să consulte peste 2000 persoane și unde nu există o farmacie. Cu toate acestea, primul raport de evaluare a Strategiei pentru anul 2008 nu a inclus date sau tendințe referitoare la indicatorii menționați. Presupunem că acest tip de date nu sunt colectate de serviciile de asigurare medicală sau procedurile de colectare, precum și de analiză a acestora nu sînt elaborate.

Programe naționale: Judecând după numărul și diversitatea actelor normative ministeriale și a activităților directe sau indirecte, sănătatea mamei și a copilului pare să atragă o atenție sporită. Cu toate acestea, din cele 15 programe naționale privind sănătatea publică care se desfășoară în prezent și care au fost prezentate în Profilul național privind sănătatea în tranziție 2008 (de către MS și Biroul Regional Europa al OMS), nici unul nu a fost dedicat în exclusivitate SMC, poate cu excepția Programului Național de Vaccinare care se referă atât la copii cât și la adulți. Programul Perinatal nu apare pe listă și nu este clar dacă vor fi alocate fonduri pentru această direcție. Din păcate programul pentru SMC schițat în 2006 nu a fost aprobat și programul cu referire la nutriția mamei și copilului niciodată nu a fost formal încorporat în programul național.

Problema elaborării programelor în domeniul SMC se datorează situației în care nivelul de finanțare a programelor este foarte rar, clar indicat, în direcții separate de finanțare sau monitorizare pe categorii de cheltuieli precum activitățile de instruire, promovare și mobilizare. Situația se schimbă datorită asigurării publicității și clarității, iar unele programe precum programul de vaccinare sau HIV au prognoze concrete privind finanțarea și termenii de implementare. Cu toate acestea, situația privind alte programe este mai puțin clară, nu în ultimul rând datorită faptului că finanțarea acestora este la discreția persoanelor implicate și are direcții de finanțare mai puțin clare. În același timp, datele privind veniturile și cheltuielile pe tipul de servicii sau medicamente din cadrul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nu face publice acest tip de informații. În acest context, ar fi interesant să aflăm cum Compania utilizează cele 2% din fondurile sale în activitățile de promovare în domeniul sănătății, reglementate de Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală din 1998 și Regulamentul Companiei, care ar putea oferi finanțare suplimentară programelor din SMC.

În baza legislației și documentelor regulatorii, Guvernul Republicii Moldova a menținut și reformat o rețea largă de centre și servicii medicale, care au asigurat o rată bună de acoperire a unor servicii medicale de bază în SMC (vaccinarea), după cum au fost descrise mai sus. Datele statistice privind alte servicii nu sunt cunoscute sau nu sunt de încredere (monitorizarea dezvoltării copilului și consiliere, inclusiv, reparazitarea sau administrarea de micronutrienți precum vitamina D sau pastile ce conțin fier). O situație similară este atestată și în privința datelor serviciilor clinice, precum internarea în baza protocolului CIMC.

Un exemplu privind validitatea datelor poate fi oferit de monitorizarea creșterii copilului. MS prezintă date statistice anuale în Anuare statistice domeniul Sănătății care indică că în 2008, 11% dintre copii care au vizitat centrele medicale au fost înregistrați ca „subnutriți”. În primul rând, procentajul pare să fie destul de mare, referindu-ne la datele SDS unde constituia 5%. În al doilea rând, am putea presupune problema determinării masei corpului copiilor: în condiția în care jumătate din centrele medicale în 2007 raportau că nu au un cântar^[41]. În acest caz apare întrebarea dacă copiii au fost cântăriți și în centrele medicale care nu au cântare. Deci, cum a fost calculat procentajul de 11 la sută.

O cercetare atentă a altor programe naționale din domeniul sănătății, inclusiv, al conținutului **Pachetului de bază** de servicii (Hotărîrea Guvernului Nr. 1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală), precum și **programele selectate din cadrul SMC** (Programul național de vaccinare, programul de îngrijire perinatală, programul (CIMC) Conduita Integrată a Maladiilor la Copii etc.) nu prezintă prevederi speciale la obiectivul echității în sănătate precum și evaluarea pentru identificare a grupurilor social vulnerabile adresate de program sau analizarea datelor prin prisma echității (dezagregarea în dependență de SSE, nivelul educațional, sau zona geografică).

În concluzie, datorită faptului că monitorizarea echității face parte din planificarea strategică a SMC, este dificil de evaluat gradul în care anumite programe au îmbunătățit sau au redus statutul de echitate. În general, programele privind SMC din Moldova au un caracter general și nu se referă la populația vulnerabilă. În situația unei sărăcii răspândite în primii ani ai acestui deceniu, lipsa unui obiectiv în această direcție ar putea fi explicabil, deoarece era necesară îmbunătățirea nivelului general al populației. Cu toate acestea, după cum ne demonstrează datele prezentului Studiu, există inechități semnificative în ceea ce privește nivelul de morbiditate, accesibilitatea și folosirea serviciilor medicale în Moldova, și datorită stagnării economice actuale și a lipsei de finanțare. Este necesară o abordare având ca obiectiv principal echitatea. Pentru a realiza un asemenea obiectiv sunt necesare date recente privind populația sau date oferite de centrele medicale. În cazul creșterii nivelului de inechitate, îmbunătățirea serviciilor și a ajutorului social ar fi o garanție.

VI. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

Acest Studiu a avut ca scop estimarea gradului de inechitate în sănătatea mamei și copilului și a indicatorilor nutriționali, propunându-și să fie mai mult decât o prezentare statistică și să prezinte cifrele gradului de inechitate. În mare parte, au fost disponibile doar datele pentru 2005 deoarece doar SDS 2005 include, atât date dezagregate privind SSE, cât și date privind SMC, iar rezultatele sale puteau fi ușor accesate. Acest fapt limitează posibilitatea analizării tendințelor în domeniul echității începând cu 2005, dar permite crearea unei baze pentru analiză ulterioară.

Acest Studiu este conceput drept un document de lucru pentru factorii de decizie și managerii din domeniul sănătății și le poate servi în procesul de planificare, alocare și monitorizare echitabilă a resurselor din domeniul SMC. Analiza are la bază conceptul determinantilor multifactoriali din domeniul sănătății, ținând cont că inegalitățile în sănătate apar și sunt menținute din cauza distribuirii inegale a bunăstării, cunoștințelor, practicilor de viață, angajării în câmpul muncii, accesului la educație, la apă și sisteme sanitare, la producția alimentară și la ajutorul social. Studiul descrie inechitatea mamei și copilului în Moldova prin analizarea a trei tipuri de indicatori: determinanți de grad înalt, determinanți intermediari și determinanți structurali.

Situația generală a sărăciei în Moldova arată că, între o treime și jumătate din populație trăia în sărăcie absolută în 2006, în timp ce datele naționale din 2008 arată că o cincime din populație trăiește sub limita națională a sărăciei. Aceste date clasifică Moldova drept cea mai săracă țară din Europa care doar cu diferențe foarte mici depășește 40 din cele mai sărace țări din lume. Sărăcia este mai răspândită în regiunile rurale unde și rata șomajului este mare. Rata de sărăcie este semnificativ mai mare în familiile cu patru membri comparativ cu familiile cu doi membri. Acest grad de sărăcie demonstrează necesitatea ajutorului social sau financiar începând cu nașterea celui de al treilea copil pentru a ușura povara întreținerii copiilor.

Copii moldoveni reprezintă grupul cel mai vulnerabil din țară și din întreaga regiune ECE/CSI. Rata sărăciei în rândul copiilor este mai mare în gospodăriile din patru membri în comparație cu gospodăriile cu 2 membri. Această acutizare a sărăciei sugerează necesitatea unui ajutor financiar și social la nașterea celui al treilea copil și a copiilor următori pentru a ușura povara întreținerii copilului.

Factorii de decizie de nivel național sau internațional definesc diferit sărăcia în Moldova și acest fapt duce la numărul mare și divers de indicatori ai sărăciei. Estimarea nivelului sărăciei se confruntă cu anumite probleme conceptuale, o parte din indicatori nu sunt descriși detaliat și deci nu pot fi folosiți. Sărăcia în Republica Moldova este analizată din perspectiva gospodăriilor casnice, lăsând la o parte grupuri importante ale societății: copiii și femeile străzii, copiii instituționalizați, deținuți, dar și regiunea Transnistreană, care nu a fost inclusă în nici un studiu reprezentativ la nivel național începând cu 2000. Dacă starea sărăciei acestor persoane ar fi luată în calcul, nivelul național al sărăciei posibil ar fi fost mult mai mare.

În pofida sărăciei răspândite, **indicatorii sănătății mamei și copilului s-au îmbunătățit după declararea independenței în special datorită caracterului prioritar pentru intervențiile la copii de către Guvern și a asistenței acordate de organizațiile internaționale.** Noile reforme includ introducerea modelului de asigurare obligatorie de asistență medicală și se axează pe serviciile medicale primare, cu toate acestea se conține puțină informație privind factorii și contribuitorii direcți ai acestor îmbunătățiri, iar o atare analiză ar fi binevenită. Deoarece în baza altor indicatori ai SMC precum,

handicapul, traumele, nivelul de cunoaștere a practicilor de prevenire și securitate, și anumite boli infecțioase (TB), Moldova se află mult după țările din Europa, unele analize privind factorii de stagnare au fost efectuate sau sunt efectuate cu susținerea din partea UNICEF (*de exemplu Evaluarea serviciilor și îngrijirii în caz de handicap și traume, 2009, Studiul privind dezvoltarea și îngrijirea timpurie 2009, evaluarea efortului de prevenire a transmiterii HIV/SIDA de la mamă la copil, 2009*). Rezultatele și recomandările acestora vor fi folosite pe larg în procesul de luare a deciziilor.

Monitorizarea echității în sănătate în Moldova nu este suficientă. Deși numeroși indicatori ai SMC sunt colectați la nivel național, aceștia nu sunt suficienți pentru efectuarea analizei echității. Modulul sănătății din cadrul sondajului anual reprezentativ la scară națională elaborat de BNS oferă puțină informație referitoare la determinanții statutului sănătății, precum accesul la folosirea serviciilor preventive garantate, sursele pentru acoperirea costurilor sau cheltuielilor medicale mari în serviciile privind SMC. Pe lângă aceasta, rezultatele BNS sunt parțial făcute publice în timp ce raporturile editate ale BNS nu întotdeauna conțin date comparative pentru diferite grupuri (quintile) ale populației.

Deși au fost înregistrate îmbunătățiri în indicatorii de bază (de exemplu, mortalitatea copiilor), la nivel național pot fi evidențiate o serie de inegalități atunci când comparăm diferite grupuri de populație în dependență de locul de reședință, regiune sau quintila de venit. Rata mortalității infantile este diferită de cea națională, fiind mai ridicată în mediul rural și în parte de sud a țării. De asemenea, un grad înalt de inegalitate se observă în rata mortalității copiilor din familiile sărace.

Indicatorul mortalității materne este dificil de analizat deoarece asemenea cazuri sunt rare, iar numărul de decese materne este prea mic pentru a face anumite estimări. În același timp, majoritatea cazurilor de deces înregistrate în 2008 au fost femei din „mediul social vulnerabil”, care ar fi fost posibil de evitat în cazul adresării la timp pentru ajutor medical calificat.

Un grad mare de inechitate a fost observat în ceea ce privește statusul nutrițional și al îmbolnăvirii la copii din Moldova. Un grad semnificativ de inegalitate a fost observat în indicatorul greutate pentru vârstă cu o concentrare în rândul populației sărace. În același timp, analiza indicatorilor morbidității precum diareea, febra și tusea la copii sub vârsta de 5 ani arată o concentrație mare în familiile cu stare materială bună. Acest aspect poate fi explicat că femeile din quintilele sărace nu au raportat toate cazurile.

Analiza determinanților referitori la serviciile medicale relevă existența inegalităților în mai multe direcții. **Inechitatea în vaccinare poate fi observată la copii cu vârstă de până la 6 luni, precum și în cazurile de întârzieri în administrarea vaccinului după Calendarul Național de Vaccinare.** Mai mult decât atât, datele studiului arată că copiii din familiile asigurate din punct de vedere financiar beneficiază mai puțin de vaccinele analizate, deoarece copii de la oraș au legături mai puțin strânse familiale și de rudenie care ar putea influența optarea pentru vaccinare.

În ceea ce privește prima vizită perinatală în primele 12 luni de sarcină, gradul de echitate favorizează femeile cu stare materială bună, iar în ceea ce privește numărul de vizite de 4 sau mai multe pe perioada de graviditate, gradul de inechitate este practic inexistent. În același timp, consumul de pastile de fier și acid folic în timpul sarcinii este în favoarea femeilor cu starea materială bună și depinde de locul de reședință, regiune și de nivelul de educație a femeii. Gradul de inechitate este

mai mare atunci, când analizăm datele privind consumul de pastile de fier în decursul a 90 de zile și mai mult, după practica internațională: doar 14% din femeile din quintile sărace au urmat această practică în comparație cu 19% din femeile din quintilele superioare. Aceste rezultate pun la îndoială echitabilitatea programului de aprovizionare cu fier/acid folic. O alternativă echitabilă și ieftină pentru soluționarea problemei anemiei în Moldova ar fi adăugarea acestor substanțe în făină.

Gradul de acces la serviciile medicale în caz de tuse și/sau febră este mai mare pentru copiii din familiile cu stare familiară bună. În ceea ce privește alimentația, copiii din aceste familii primesc o alimentație mai variată, inclusiv de origine animalieră. **Numărul persoanelor subnutrite a scăzut în ultimii ani,** rămânând totuși mare în quintilele sărace, populația de la oraș și în gospodăriile din trei, patru membri. Acest fapt sugerează necesitatea acordării unui ajutor special familiilor cu 4+ membri pentru a depăși problema subnutriției și a lipsurilor cu care se confruntă.

Cu referire la determinanții de bază în SMC, apar probleme privind disponibilitatea, calitatea și accesibilitatea serviciilor medicale. Raportul numărului de medici la numărul de populație corespunde standardelor europene, însă distribuția acestuia în dependență de regiunea geografică, în special al medicilor de familie, este inegală. Numărul medicilor de familie din capitală și din regiunea de nord a țării este de două ori mai mare decât în mediul rural și acest fapt modifică distribuția, disponibilitatea și calitatea serviciilor medicale în defavoarea populației din mediul rural și al celei din grupurile dezavantajate din punct de vedere economic. În același timp, nu există o legătură între numărul de medici de familie și numărul de vizite efectuate de pacienți pe an, iar motivul acestuia nu este cunoscut.

Introducerea asigurării medicale obligatorii a mărit gradul de protecție a populației de prețurile mari pentru îngrijire medicală prin introducerea pachetului unic de servicii medicale. În același timp, **peste o treime din femeile de vârstă reproductivă nu sunt asigurate, în special femeile din mediul rural** și se confruntă cu un deficit financiar mai mare și mai puțină protecție. Femeile, în general, nu cunosc beneficiile asigurării medicale și a serviciilor medicale asigurate de aceasta.

Cheltuielile suplimentare pentru transport și spitalizare sunt considerate barierele principale în accesarea serviciilor medicale de către femeile din mediul rural, în comparație cu femeile din mediul urban care au servicii medicale calitative în apropiere, sunt mai bine informate privind tipul și volumul serviciilor medicale necesare. Este necesară efectuarea unei analize privind cheltuielile suplimentare suportate de femei și copii în accesarea serviciilor medicale, în special în mediile dezavantajate (conform indicatorului de deprivare SADI). Analiza suplimentară cantitativă a cost-eficienței pachetului actual de servicii asigurate SMC, precum și a fondurilor alocate pentru SMC este realizabilă pentru a arăta dacă este necesară extinderea pachetului de servicii asigurate SMC.

Obiectivul echității în sănătate este stipulat în principalele documente privind politicile în domeniul sănătății și în domeniul social. Cu toate acestea, acțiunile concrete și indicatorii necesari în realizarea acestui obiectiv nu sunt detaliat prezentați. Documentele de bază în politica din domeniul sănătății creează baza necesară pentru a asigura drepturi egale pentru accesarea serviciilor medicale calitative, iar sănătatea mamei și copilului pare să primească o atenție deosebită. Cu toate acestea, în prezent, nu există un program național în domeniul sănătății orientat în direcția SMC și nu sunt stipulate obiective privind echitatea în SMC. Se recomandă pregătirea

specialiștilor, cercetătorilor și a factorilor de decizie din cadrul MS în domeniul elaborării de programe și monitorizării echității în SMC.

Mai mult decât atât, majoritatea programelor naționale din domeniul sănătății sunt mai puțin transparente din punct de vedere al finanțării, fapt care nu ar permite analiza efectelor echității cheltuirii surselor financiare în cadrul unor programe. În acest context, analiza cheltuielilor Companiei Naționale de Asigurări în Medicină pe tipul de servicii (de prevenire, îngrijire primară/specializată, spitalizare) sau medicamente dezagregate pe raioane sau în dependență de vârsta populației ar fi o dovadă. Analiza va reflecta gradul actual al echității a alocațiilor publice pentru serviciile medicale acordate mamelor și copiilor.

Din cauza că problema echității nu este regăsită în planificarea strategică sau în programe este dificil de evaluat gradul în care anumite programe au îmbunătățit sau înrăutățit situația privind statutul de echitate în SMC. În general, programele din domeniul SMC sau domeniul medicinei în Moldova au un caracter general și nu definesc sau nu se adresează în primul rând persoanelor care au nevoie stringentă de ajutor, dar ele mai degrabă încearcă să obțină cât mai ușor fondurile străine sau fondurile interne extrem de limitate.

Ținând cont de concluziile expuse mai sus, propunem următoarele recomandări:

1. **Fortificarea sistemului de monitorizare existent pentru a include monitorizarea inechității în cadrul acestuia**
 - a. Studiile actuale de cercetare a populației (SDS sau MICS) oferă informații importante, cu toate acestea trebuie suplimentate cu date de zi cu zi, colectate pentru a vedea situația din punctul determinantilor intermediari precum accesul la folosirea serviciilor și practicilor de medicinii de familie. Deci, este necesară îmbunătățirea sistemului actual de monitorizare (revizuirea indicatorilor existenți și acordarea de prioritate acelor care sunt mai informativi pentru monitorizarea SMC). Sistemul actual de monitorizare trebuie coordonat și inclus în cadrul instituțiilor de colectare a datelor.
 - b. Elaborarea cercetărilor ulterioare privind SMC (MICS sau SDS) pentru a oferi date reprezentative la nivel de populație privind SMC și pentru a include analiza echității și a tendințelor în această direcție. Probabilitatea este mare că inechitățile sunt în creștere și deci, având date actualizate (și o analiză a echității repetată similară cu studiul dat) acestea vor servi drept bază solidă pentru a susține distribuția echitabilă a resurselor și programelor care vizează grupurile vulnerabile;
 - c. Includerea în analiză a factoriilor determinanți ai SMC precum, SSE, alimentația necorespunzătoare, inechitatea gender, accesul la serviciile sociale, educație și protecție, infrastructură/loc de trai care. Așa o analiză ar putea servi drept bază solidă pentru lupta cu excluderea și vulnerabilitatea copiilor.
2. **Instruirea cercetătorilor, planificatorilor și managerilor în domeniul sănătății pentru elaborarea, analiza, promovarea și folosirea datelor privind echitatea la planificarea și managementul programelor în SMC.** Aceștia trebuie pregătiți să identifice grupurile vulnerabile și să selecteze intervenții utile pentru a reduce inechitățile din cadrul programelor privind SMC;

3. **Continuarea eforturilor pentru îmbunătățirea acoperirii** cu asigurare obligatorie de asistență medicală pentru populație afectată de sărăcie, precum și reducerea plăților directe.
4. **Investigarea și evaluarea prevederilor SMC din punct de vedere al eficienței, cu atenție sporită față de:**
 - a. Sursele financiare necesare femeilor și familiilor cu copii, în special în regiunile dezavantajate (SADI) cu scopul de a identifica gradul real de protecție (sau vulnerabilitate).
 - b. Analiza eficienței pachetului de servicii în SMC pentru a informa ce modificări sunt necesare (anularea medicamentelor puțin eficiente/ieftine, substituirea acestora cu tratamente și servicii de calitate) și dacă grupurile vulnerabile (femei ce îngrijesc copii, familii cu cazuri de HIV, altele) beneficiază de aceste servicii în condițiile economice actuale.
5. **Susținerea acordării ajutorului** persoanelor care au nevoie de acesta (de exemplu **famiile numeroase**) și **crearea sistemelor de oferire a suportului, inclusiv cu implicarea altor sectoare non-guvernamentale, regionale și altele** împreună cu menținerea acoperirii universale cu intervenții eficiente, precum monitorizarea creșterii și consiliere, vaccinare, ajutor CIMC pentru bolile acute.
6. **Îmbunătățirea și extinderea** eforturilor pregătirii părinților pentru a promova practici mai bune de îngrijire a copilului și motivarea părinților pentru a asigura creșterea și dezvoltarea copilului, prin folosirea posibilităților oferite de serviciile post-natale și preșcolare.
7. **Susținerea îmbunătățirii infrastructurii serviciilor medicale** (disponibilitatea echipamentului medical, al apei, încălzirii etc.) care are potențialul de a îmbunătăți calitatea serviciilor și motivarea lucrătorilor medicali în susținerea comunităților rurale și a comunităților îndepărtate.
8. **Regiunile dezavantajate (precum cele estimate folosind indicatorul de deprivare SADI [48]) care suferă cel mai mult de inechitatea disproporțională în accesarea serviciilor SMC.** Comunitățile de romi sunt vulnerabile în ceea ce privește SMC și îngrijire. Se recomandă promovarea eforturilor în domeniul sănătății, asistenței sociale și documentarea în comunitățile de romi pentru a mări și îmbunătăți accesul acestora la serviciile medicale și practicile familiale pentru sănătatea și îngrijirea copiilor.

SURSE DE REFERINȚĂ

1. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. (Theory and Methods). Journal of Epidemiology & Community Health. April 1, 2003.
2. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
3. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. The Milkbank Vol 82, n 1, 2004 .pp 101-124. 2004.
4. Graham H. Whitehead 1990. Mackenbach J, Bakker M (eds). 2002. Reducing Inequalities in Health: A European Perspective. 2004.
5. Tajer D. Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. Am J Public Health. 2003 Dec;93(12):1989-91. Werner D, Sanders D. 1997. Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival. Palo Alto, CA: Healthwrights 2003.
6. Oldenburg B, McGuffog I, Turrell G. Socioeconomic determinants of health in Australia: policy responses and intervention options. Med J Aust. 2000 May 15;172(10):489-92. Ministry of Health of New Zealand. 2000. New Zealand Health Strategy. [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/1c468f0b47a6e7024c2568f000707c03/\\$FILE/ATTYVN M3/nzhdisc.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/1c468f0b47a6e7024c2568f000707c03/$FILE/ATTYVN M3/nzhdisc.pdf) 2000.
7. Children's Institute, University of Cape Town. Available at <http://www.childrencount.ci.org.za/content.asp?PageID=1>.
8. Veega J. Disentangling the Pathways to Health Inequities: The Chilean Health Equity Gauge. 2003.
9. McCoy D. Global Equity Gauge Alliance: Reflections on Early Experiences. J. Health Population and Nutrition. 2003 Sep;21(3):273-287.
10. Hastings TB, Bongololo GT, Ng'ombe J, Makwiza I. Country Health Equity Analysis: Malawi. EQUINET. 2006.
11. Graham H. Understanding Health Inequalities. Open University Press: Buckingham. 2001.
12. Woodward A, Kawachi I. Why reduce health inequalities? Journal of Epidemiology and Community Health. 2000.
13. O'Donnell O, Doorslaer Ev, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. A Guide to Techniques and Their Implementation. The World Bank, Washington, D.C. 2008.
14. Knowles J. Health equity in Viet Nam: A situational analysis focused on maternal and child mortality. Background paper prepared for UNICEF Consultancy on "Equity in Access to Quality Healthcare for Women and Children" (April 8-9, Ha Long City, Vietnam). Draft. February 2008.
15. Government of the Republic of Moldova with the assistance of the UN Agencies in Moldova. First National report to the Millenium Development Goals in the Republic of Moldova. June 2005, 57 pages.
16. Cornea A. Poverty, inequality and policy affecting vulnerable groups in Moldova. IWP-2006-05. Innocenti working paper. Unicef. Innocenti research centre.
17. Web page: <http://www.unicef.org/moldova/ro>.
18. Ministry of Economy, PPMU, Progress report on EGPRSP, may 2004.
19. Moldova Demographic and Health Survey 2005. National Scientific and Practical Center for Preventive Medicine. Ministry of Health and Social Protection. ORC Macro. Calverton, Maryland, USA Chisinau, Moldova. 2006.
20. World Bank. Report No. 35618-MD. MOLDOVA: Poverty Update. June 12, 2006.
21. 2009 Human Development Report, Overcoming Barriers: Human Mobility and Development. Available at http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_EN_Complete.pdf. Accessed October 8th 2009.

22. Cortes R. Remittances and Children's Rights: An Overview of Academic and Policy Literature. UNICEF. 2006.
23. Cuc M. et al. Migration and Remittances in Moldova. 2006. 79 pages.
24. Ratha D, Mohapatra S, Silwal A. Outlook for Remittance Flows 2009-2011: Remittances expected to fall by 7-10 percent in 2009. Migration and Remittances Team Development Prospects Group, World Bank.
25. The Innocenti Social Monitor 2009. UNICEF. P.15-16.
26. Manaresi F. Migration and children left behind in the Republic of Moldova. Thesis paper. 2006. 270 pages.
27. European health for all database (HFA-DB). World Health Organization Regional Office for Europe. [cited on September 14, 2009]; Available at: <http://www.euro.who.int/HFADB>.
28. Sănătatea Publică în Moldova. Ministerul Sănătății. Centrul național de Management în Sănătate. 2009.
29. Scutelnicu O, Soltan V. Macro International (USA) and the World Health Organization (Switzerland). 2009. Moldova Health Impact Evaluation 2008. Calverton, Maryland: Macro.
30. Evaluation of the Health Information System in the Republic of Moldova. MoH RM and Health Metrics Network, 2007, p. 44, 58.
31. Household Budget Survey 2008. National Bureau of Statistics.
32. Web page: <http://www.statcompiler.com/>.
33. UNDP Moldova. Roma in the RM. 2007. 120 pages.
34. Bacci A. et al. The introduction of confidential enquiries into maternal deaths and near-miss case reviews in the WHO European region. Reproductive health matters. November 2007 (vol. 15, issue 30, pages 145-152, doi: 10.1016/s0968-8080(07)30334-0).
35. Adapted from Victora C. et al, Co-coverage of preventive interventions and implications for child-survival strategies: evidence from national survey., Lancet 2005; 366: 1460-66.
36. Government Decision Nr. 523 from May 16, 2006 Regarding the endorsement of the National Immunization Program for 2006-2010.
37. Center for Strategic Studies and Reforms. Moldovan Wheat Market Research. 2004. Available at http://pdc.ceu.hu/archive/00002398/01/0404_Moldovan_Wheat_Market_Research_ENG.pdf.
38. NBS and UNICEF Moldova. Child and family-focused analysis on the impact of financial and economic crisis. Preliminary. 2009.
39. Sănătatea Publică în Moldova. Ministerul Sănătății. Centrul național de Management în Sănătate. 2008.
40. Annual report on health 2008. Ministry of Health.
41. Ciurea D. Dezvoltarea unui Master Plan pentru Infrastructura si Resursele Umane din sistemul de Asistenta Medicala Primara. 2007.
42. Study on Population Health and the Access to Health Care Services. National Bureau of Statistics. 2008.
43. Web page: http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Moldova%20R/Moldova_PRSP_2008-2011.pdf.
44. Web page: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=327071>.
45. Strategia de dezvoltare a statisticii naționale pentru perioada 2008 - 2011. web link: http://www.statistica.md/public/files/despre/legi_hotariri/strategia_BNS_2008_2011_md.pdf . accessed on August 2009.
46. European neighbourhood and partnership Instrument Republic of moldova Country strategy paper 2007-2013.
47. Verme P. WB Working papers series. Social Assistance and Poverty Reduction in Moldova, 2001-2004. An Impact Evaluation. June 2008. 32 pag.
48. Baumann P, Malcoci L, Paglietti L. Moldova: co-operation in regional development. Contract number: cntr 06 7282. Moldova Regional Livelihoods Study. 2009. 108 pages.

ANEXE

Anexa 1. Analiza focus grupurilor

Scopul cercetării a constat în studierea gradului de echitate în sănătatea mamelor și copiilor din familii vulnerabile în Republica Moldova în vederea elaborării unor recomandări practice pentru reducerea inegalităților și sporirea accesului la servicii calitative de sănătate. Pentru atingerea acestui obiectiv au fost studiate următoarele aspecte:

1. Percepțiile mamelor despre starea sănătății copiilor lor și echitatea în sănătate
2. Gradul de asigurare a dreptului mamelor și copiilor la sănătate
3. Accesul și gradul de utilizare de către mame și copii a serviciilor de sănătate primară, de urgență și spitalicească
4. Barierele care conduc la sporirea și persistența inegalității în sănătate a mamelor și copiilor.
5. Gradul de satisfacție a mamelor și copiilor de serviciile medicale accesate
6. Asigurarea obligatorie de asistență medicală și rolul ei în asigurarea echității în sănătate
7. Modalitățile de reducere a inegalităților și de sporire a accesului mamelor și copiilor la servicii calitative de sănătate

În calitate de **obiect al cercetării** au servit: a) mamele care au copii în vârstă de 0-5 ani (din familii vulnerabile); b) mamele care au copii în vârstă de 0-5 ani (din familii înstărite); c) experții în domeniul sănătății mamei și copilului

Selectarea localităților și persoanelor participante la focus grup. În total au fost organizate 6 focus grupuri cu mame care au copii de până la 5 ani și un focus grup cu experți în domeniul sănătății mamei și copilului.

Selectarea localităților. Selectarea localităților a fost efectuată în două etape. La prima etapă, în baza indicatorului de deprivare SADI, au fost selectate trei raioane cu cel mai înalt indicator de deprivare din următoarele zone de dezvoltare: Centru, Nord, Sud. Astfel, din zona Centru a fost selectat raionul Nisporeni, (indicatorul de deprivare - 207), din zona de Sud – raionul Cantemir (indicatorul de deprivare - 257) și din zona de Nord - raionul Sângerei (indicatorul de deprivare - 270). La etapa a doua, în fiecare din raioanele nominalizate mai sus a fost selectată câte o localitate rurală: Biliceni Noi din raionul Sângerei, satul Cârpești din raionul Cantemir și Vulcănești, o localitate de romi din raionul Nisporeni.

În fiecare localitate au fost organizate câte două focus grupuri. Primul focus grup a fost organizat cu femeile care nu sunt angajate în câmpul muncii sau sunt salariate/angajate pe cont propriu în sectorul agrar și dispun de studii medii. Cel de al doilea focus grup a fost organizat cu femeile care sunt angajate în sectorul bugetar sau comercial și au studii medii speciale sau superioare. În total în cadrul discuțiilor în focus grupuri au participat 68 de persoane.

Barierele în asigurarea echității în sănătate a mamelor și copiilor și căile de depășire a acestor bariere în viziunea experților

Pentru a evidenția barierele în asigurarea echității în sănătate a mamelor și copiilor și căile de depășire a barierelor de rând cu focus grupurile cu mamele din diferite regiuni a fost organizat un focus grup cu 8 experți din domeniul sănătății publice. În rezultatul discuției cu experții am constatat următoarele:

- Deși, în domeniul sănătății mamei și copilului au fost făcute multe reforme pozitive în ultimii ani (luarea la evidență a femeilor gravide până la 12 săptămâni, supravegherea copilului în primul an de viață, compensație integrală a medicamentelor pentru gravide și pentru copii până la 5 ani, instruirea cadrelor medicale, îmbunătățirea condițiilor în maternități etc.) continuă să existe bariere în asigurarea echității în sănătate a mamelor și copiilor, mai ales a celor din familii cu nivel de bunăstare scăzut sau din mediul rural.
- Cu referință la mamele cu nivel redus de bunăstare, barierele în asigurarea echității în sănătate constau în situația financiară precară determinată de lipsa unui loc de muncă permanent, salarii mici, lipsa poliței de asigurare medicală, costul mare pentru serviciile de diagnosticare și pentru medicamente etc.
- În cazul mamelor din comunitățile rurale, barierele în asigurarea echității în sănătate constau în următoarele: a) accesul redus la servicii medicale în sate, b) diversitatea mică de servicii, c) lipsa medicilor de familie, d) condițiile proaste din instituțiile medicale rurale, e) numărul redus de vizite a gravidelor la medicul de familie și la obstetrician (la oraș gravidele merg de 6 ori la medicul de familie și de 6 ori la obstetrician, în total 12 vizite, iar la sat beneficiază de numai 6 vizite în total), j) resurse financiare limitate pentru a utiliza serviciile medicale în alte localități (de ex. nu au bani pentru transport), i) condițiile deplorabile în grădinițele și în școlile rurale (nu este încălzire centralizată, nu este apă curgătoare), care au un impact negativ asupra stării sănătății copiilor din mediul rural, k) nivelul redus de educație și de informare a femeilor din sate. Astfel, cu referință la calitatea serviciilor medicale din mediul rural, unul din experți a spus că *„circa 500-600 de femei gravide vin anual la Chișinău, se înregistrează cu viza de reședință la rude și se iau la evidență la medicii de familie și ginecologi din teritoriu pentru a naște în Chișinău, se mai rețin 2-3 săptămâni după naștere în Chișinău, după care pleacă împreună cu copilul la sat”*.
- Experții au menționat că există diferențe mari în echitatea în sănătate la nivelul celor trei regiuni geografice: nord, centru și sud. În viziunea lor, femeile care locuiesc în zona de sud sunt mai defavorizate din punct de vedere al accesului la sănătate decât cele din nord și centru, din următoarele considerente: a) numărul mic de medici în zona de sud (la nord la un medic revin 1400 -1500 de locuitori, iar la sud -5000-7000, b) nivelul de trai la sud este mai scăzut, c) infrastructura (drumuri, școli, case de cultură) este mai slab dezvoltată, d) investițiile în economie sunt mai reduse.
- Cu referință la accesul populației de etnie romă la servicii de sănătate, experții au menționat că în principiu inechitățile care există cu referință la romi sunt provocate de modul lor de viață, de nivelul lor de educație și de atitudinea lor față de sănătate. *”Ei migrează permanent și nu sunt găsiți uneori nici chiar pentru imunizări”*.
- În general experții consideră că asigurarea medicală obligatorie a majorat accesibilitatea tuturor grupurilor de populație la serviciile medicale. Cu toate acestea ei

au concluzionat că în cazul mamelor cu copii de până la 5 ani este necesar de făcut unele rectificări în asigurarea medicală, prin oferirea de resurse suplimentare serviciilor de prevenire și celor curative pentru mame și copii, care, de fapt, sunt cele mai ieftine intervenții medicale.

Anexa 2. Tabele

Tabelul 6 Tabelul: Indicatorii sănătății copiilor, 1990- 2006, Moldova

Țara	Moldova	Croația
Speranța de viață sănătoasă (HALE) la naștere (ani) ambele sexe, 2003	60	67
Rata mortalității persoanelor adulte (probabilitatea decesului între vârsta de 15 – 60 ani la 1000 locuitori) femei, 1990	155	89
Rata mortalității persoanelor adulte (probabilitatea decesului între vârsta de 15 – 60 ani la 1000 locuitori) femei, 2006	151	63
Rata mortalității persoanelor adulte (probabilitatea decesului între vârsta de 15 – 60 ani la 1000 locuitori) bărbați, 1990	285	223
Rata mortalității persoanelor adulte (probabilitatea decesului între vârsta de 15 – 60 ani la 1000 locuitori) bărbați, 2006	325	161
Decese la copii sub 5 ani cauzate de diaree (%), 2000	2	0.3
Decese la copii sub 5 ani cauzate de traume, (%), 2000	13.3	8.5
Decese la copii sub 5 ani cauzate de diaree pneumonie (%), 2000	15.5	1.3
Rata mortalității infantile (la 1000 născuți vii) ambele sexe, 1990	30	10
Rata mortalității infantile (la 1000 născuți vii) ambele sexe, 2006	16	5
Rata mortalității neonatale (la 1000 născuți vii), 2004	12	5
Proporția mortalității materne (la 100 000 născuți vii), 2005	22	7

© World Health Organization

Pentru explicații, consultați ultima versiune a Statisticilor OMS.

Publication available at <http://www.who.int/whosis/>.

Tabelul 7. Procentajul copiilor sub vârsta de 5 ani cu diaree, febră sau tuse cu 2 săptămâni înainte de interviu în baza particularităților de bază (2005)

	Diaree	Febră	Tuse	Nr. de copii
Vârsta (luni)				
Valoarea lui P	.003	.028	.001	
<6	9.49	6.96	5.06	158
6-11	14.81	15.43	14.81	162
12-23	11.95	17.20	14.29	343
24-35	7.72	20.37	20.06	324
36-47	5.28	16.49	19.65	285
48-59	4.25	15.44	13.13	259
Sexul copilului				
Valoarea lui P	.096	.223	.473	
Masculin	7.07	14.63	16.39	793
Feminin	10.16	17.89	14.36	738
Regiune				
Valoarea lui P	.033	.000	.000	
Nord	9.20	15.17	14.02	435
Centru	5.54	13.10	12.09	397
Sud	6.80	12.30	11.65	309
Chișinău	12.34	23.59	23.33	390
Mediul				
Valoarea lui P	.000	.004	.002	
Urban	11.93	19.16	18.43	814
Rural	4.74	12.83	11.99	717
Nivelul educației a mamei				
Valoarea lui P	.000	.000	.121	
Studii primare/fără studii	*	*	*	24
Studii medii	6.83	13.02	13.77	937
Medii speciale	8.55	18.38	14.96	234
Superioare	11.64	22.32	19.64	336
Quintila de venit				
Valoarea lui P	.001	.001	.009	
Cea mai săracă	7.23	11.06	10.64	235
Săracă	2.49	10.79	12.03	241
Medie	7.44	16.50	14.56	309
Stare materială bună	10.45	16.38	16.38	354
Stare materială foarte bună	12.28	22.19	20.15	392
Total	8.56	16.20	15.41	1531

* mai puțin de 25 de cazuri neponderate

Tabelul 8 Procentajul copiilor sub vârsta de 5 ani cu antropometrie anormală în baza particularităților de bază (2005)

	Retard (HAZ <-2)	Sub-greutate (WAZ <-2)	Pierdere în greutate (WHZ <-2)	Nr. total
Vârsta (luni)				
Valoarea lui P	.235	.170	.635	
<6	6.78	0.85	2.54	118
6-11	6.99	2.80	5.59	143
12-23	10.74	4.03	4.03	298
24-35	7.25	3.99	4.71	276
36-47	6.30	5.88	5.04	238
48-59	11.11	6.22	3.11	225
Sexul copilului				
Valoarea lui P	.965	.106	.591	
Masculin	8.51	3.43	4.03	670
Feminin	8.44	5.25	4.46	628
Regiunea				
Valoarea lui P	.018	.003	.867	
Nord	6.35	2.38	3.97	378
Centru	10.98	6.94	5.20	346
Sud	11.15	5.95	4.09	269
Chișinău	5.90	2.30	3.61	305
Mediu				
Valoarea lui P	.093	.005	.772	
Urban	7.19	2.75	4.28	654
Rural	9.78	5.90	4.19	644
Nivelul educației a mamei				
Valoarea lui P	.020	.007	.963	
Studii primare/fără studii	*	*	*	20
Studii medii	9.87	5.72	4.14	821
Studii medii speciale	7.29	2.08	4.17	192
Studii superioare	4.53	1.89	4.53	265
Quintila de venit				
Valoarea lui P	.004	.000	.541	
Cea mai săracă	13.74	8.06	4.27	211
Săracă	9.13	7.31	4.11	219
Medie	10.22	3.65	4.38	274
Stare materială bună	4.98	3.56	5.69	281
Stare materială foarte bună	6.07	0.96	2.88	313
Total	8.5	4.3	4.2	1298

* mai puțin de 25 de cazuri ne ponderate.

Tabelul 9 Procentajul copiilor alăptați cel puțin 6 luni și a celor care au consumat carne, ouă sau pește cu 24 de ore înainte în baza particularităților de bază (2005)

	Alăptați cel puțin 6 luni		Copil care a mâncat carne, ouă sau pește în ziua precedentă interviului	
	%	Nr. total a copiilor cu vârsta 6-59 luni	%	Nr. total a copiilor cu vârsta 6-24 luni
Vârsta (luni)				
Valoarea lui P	.171		.000	
6-11	79.63	162	60.25	161
12-23	73.20	347	82.30	339
24-35	69.18	331	82.76	29
36-47	72.13	287	-	-
48-59	70.77	260	-	-
Sex				
Valoarea lui P	.894		.637	
Masculin	72.16	722	76.47	272
Feminin	72.48	665	74.71	257
Regiunea				
Valoarea lui P	.001		.010	
Nord	71.22	403	74.51	153
Centru	79.89	363	67.12	146
Sud	71.64	275	78.72	94
Chișinău	66.18	346	83.82	136
Mediu				
Valoarea lui P	.000		.004	
Urban	66.30	730	80.56	288
Rural	79.00	657	69.71	241
Nivelul educației a mamei				
Valoarea lui P	.488		.000	
Studii primare/fără studii	*	22	*	8
Studii medii	72.71	850	69.67	333
Studii medii speciale	75.12	217	85.92	71
Studii superioare	69.13	298	86.32	117
Quintila de venit				
Valoarea lui P	.000		.001	
Cea mai săracă	83.49	212	65.52	87
Săracă	78.03	223	78.05	82
Medie	74.65	288	73.79	103
Starea familială bună	69.81	308	68.85	122
Starea familială foarte bună	62.36	356	88.15	135
Total	72.31	1387	75.61	529

*mai puțin de 25 de cazuri ne ponderate.