

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA  
INSTITUȚIA PUBLICĂ UNIVERSITATEA DE STAT DE  
MEDICINA ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”**

Cu titlu de manuscris  
C.Z.U: [614.2+368.9.06] (478)

**ROTARU DOINA-MARIA**

**INFLUENȚA FACTORILOR MEDICO-SOCIALI ASUPRA  
SĂNĂTĂȚII PERSOANELOR NEASIGURATE  
DIN REPUBLICA MOLDOVA**

**331.03 MEDICINĂ SOCIALĂ ȘI MANAGEMENT**

Autoreferatul tezei de doctor în științe medicale

**CHIȘINĂU, 2016**

Teza a fost elaborată la Catedra de medicină socială și management sanitar „Nicolae Testemițanu” a IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova

**Conducător științific: Tintiuc Dumitru**, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, specialitatea 331.03 Medicină socială și management

**Referenți oficiali:**

**Ciocanu Mihail**, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar, IMSP Institutul de Medicină Urgentă

**Ciobanu Mihail**, doctor în științe medicale, conferențiar universitar, IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfântul Arhanghel Mihail”

**Componenta Consiliului științific specializat:**

**Mereuță Ion, președinte**, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

**Grejdeanu Tudor, secretar**, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

**Spinei Larisa**, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

**Moroșanu Mihail**, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

**Nemerenco Ala**, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

**Damașcan Ghenadie**, doctor habilitat în științe medicale

**Miron Oxana**, doctor în științe economice, conferențiar universitar

Susținerea va avea loc la 29 iunie 2016, ora 14:00 în ședința Consiliului științific specializat D 50.331.03-05 din cadrul IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova (bd. Ștefan cel Mare și Sfânt nr.165, Chișinău, MD-2004).

Teza de doctor în științe medicale și autoreferatul pot fi consultate la biblioteca IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova (bd. Ștefan cel Mare și Sfânt nr.165, Chișinău, MD-2004) și pe pagina web a C.N.A.A. [www.cnaa.md](http://www.cnaa.md).

Autoreferatul a fost expediat la 27 mai 2016

**Secretar științific al Consiliului științific specializat,**

**Grejdeanu Tudor,**

doctor habilitat în științe medicale,  
profesor universitar

---

**Conducător științific,**

**Tintiuc Dumitru,**

doctor habilitat în științe medicale,  
profesor universitar

---

**Autor**

**Rotaru Doina-Maria**

---

## REPERE CONCEPTUALE ALE CERCETĂRII

**Actualitatea temei.** Pentru ființa umană sănătatea reprezintă o valoare vitală care ocupă cea mai înaltă treaptă în ierarhia valorilor, precum și în sistemul categoriilor existenței umane, un activ necesar pentru realizarea potențialului său creativ pe parcursul întregii vieți. O națiune sănătoasă este mai capabilă să facă față șocurilor economice, calamităților naturale și altor provocări [1]. Sănătatea este considerată un drept social, la care trebuie să aibă acces toți cetățenii. Ea este una dintre condițiile necesare și esențiale a activității creative a omului în societate. Sănătatea și boala pot fi definite doar prin raportarea lor la ființa umană, privită concomitent ca o entitate biologică, psihică și socială. Un rol important în studiile privind starea de sănătate și determinanții acesteia revine înțelegerii mecanismelor ce stau la baza percepției persoanei asupra stării ei de sănătate, prosperității lui și calității vieții. Trebuie conștientizat faptul, că sănătatea este dependentă de factorii medico-sociali concreți, necesitând amplificarea acțiunii celor ce fortifică sănătatea și diminuând sau eliminând acțiunea celor de risc, de deteriorare a sănătății [2, 3, 4, 5].

**Descrierea situației în domeniul de cercetare și identificarea problemelor de cercetare.** Documentele de politici, strategii și alte acte normative ale Republicii Moldova prevăd fortificarea sistemului de sănătate în vederea realizării depline a dreptului cetățeanului la sănătate, bazat pe principii de echitate și angajamente solidare de finanțare din partea statului și a individului, asigurarea accesului universal și cuprinderea maximă a populației cu servicii de sănătate calitative și competitive prin utilizarea la maximă eficiență a resurselor financiare [1, 6, 7]. Deși, odată cu implementarea începând cu 1 ianuarie 2004 a asigurării obligatorii de asistență medicală (AOAM), a crescut gradul de stabilitate financiară a sistemului și s-a îmbunătățit accesul populației la servicii medicale de bază, o serie de probleme nu au fost încă soluționate: cheltuielile totale efectuate pentru sănătatea fiecărui locuitor sunt mult sub nivelul țărilor vecine; rămâne substanțială (14,4%) cota persoanelor neasigurate aflate în afara sistemului AOAM; factorii cu impact asupra sănătății, inclusiv cei legați de nivelul socioeconomic scăzut, de calitatea, echitatea și accesibilitatea serviciilor medicale influențează rezolvarea eficientă a problemelor de sănătate ale populației.

Cele enunțate argumentează necesitatea realizării un studiu asupra acestui aspect prin prisma evaluării factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor neasigurate și accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul sistemului AOAM pentru elaborarea unui sistem de măsuri, care să coreleze cu noile exigențe ale politicii de sănătate, promovate de organisme internaționale și naționale în vederea sporirii accesului populației Republicii Moldova la servicii medicale oferite în cadrul AOAM.

**Scopul lucrării.** Cercetarea efectuată a avut drept scop explorarea impactului factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor neasigurate și elaborarea unor măsuri în vederea sporirii accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul AOAM.

Pentru realizarea scopului au fost trasate următoarele **obiective:**

1. Analiza evoluției sistemelor de asigurări medicale din diferite țări și din Republica Moldova.
2. Explorarea impactului sistemului AOAM asupra indicatorilor medico-demografici în Republica Moldova.
3. Studiul în dinamică a nivelului de cuprindere a populației Republicii Moldova cu AOAM.
4. Evaluarea comparativă a rezultatelor opiniei persoanelor neasigurate și asigurate referitor la factorii medico-sociali de influență asupra sănătății lor.

5. Elaborarea recomandărilor privind sporirea accesului persoanelor neasigurate la servicii medicale oferite în cadrul AOAM.

**Metodologia cercetării științifice.** Pentru realizarea scopului și obiectivelor cercetării au fost utilizate metode de cercetare contemporane. În cadrul cercetării au fost efectuate 2 studii: a) studiul descriptiv integral al populației asigurate/neasigurate a Republicii Moldova în perioada aa.2004-2015; b) studiul descriptiv selectiv pentru determinarea factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor asigurate și neasigurate pe un eșantion de 1 067 de persoane. Datele primare au fost prelucrate matematico-statistic prin intermediul programelor Statistica 7.0 (Statsoft Inc), EXCEL și SPSS 16.0 (SPSS Inc), cu calcularea medianei, ratelor, indicatorilor de proporție, erorii standard pentru valorile medii, estimarea intervalului de încredere de 95% și a indicelui de corelare.

**Noutatea și originalitatea științifică** rezidă în abordarea în premieră a impactului factorilor medico-sociali de influență asupra stării sănătății persoanelor neasigurate în Republica Moldova. Prin cercetarea efectuată a fost conturat „portretul” persoanelor neasigurate medical. Studiul realizat privitor la starea de sănătate a populației evaluată prin metoda percepției, metodă ce reflectă aprecierea globală pe care persoana o face despre starea sănătății ei, integrând aspectele obiective și subiective, în special cunoștințele sale și experiența sa despre sănătate sau maladie, a permis a o propune drept metodă alternativă de estimare a stării de sănătate a populației. Teza aduce câteva contribuții importante privind ansamblul de măsuri ce necesită a fi implementate întru sporirea accesului persoanelor neasigurate la servicii medicale oferite în cadrul AOAM.

**Problema științifică importantă soluționată în teză** constă în evaluarea impactului factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor neasigurate și fundamentarea științifică a căilor de sporire al accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul AOAM în vederea valorificării lor în politicile și strategiile de sănătate publică și în cadrul normativ aferent.

**Semnificația teoretică a studiului.** Prezenta lucrare se înscrie în cadrul politicilor de sănătate publică și reprezintă prima lucrare de cercetare științifică în domeniul evaluării impactului factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor neasigurate și oferă perspectiva sporirii accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul AOAM. Rezultatele cercetării constituie dovezi științifice și asigură argumente pentru a fi utilizate la elaborarea politicilor și strategiilor în domeniul AOAM.

**Valoarea aplicativă a lucrării** constă în furnizarea argumentelor, dovezilor și materialelor necesare pentru elaborarea, ajustarea și dezvoltarea cadrului normativ cu privire la sporirea accesului persoanelor neasigurate la servicii medicale oferite în cadrul AOAM; iar percepția stării de sănătate, reflectând aprecierea globală pe care persoana o face despre starea sănătății sale, va fi utilizată ca metodă alternativă de evaluare a stării de sănătate.

#### **Rezultatele științifice principale înaintate spre susținere:**

1. Pe parcursul anilor, cele mai multe țări, inclusiv țările-membre ale Uniunii Europene, au modificat propria legislație în domeniul asigurărilor de sănătate. Ulterior, începând cu anii '90, sistemul de asigurare a sănătății a suferit schimbări esențiale în toată lumea ca urmare a nemulțumirilor apărute atât în masa contribuabililor și a utilizatorilor de servicii medicale, a medicilor și instituțiilor medicale, cât și în rândul autorităților politice și administrative. Datele din literatură pun în evidență principalele condiții pe care trebuie să le îndeplinească sistemul de asigurare a sănătății: acoperire generală; accesibilitate promptă; echitate; posibilități de alegere; eficacitate și eficiență; acceptabilitate socială largă; responsabilitatea statului față de sănătatea publică. Inșă, pînă în prezent nu s-a găsit formula unui sistem de asigurare a stării de sănătate

care să răspundă integral acestor criterii, dar se fac mari eforturi de diversificare a furnizorilor de servicii medicale. Reformele demarate urmăresc extinderea obiectivelor pentru a crește gradul de acoperire a populației cu AOAM.

Asigurarea obligatorie de asistență medicală, implementată în Republica Moldova din anul 2004, a reprezentat o reformă fundamentală a modului de organizare și finanțare a sistemului de sănătate. Astfel, s-a consolidat sistemul de sănătate prin creșterea considerabilă a finanțării instituțiilor medicale și s-au creat posibilități de optimizare în utilizarea resurselor și majorare a salariului lucrătorilor medicali. S-a izbutit și asigurarea unei protecții financiare adecvate pentru persoanele încadrate în sistemul de asigurări.

2. Analiza efectuată a demonstrat faptul, că pe parcursul anilor 2003-2015 în evoluția proceselor demografice din Republica Moldova au avut loc schimbări esențiale, care se manifestă prin scăderea continuă a numărului populației, din cauza sporului natural și migratoriu negativ; reducerea numărului și deteriorarea structurii pe vârste a populației; intensificarea procesului de îmbătrânire demografică; micșorarea ponderii grupelor de vârstă tânără și, respectiv, creșterea indicatorilor grupelor de vârstă de peste 60 de ani. În ultimii ani indicatorii morbidității înregistrează unele tendințe de descreștere.

3. În ultimii ani nivelul de asigurare a populației a cunoscut o dinamică ușor ascendentă, însă problema acoperirii populației cu AOAM rămâne a fi una importantă în aspectul accesibilității serviciilor medicale, respectării echității și solidarității economice între diferite pături sociale. Cheltuielile din fondurile AOAM pentru acordarea asistenței medicale persoanelor neasigurate pe parcursul anilor au cunoscut o dinamică pozitivă și s-au majorat de 3,7 ori, iar în raport cu o persoană neasigurată – de 7,4 ori.

4. Factorii medico-sociali, componenți ai determinanților sănătății, identificați în urma cercetărilor efectuate, variind în cadrul diverselor grupuri și niveluri ale societății de astăzi a țării, marcată de o diferențiere socială profundă, influențându-se reciproc, au un impact sinergic asupra sănătății persoanelor neasigurate, ceea ce potențează efectul lor. Percepția stării de sănătate, reflectând aprecierea globală pe care persoana o face despre starea sănătății ei, integrând aspectele obiective și subiective, în special cunoștințele sale și experiența sa despre sănătate sau maladie, devine o metodă alternativă de estimare a stării de sănătate și un indicator relevant important al stării de sănătate a populației.

5. Pentru sporirea accesului persoanelor neasigurate la servicii medicale oferite în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală sunt elaborate recomandări pentru implementare aparte de către: Ministerul Sănătății și CNAM; autoritățile administrației publice locale; Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

**Implementarea rezultatelor științifice.** Rezultatele cercetării au stat la baza elaborării Legilor fondurilor AOAM, Programului unic al AOAM și Normelor metodologice de aplicare a Programului unic, cu modificările și completările ulterioare, Strategiei de dezvoltare instituțională a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, în activitatea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și Agențiilor teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină ș.a.

**Aprobarea rezultatelor științifice.** Rezultatele lucrării au fost prezentate și discutate la: Conferința științifică anuală a colaboratorilor și studenților USMF „Nicolae Testemițanu” (Chișinău, 2012); Congresul specialiștilor din domeniul sănătății publice și managementului sanitar din Republica Moldova (Chișinău, 2013); Conferința Internațională Științifico-Practică «Современная Медицина: Актуальные Вопросы» (Novosibirsk, 2015). Teza a fost examinată și aprobată la ședința Catedrei medicină socială și management sanitar „Nicolae Testemițanu”

(proces verbal nr.3 din 19.02.2015) și la ședința Seminarului științific de profil „Medicină socială și management” (proces verbal nr.3 din 03.06.2015).

**Publicații la tema tezei.** La subiectul tezei au fost publicate 9 lucrări științifice în ediții recenzate, dintre care: 6 articole în reviste din Registrul Național al revistelor de profil (4 în reviste de categoria B și 2 în reviste de categoria C, inclusiv 2 articole de monoautor), 1 articol în materialele la foruri științifice internaționale, 2 teze la foruri științifice internaționale și naționale.

**Volumul și structura tezei.** Teza este elaborată pe 130 de pagini dactilografiate și include: introducere, revista literaturii, metodologia de organizare și rezultatele cercetării, încheiere, concluzii și recomandări practice, bibliografia selectivă cu 105 surse științifice, anexe. Lucrarea este ilustrată cu 14 tabele și 36 de figuri.

**Cuvinte-cheie:** persoane neasigurate, factori medico-sociali, sănătate, chestionar.

## CONȚINUTUL TEZEI

În **Introducere** este argumentată actualitatea și importanța problemei abordate, sunt evidențiate scopul și obiectivele tezei, precum și noutatea științifică – problema științifică importantă soluționată, semnificația teoretică și valoarea aplicativă a lucrării, sunt prezentate aprobarea rezultatelor științifice și sumarul compartimentelor tezei.

În **capitolul 1**, intitulat **Evoluția sistemelor de asigurări medicale și impactul lor asupra indicatorilor medico-demografici**, este prezentată sinteza datelor din literatura de specialitate și din statistica oficială asupra temei abordate. A fost prezentată evoluția sistemelor de asigurări medicale în diferite țări. Fiecare țară dezvoltă și modifică programele de sănătate națională în conformitate cu propriile necesități culturale și resursele disponibile. Asigurarea accesului liber pentru toți la asistența medicală a constituit și constituie principiul de bază al sănătății publice. În secolul XX, practic, în toate țările înalt dezvoltate au fost implementate sisteme de asigurare cu servicii medico-sanitare a tuturor cetățenilor, aceasta având o importanță majoră pentru sănătatea individului și a populației. Fiecare sistem s-a dezvoltat în contextul politic al țării respective și continuă să se dezvolte în baza experienței proprii și celei internaționale. Guvernele de diferite orientări politice, de rînd cu companiile de asigurare medicală, prestatorii de servicii medicale, sunt preocupate de problemele sănătății publice [8, 9, 10]. S-au scos în evidență particularitățile sistemului AOAM în Republica Moldova. De rînd cu asigurările medicale obligatorii implementate în anul 2004, au fost introduse bazele unei economii de piață în domeniul sănătății prin modificarea mecanismului de finanțare și contractare a prestatorilor de servicii. Modelul de AOAM aplicat în Republica Moldova conține elemente inerente sistemelor sociale de asigurări medicale întâlnite și în alte țări și are la bază următoarele principii-cheie: solidaritatea, echitatea în acordarea serviciilor de sănătate, inclusiv pentru persoanele din grupuri social-vulnerabile; accesul universal al populației la servicii de sănătate [11, 12, 13, 14, 15]. A fost elucidat impactul sistemului actual al AOAM asupra indicatorilor medico-demografici în Republica Moldova, caracterizați prin „declin demografic”, dezechilibru în structura pe vârste a populației și o ușoară dinamică de descreștere a indicatorilor morbidității.

În **capitolul 2**, **Materiale și metode de organizare a cercetării**, pentru realizarea scopului și obiectivelor propuse cercetarea noastră a proiectat un studiu de documentare și studii cantitative de tip descriptiv, ce au inclus eșantioane integrale și selective. În cadrul studiilor a fost analizată o gamă largă de aspecte medicale, sociale, economice, demografice, geografice, care au avut menirea să elucideze influența factorilor medico-sociali asupra sănătății persoanelor asigurate și neasigurate din Republica Moldova și gradul de acoperire a populației Republicii Moldova cu AOAM.

Pentru realizarea scopului și obiectivelor cercetării au fost utilizate următoarele metode de cercetare: istorică, analitică, sociologică, matematică, statistică, economică.

Ipoteza cercetării este reprezentată de: 1) esența sănătății publice este starea de sănătate a populației, influențată de factorii medico-sociali; 2) studierea opiniei populației referitor la starea de sănătate este o direcție de perspectivă privind estimarea morbidității populației.

Pentru a evalua opinia persoanelor neasigurate și asigurate referitor la factorii medico-sociali de influență asupra sănătății acestora, ne-am propus efectuarea unui studiu de cercetare, organizat în patru etape principale: etapa I - strategia efectuării cercetării, etapa II - acumularea materialului, etapa III - prelucrarea informației acumulate, etapa IV - analiza și evaluarea rezultatelor [16].

În cadrul cercetării au fost efectuate 2 studii: a) studiul descriptiv integral al populației asigurate/neasigurate a Republicii Moldova în perioada aa.2004-2013; b) studiul descriptiv selectiv pentru determinarea factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor asigurate și neasigurate pe un eșantion de 1 067 de persoane atât din mediul urban, cât și din cel rural. Chestionarul utilizat conține 58 de întrebări. Fiecare răspuns din chestionar a fost codificat, ceea ce a permis procesarea datelor. Studiile au fost efectuate în funcție de: timp – aa.2004-2013; persoană – vîrstă, gen; mediul de reședință – urban, rural. Datele colectate în studiu au fost prelucrate matematico-statistic prin intermediul programelor Statistica 7.0 (Statsoft Inc), EXCEL și SPSS 16.0 (SPSS Inc), cu calcularea medianei, ratelor, indicatorilor de proporție, erorii standard pentru valorile medii și estimarea intervalului de încredere de 95%. Pentru determinarea legăturii dintre factorii medico-sociali de influență și accesibilitatea și calitatea serviciilor medicale a fost utilizat indicatorul de corelație care ne-a permis stabilirea diferitor grade de corelație. Analiza de corelație între variabilele continue s-a efectuat prin determinarea coeficienților de corelație Pearson (cînd variabilele erau aproximativ normal distribuite), respectiv Spearman (în caz că variabilele nu sunt normal distribuite sau sunt de ordine).

În **capitolul 3**, intitulat **Evaluarea dinamicii acoperirii cu asigurări obligatorii de asistență medicală a populației Republicii Moldova** sunt elucidate sursele de finanțare a sistemului AOAM, este prezentată analiza nivelului de acoperire a populației cu AOAM și evaluat volumul de asistență medicală acordată populației în cadrul AOAM.

În anul 2004 în Republica Moldova au fost implementate reforme considerabile în sistemul de sănătate, odată cu crearea sistemului de AOAM. Introducerea AOAM a reprezentat o reformă fundamentală a modului de organizare și finanțare a sistemului de sănătate și a condus la o îmbunătățire considerabilă a performanței acestuia. Acoperirea cu asigurări de asistență medicală nu este un scop în sine, dar mai degrabă reprezintă un mijloc de realizare a scopului sau obiectivului final, acel obiectiv fiind definit în Politica Națională de Sănătate pe anii 2007-2021 [6], care stabilește direcția generală pentru evoluția sistemului sănătății, detalii suplimentare fiind oferite și în Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate pe anii 2008-2017 [7]. Aceste acte normative specifică explicit trei obiective majore ale sistemului de sănătate – ameliorarea continuă a stării sănătății, protecția contra riscului financiar și receptivitatea față de nevoile populației.

Studiul a relevat, că veniturile totale în fondurile AOAM au avut un trend pozitiv și au crescut în anul 2015 față de anul 2004 de 5,3 ori, constituind 5160,1 mln. lei, iar transferurile de la bugetul de stat au crescut, respectiv de circa 3,4 ori, veniturile din primele procentuale achitate din salarii – de 8,8 ori, iar de la realizarea polițelor de asigurare – de 7,0 ori.

Cea mai mare parte (peste 90%) a finanțării structurilor SNSP (instituții medico-sanitare și farmaceutice) provine din fondurile AOAM. Din aceste fonduri circa 94% anual, conform

normativelor, se alocă fondului pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază). Mijloacele financiare acumulate în fondul de bază se utilizează pentru acoperirea cheltuielilor necesare realizării Programului unic al AOAM, care include: asistența medicală urgentă prespitalicească (AMU); asistența medicală primară (AMP); asistența medicală specializată de ambulatoriu (AMSA); asistența medicală spitalicească (AMS); servicii medicale de înaltă performanță (SIP); îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu (IMD). Serviciile medicale achitate de CNAM din fondul de bază corespund spectrului și volumului stipulat în Programul unic al AOAM, aprobat prin hotărâre de guvern. Achitarea se face pentru serviciile real îndeplinite în limita prevederilor contractuale.

Evaluarea repartizării fondului de bază pe tipuri de asistență medicală, conform celor planificate în legile anuale ale fondurilor AOAM, evidențiază în anul 2015 o creștere, comparativ cu anul 2004, a cheltuielilor pentru acordarea: asistenței medicale de urgență populației de 3,7 ori, asistenței medicale primare – de 6,3 ori, asistenței medicale specializate de ambulator – de 8,3 ori, asistenței medicale spitalicești – de 4,0 ori. Analiza structurii repartizării fondului de bază după tipuri de asistență medicală în cadrul AOAM pentru anii 2004-2015 a constatat, că cheltuielile pentru asistența medicală spitalicească dețin cea mai mare pondere – variind, în medie, de la 59,7% în anul 2004 pînă la 48,7% în anul 2015, iar asistența medicală primară – variind, în medie, de la 25,1% în anul 2004 pînă la 32,2% în anul 2015. Asistența medicală urgentă prespitalicească a fost finanțată la o cotă destul de uniformă pe parcursul anilor 2004-2015, variind, în medie, de la 10,9% în anul 2004 pînă la 8,3% în anul 2015, iar cota de finanțare a asistenței medicale specializate de ambulator a variat, în medie, de la 4,3% în anul 2004 pînă la 7,3% în anul 2015.

Nivelul de asigurare medicală a populației în ultimii ani a cunoscut o dinamică ascendentă și a constituit 85,6% în anul 2015, comparativ cu 63% în anul 2004 sau o creștere de 1,4 ori (Figura 1). Dar în anul 2009 se observă o descreștere a gradului de acoperire a populației cu asigurări, fapt cauzat de criza economico-financiară, ce s-a început în ultimul trimestru al anului 2008 și a continuat pe parcursul anului 2009, condiționînd, pe de o parte, diminuarea puterii de cumpărare a populației, iar pe de altă parte, micșorarea numărului de persoane angajate. Ulterior, odată cu redresarea situației economico-financiare, începînd cu anul 2010, gradul de acoperire cu asigurări a fost în creștere.

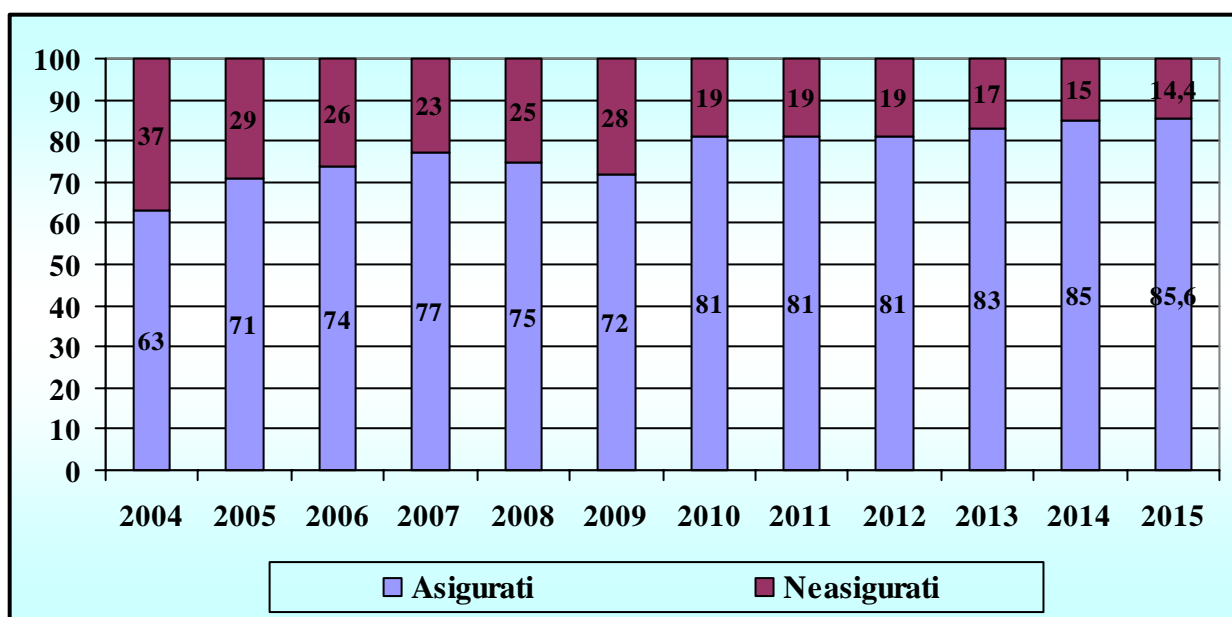


Fig.1. Gradul de acoperire a populației Republicii Moldova cu asigurări (%), anii 2004-2015.



Analiza efectuată denotă faptul, că între anul 2004 atunci, când a fost implementat sistemul AOAM, și anul 2015, veniturile fondurilor AOAM au crescut de 5,3 ori, dar rata persoanelor neasigurate s-a micșorat numai de 2,6 ori (Tabelul 1). Prioritatea *de facto* a constat în creșterea finanțării instituțiilor medico-sanitare încadrate în sistemul AOAM, majorarea salariilor lucrătorilor medicali și asigurarea unei protecții financiare adecvate pentru persoanele asigurate, dar nu extinderea acoperirii cu asigurări obligatorii de sănătate.

Tabelul 1. Evoluția veniturilor fondurilor AOAM și a cotei persoanelor neasigurate, anii 2004-2015

Anii											
2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Venituri FAOAM, mil. lei, total</b>											
976,9	1 281,7	1 559,0	2 036,4	2 688,7	2 878,9	3 424,4	3 636,6	3 870,0	4 161,0	4 654,5	5 160,1
<b>Persoane neasigurate (%)</b>											
37,0	29,0	26,0	23,0	25,0	28,0	19,0	19,0	19,0	17,0	15,0	14,4

Ținând cont de faptul că persoanele neasigurate aveau un acces redus la servicii medicale gratuite, iar starea lor materială nu le permitea deseori să achite unele servicii de bază [17], prin Legea pentru modificarea, completarea și abrogarea unor acte legislative, nr.577-XV din 26.12.2003, s-a decis ca asistența medicală la etapa prespitalicească, în caz de urgențe medico-chirurgicale majore, ce pun în pericol viața persoanei, și asistența medicală primară acordată de către medicul de familie, care prevede examenul clinic (subiectiv și obiectiv), cu recomandarea investigațiilor și tratamentului persoanelor neasigurate, se realizează din fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală [18]. Concomitent a fost abrogată Legea nr.267-XIV din 03.02.1999 privind minimumul de asistență medicală gratuită, garantată de stat. Astfel, prin acest pas curajos, s-a renunțat la garanțiile statului neacoperite financiar și s-a decis punerea accentului pe un pachet de servicii medicale garantat financiar de fondurile de asigurări medicale obligatorii. În urma coordonării cu experții Organizației Mondiale a Sănătății, a fost adoptată Legea nr.108-XVIII din 17.12.2009 pentru modificarea și completarea unor acte legislative, prin care persoanelor neasigurate li s-a oferit posibilitatea de a beneficia de asistență medicală urgentă prespitalicească, asistență medicală primară, asistență medicală specializată de ambulator (în cazul tuberculozei și HIV/SIDA) și spitalicească în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice [19]. Cheltuielile din fondurile AOAM pentru acordarea asistenței medicale persoanelor neasigurate pe parcursul anilor au cunoscut o dinamică pozitivă și s-au majorat de 3,7 ori, iar în raport cu o persoană neasigurată – de 7,4 ori. În acest caz există totuși anumite riscuri: descurajarea persoanelor neasigurate de a achita prima de asigurare, având un pachet, fie și neintegral, de servicii acoperite; riscul de acoperire financiară a asistenței medicale în caz de creștere rapidă a volumului de servicii prestate (investigații de laborator, medicamente compensate). Pentru toate celelalte servicii urmează a fi achitate plăți directe în numerar.

Astfel, odată cu creșterea alocațiilor din fondurile AOAM pentru toate tipurile de asistență medicală, a crescut volumul de servicii medicale prestate populației.

Rezultatele evaluării denotă faptul, că pe parcursul anilor 2004-2015 s-a evidențiat o dinamică pozitivă a numărului de solicitări deservite de serviciul asistență medicală urgentă prespitalicească (creștere de 3,4 ori). Pentru persoanele neasigurate în anul 2015 au fost prestate 171 171 solicitări, ținând cont de acoperirea întregului volum de servicii medicale, comparativ cu 40 204 solicitări în anul 2004, când persoanelor neasigurate li se acordau servicii medicale doar în cazul urgențelor medico-chirurgicale majore.

Asistența medicală primară a fost acordată de medicul de familie în comun cu echipa sa în cazul maladiilor și stărilor prevăzute în Programul unic al AOAM. Pe parcursul anului 2015 persoanele asigurate și neasigurate la medicii de familie au efectuat 10,1 mln. vizite, comparativ cu 8,8 mln. vizite în anul 2004. Ponderea vizitelor efectuate de către persoanele asigurate din numărul total de vizite la medicii de familie a constituit 94,1%, comparativ cu 94,4 % în anul 2009. Cauza diminuării numărului de vizite la medicul de familie se explică prin adresarea unei părți a populației nemijlocit la serviciile asistenței medicale de urgență la etapa prespitalicească și la specialiștii din instituțiile medicale spitalicești, precum și lacunele structurale și de activitate a asistenței medicale primare.

Pe parcursul anilor 2004-2015, asistența medicală specializată de ambulator a fost acordată în scopul stabilirii diagnosticului și tacticii de tratament la trimiterea medicului de familie, altor medici specialiști, la adresarea directă a persoanelor asigurate în caz de urgență și în cazul maladiilor specificate în „Lista afecțiunilor care, după confirmarea ca fiind caz nou, permit prezentarea direct la medicul specialist de profil din asistența medicală specializată de ambulatoriu”. Pe parcursul anului 2015 persoanelor asigurate le-au fost prestate servicii medicale în cadrul a 6,8 mln. vizite consultative, comparativ cu 3,3 mln. vizite în anul 2004. Comparativ cu anul 2004, se observă o dublare a numărului de vizite consultative la medicii specialiști de profil (creștere de 2,1 ori). Aceste date denotă o creștere a accesibilității persoanelor asigurate la servicii medicale specializate.

În conformitate cu prevederile Programului unic al AOAM, asistența medicală spitalicească este acordată persoanelor asigurate în cazurile în care prestarea asistenței medicale nu putea fi efectuată în condiții de ambulator sau starea sănătății pacientului necesita a fi supravegheat în condiții de spital. Evaluările efectuate denotă faptul, că în limitele prevederilor contractuale instituțiile medico-sanitare spitalicești, încadrate în sistemul AOAM, în anul 2015 au realizat 551 232 de cazuri tratate pentru persoanele asigurate, comparativ cu 475 597 de cazuri tratate în anul 2004 sau cu 75 635 cazuri mai mult. Analiza activității instituțiilor medicale spitalicești demonstrează o tendință de creștere a numărului de cazuri tratate în anii 2010-2014 față de anii precedenți. Astfel, dacă în anul 2010 numărul de cazuri tratate în spitale constituia 553,5 mii de cazuri, în anul 2014 acest număr era de 602,5 (creștere de 1,2 ori). Aceasta se datorează și modificărilor operate în Programul unic al AOAM prin care s-a inclus asigurarea accesului persoanelor neasigurate la asistența medicală spitalicească în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice (tuberculoza, psihozele și alte tulburări mentale și de comportament în forme acute, alcoolismul și narcomania, în caz de urgență medicală, afecțiunile oncologice și hematologice maligne confirmate, HIV/SIDA și sifilisul, maladiile infecțioase).

Pe parcursul anului 2011, în cadrul proiectului „Servicii de Sănătate și Asistență Socială” cu suportul financiar al Băncii Mondiale a fost implementat în 9 instituții medico-sanitare sistemul de plată DRG (CASE-MIX). Acest model nou de plată, bazat pe grupuri omogene de diagnostic, prevede finanțarea prestatorilor de servicii medicale spitalicești în dependență de complexitatea cazului tratat prestat, ceea ce duce la sporirea cost-eficienței utilizării mijloacelor financiare ale sistemului de sănătate. Acest mecanism nou de plată a fost extins la nivel național, începând cu anul 2013.

Nivelul de spitalizare a bolnavilor la 100 de locuitori s-a redus de la 16,3 în anul 2004 până la 15,9 în anul 2015, iar la bolnavii asigurați a crescut de la 16,6 până la 21,9, respectiv.

Ponderea bolnavilor tratați asigurați din numărul total de bolnavi externăți a crescut de la 86,2% în anul 2004 până la 91,4% în anul 2015 sau cu 5,2%.

Pe parcursul anilor 2004-2015 se observă o continuă creștere atât a numărului serviciilor medicale de înaltă performanță prestate, cât și a spectrului lor. Astfel, dacă în anul 2004 numărul investigațiilor prestate a fost de 12,4 mii, atunci în anul 2015 numărul lor a crescut de 45,8 ori și a constituit 568,3 mii de servicii. Odată cu creșterea acumulărilor în fondurile AOAM a sporit și ponderea cheltuielilor pentru servicii medicale în condiții de ambulator, inclusiv a celor de înaltă performanță și cost-eficiente, al căror cost este destul de ridicat pentru achitarea individuală din partea persoanelor asigurate.

În scopul perfectării mecanismului de organizare a accesului populației la medicamentele compensate din fondurile AOAM și sporirea transparenței privind selectarea medicamentelor pentru compensare se ține cont de nivelul morbidității prin maladii cronice, nivelul și structura mortalității și invalidității primare înregistrate în republică, impactul economic și social al maladiei asupra sănătății publice. Totodată, la determinarea listei medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală se ține cont de mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală planificate în acest scop și de tendințele de utilizare a surselor financiare pentru perioada de timp respectivă.

Completarea listei medicamentelor compensate și îmbunătățirea mecanismului de prescriere de către medicii de familie a dus la creșterea sumelor alocate pentru compensarea medicamentelor, în baza facturilor instituțiilor farmaceutice, de la 7 403,5 mii de lei în anul 2005 la 279,7 mii de lei în anul 2015. Până în anul 2010 medicamentele compensate din fondurile AOAM au fost prescrise doar persoanelor asigurate. Începând cu anul 2010, de medicamente compensate din fondurile AOAM beneficiază și persoanele neasigurate în cadrul programelor naționale (medicamente antidiabetice, psihotrope și anticonvulsivante).

În **capitolul 4, intitulat Percepția de către populația asigurată/neasigurată din Republica Moldova a factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății** sunt puse în evidență unele considerații privind influența unor factori medico-sociali asupra sănătății persoanelor asigurate și neasigurate, sunt prezentate rezultatele studiului privind opinia persoanelor asigurate și neasigurate vis-a-vis de impactul factorilor medico-sociali care influențează starea de sănătate și este analizată sănătatea persoanelor asigurate și neasigurate concepută prin prisma indicatorilor de morbiditate.

La diferite etape de dezvoltare a societății problemelor de studiere a sănătății întotdeauna li se atribuia o atenție deosebită. Sănătatea este atât o problemă locală, cât și globală, fiind de importanță vitală pentru fiecare persoană, fiecare stat și pentru întreaga omenire. În prezent este întâlnit un număr relativ mare de definiții a conceptului de „sănătate”, care diferă după direcții, structură și conținut. Conform unor autori [20], definiția OMS pune probleme din punctul de vedere al aplicării practice – chiar dacă au devenit disponibile în ultimele trei decenii unele instrumente de măsurare a dimensiunilor pozitive ale sănătății, există posibilități mult mai mari și mai puțin costisitoare de a valorifica informații de morbiditate și pentru fundamentarea politicilor de sănătate. Chiar și în cele mai bogate societăți, aspectele negative ale sănătății vor mai rămâne încă pentru mult timp principalul obiect al intervențiilor din domeniul sănătății. Însă, în același timp, crește importanța definirii, măsurării și influențării sănătății din perspectiva percepției subiective a indivizilor și a capacității funcționale, influențate atât de elemente biologice obiective, cât și de percepții.

În acest context este important de a fi abordată problema factorilor determinanți ai sănătății, care, e binecunoscut faptul că acționează sinergic. Un prim exemplu de fundamentare a unei strategii de sănătate pe un model care să recunoască influența majoră asupra sănătății și a altor factori în afară de serviciile medicale, a apărut în anul 1974 în documentul „O nouă

perspectivă asupra sănătății canadienilor”, cunoscut ca raportul Lalonde (după numele ministrului canadian al sănătății din acea vreme). Modelul conceptual susținut de acest raport de referință a propus clasificarea determinantilor sănătății în patru categorii: comportamente, mediu, biologia umană și îngrijiri de sănătate [20] (Figura 2).

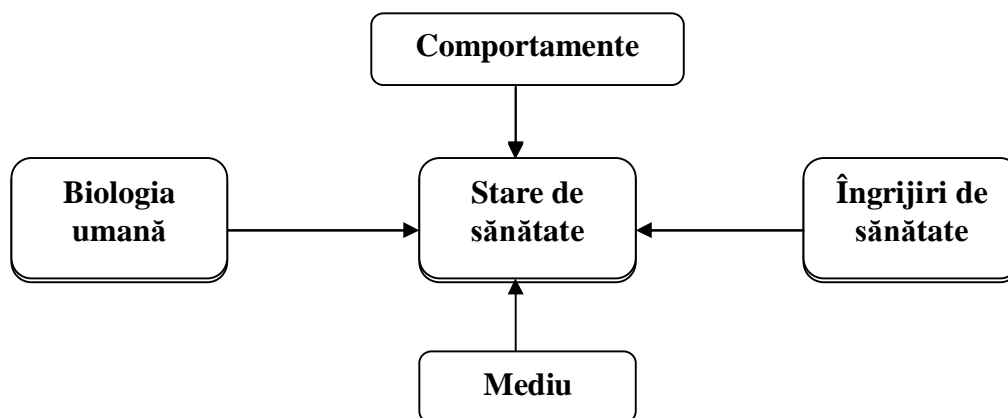


Fig. 2. Modelul celor patru categorii de determinanți ai stării de sănătate.

Factorii determinanți ce influențează starea de sănătate a populației sunt descriși în diferite moduri [21, 22].

După cum menționează unii autori [3], sănătatea este rezultatul unei combinații complexe de factori cu relevanță la nivel individual și la nivel macro-. La nivel individual, starea de sănătate depinde de numeroși factori interrelacionați, precum: moștenirea genetică, poziția socială, opțiunile în ceea ce privește stilul de viață, comportamentele, atitudinile și valorile adoptate cu privire la starea de sănătate.

Multiplele cercetări, precum și experții OMS [23], au identificat factorii determinați ai sănătății și ponderea lor, care influențează sănătatea publică: factorii biologici (ereditate, caracteristici demografice ale populației) – 20%; factorii climato-geografici și ecologici (factori fizici, chimici etc.) – 20%; factorii sociali (comportamentul, atitudinile, obiceiurile, stilul de viață) – 52-53%; eficiența serviciilor de sănătate (preventive, curative, recuperatorii) – 7-8%. Una din principalele sarcini a statului și a sistemului de sănătate constă în elaborarea și realizarea unui complex de măsuri menite să diminueze acțiunea factorilor de risc și să fortifice factorii pozitivi care contribuie la îmbunătățirea sănătății populației.

Vârsta, sexul și caracteristicile ereditare sunt considerate determinanți de bază ai stării de sănătate, însă asupra lor indivizii au control redus [2]. În același timp, după cum menționează unii autori [4], deși moștenirea genetică are un rol important în predispoziția pentru anumite probleme de sănătate, factorii sociali sunt esențiali în păstrarea și îngrijirea sănătății. Poziția socială reprezintă un factor complex care contribuie la starea de sănătate prin componentele sale: vârstă, gen, statut socio-economic (nivel educațional, ocupație, venit). Componentele poziției sociale constituie factori importanți în determinarea stării de sănătate, prin condițiile de viață și de muncă pentru care pot opta oamenii, fie prin oportunitatea alegerii unui stil de viață sănătos și a unor servicii medicale de calitate. Un rol considerabil în sănătatea indivizilor îl joacă rețelele sociale și ale comunităților în care este inclusă și familia [2].

Printre factorii comportamentali cu impactul cel mai puternic asupra stării de sănătate se evidențiază fumatul, consumul de alcool, consumul de droguri, dieta, inactivitatea fizică. Fumatul a luat amploare în Republica Moldova după anul 1990 atât în rândul bărbaților, cât și al femeilor, dar mai ales în rândul tinerilor. În Republica Moldova numărul fumătorilor

înregistrează 27% din populație, ocupînd locul 4 în topul statelor europene cu număr mare de fumători (după Armenia, Belarus și Ucraina). Vîrsta medie a minorilor care încep să fumeze este de 15 ani [24]. Potrivit celor mai recente studii, rata mortalității în rîndul fumătorilor este de 2-3 ori mai mare decît la nefumători în toate grupurile de vîrstă. Fumatul este responsabil pentru 90% din cazurile de cancer pulmonar, 75% din cazurile de bronșită cronică și 25% din cazurile de boli de inimă.

Factorii socio-economici cu un impact deosebit asupra stării de sănătate sunt: nivelul sărăciei, rata șomajului, structura cheltuielilor în gospodărie, excluziunea socială. După cum menționează unii autori [25], venitul reprezintă un factor universal în determinarea inegalităților în sănătate atît la nivel individual, cît și la nivel societal. Acest lucru este evidențiat și de către alți autori [26], care demonstrează că există o strînsă legătură între capitalul educațional, starea de sănătate și resursele economice.

Mediul înconjurător este un factor cu un impact deosebit asupra stării de sănătate, influențînd apariția multor boli, cum ar fi: afecțiunile respiratorii cronice, cardiovasculare, alergice, endocrine, de metabolism și nutriție, bolile psihice și, nu în ultimul rînd, bolile neoplazice. În acest grup de determinanți ai stării de sănătate trebuie să se ia în considerare: calitatea aerului, a apei, a solului, a alimentelor, a locului de muncă, a așezărilor umane și a factorilor fizici, cum ar fi zgomotul și radiațiile. Accesul la o sursă de apă potabilă, la o locuință avînd facilități sanitare, la o încălzire adecvată a locuinței etc. contribuie la starea de sănătate [27]. Desfășurarea muncii într-un mediu toxic sau predispus la accidente de muncă, o muncă solicitantă din punct de vedere fizic sau psihic constituie alți factori determinanți ai stării de sănătate. Schimbările climatice, diminuarea stratului de ozon, pierderea biodiversității și degradarea solului pot afecta, de asemenea, sănătatea umană.

Eminamente, unul din obiectivele esențiale al sistemului național de sănătate publică este considerată a fi asigurarea sănătății populației țării. Deoarece, conform definiției lui Frenk, esența sănătății publice este starea de sănătate a populației, aceasta include și organizarea personalului și a instituțiilor medico-sanitare în vederea furnizării tuturor serviciilor de sănătate necesare pentru promovarea sănătății, prevenirea bolilor, diagnosticarea și tratamentul bolilor și reabilitarea fizică, socială și profesională [28]. În același timp, prezența unor probleme majore cu care încă se confruntă în prezent sistemele de sănătate publică din alte țări [29], precum și din țara noastră, influențează calitatea vieții populației, printre care pot fi enumerate: subfinanțarea și utilizarea inefficientă a resurselor; accesul scăzut și inechitabil la servicii de calitate (inechitați în accesul la servicii există, în primul rînd, între populația din mediul urban și cel rural, categorii relativ mari de persoane nu sunt înscrise pe lista medicilor de familie etc.); managementul deficitar al resurselor umane (comparativ cu țările europene, nivelul asigurării populației cu medici și cadre medii medicale este inferior mediilor europene, distribuția teritorială a personalului medical este neuniformă, pondere inadecvată a personalului auxiliar, concentrarea personalului medical în zonele urbane și în spitale, nivelul scăzut al salariilor etc.); insuficientă atenție acordată serviciilor de promovare a sănătății: (a) resurse umane insuficiente numeric în specialiști de sănătate publică, (b) colaborare dificilă cu instituțiile din domeniu atît la nivel național, cît și local și (c) resurse financiare modeste, repartizate în fiecare program național de sănătate; managementul deficitar al informațiilor; colaborare intersectorială inadecvată etc.

În acest context, se impun acțiuni susținute întru a realiza un nivel ridicat de sănătate și a distribui echitabil serviciile de asistență medicală, iar sistemul sanitar, la rîndul său, trebuie să corespundă așteptărilor populației. OMS, stabilind responsabilitățile guvernelor față de propriile

sisteme sanitare, invocînd asumarea unui rol mult mai activ în promovarea sănătății, a pus accentul pe necesitatea elucidării impactului pe care, sistemele sanitare îl au asupra sănătății.

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

Cea mai frecventă metodă de apreciere subiectivă a stării de sănătate este autoevaluarea. Chestionarele de satisfacție și/sau de evaluare a stării proprii de sănătate sunt destul de frecvent utilizate, de obicei, în complementaritate cu o metodă de apreciere obiectivă a stării de sănătate. Avantajul măsurării subiective a sănătății constă în faptul că la răspunsul subiectiv al pacientului se pot asocia și parametri biologici ai pacientului. Măsurarea subiectivă a sănătății poate fi utilizată pentru: monitorizarea îngrijirii pacientului; îmbunătățirea interrelației dintre medic și pacient; informarea medicilor, pe tot parcursul îngrijirii asupra stării de bine a pacientului; studii clinice pentru evaluarea a două sau mai multe tratamente diferite; evaluarea câștigului în sănătate la diferite grupe de pacienți cînd se evaluează furnizările de servicii cele mai valoroase; monitorizarea stării de sănătate a populației în general [20, 30, 31, 32, 33, 34].

De mai multe decenii ale secolului trecut și pînă în prezent în țara noastră principala metodă de determinare a sănătății populației constă în înregistrarea morbidității în baza adresărilor populației în instituțiile medico-sanitare. Însă estimarea nivelului incidenței populației numai în baza adresărilor devine acum imposibilă, deoarece un procent mare de populație nu se adresează după ajutor medical, chiar și cu maladii grave. Persoana poate simți agravarea sănătății lui, dar nu solicită asistență medicală. De asemenea, există și autotratate, și apel la surse alternative de ajutor. Estimarea volumului și calității unor astfel de practici este dificilă [33].

Statisticile curente ale morbidității totale dețin informații din abundență, însă cu fiabilitate redusă și capabilități analitice slabe. Înregistrările generale anuale ale datelor privind cauzele adresărilor după consultații medicale, adoptate ca o sursă de studiu a morbidității, a pierdut în prezent relevanța. Această metodă slab informativă este menținută doar de tradiții. Acest lucru ridică bine întemeiata îndoială în posibilitatea nivelului estimat al incidenței calculate conform adresărilor, de a juca rolul de instrument de evaluare rapidă a situației referitor la sănătatea populației într-un anumit teritoriu administrativ.

O direcție promițătoare de estimare a incidenței în prezent constă în utilizarea diferitor metode de cercetări sociologice. În țările dezvoltate economic, datele cu privire la starea de sănătate a populației, obținute în baza sondajelor sociologice, au devenit foarte solicitate.

Starea sănătății percepute reflectă percepția generală pe care persoanele o au despre sănătatea lor fizică și psihică. Mai multe țări OCDE realizează chestionare de sănătate, ce permit respondenților să evalueze diferite aspecte ale stării lor de sănătate. În pofida caracterului subiectiv al întrebărilor din chestionare, indicatorii de percepție a stării de sănătate permit, în general, a se face prognoze corecte privind evoluția morbidității și a necesarului de servicii medicale. Percepția sau autoevaluarea stării de sănătate constituie un indicator important al stării de sănătate. Ea reflectă aprecierea globală pe care persoana o face despre starea sănătății ei, integrînd aspectele obiective și subiective, în special cunoștințele sale și experiența sa despre sănătate sau maladie.

Valoarea deosebită a evaluărilor sociologice a sănătății populației constă în abilitatea de a analiza un număr mare de date referitor la patologie, cu care, din diverse motive, nu se adresează după ajutor medical. Chestionarea, ca metodă de bază în cercetările sociologice, face posibilă

obținerea de informații în mod rapid și cost-eficient. Informația subiectivă în procesul de acumulare devine o caracteristică populațională obiectivă.

În ultimele decenii, în Europa, mai ales în țările Europei Centrale și de Est, considerabil a sporit accesibilitatea și calitatea rezultatelor chestionării referitor la starea sănătății populației. În prezent, chestionarea este recunoscută ca o metodă cu drept deplin de monitorizare a sănătății populației, de rînd cu înregistrarea.

În acest context, am efectuat un studiu asupra percepției populației referitor la schimbările prin care trece sistemul de sănătate din Republica Moldova, cu accent pe factorii medico-sociali ce influențează starea sănătății și pe acces și calitatea serviciilor medicale.

Am utilizat ca instrument de lucru un chestionar, care vizează problemele de sănătate majore cu care se confruntă populația, modalitățile prin care sistemul de sănătate răspunde acestor probleme, gradul de cunoaștere a noilor structuri și mecanisme implicate odată cu implementarea AOAM în Republica Moldova, gradul de acoperire cu asigurări și servicii de sănătate, barierele în accesul la serviciile medicale.

Au fost realizate analize separate referitoare la principalele niveluri de asistență medicală, inclusiv asistența medicală urgentă prespitalicească, asistența medicală primară, asistența specializată de ambulator și asistența medicală spitalicească, evaluînd și analizînd percepția populației față de o serie de aspecte specifice fiecărui tip de asistență în parte, precum: calitatea serviciilor oferite, timpul de așteptare, atitudinea personalului medical, conlucrarea între niveluri de asistență medicală, costurile implicate de asistență medicală.

Colectarea datelor a fost realizată prin metoda anchetării a 1 067 de persoane asigurate/neasigurate din 3 zone geografice ale Republicii Moldova atît din mediul urban, cît și din cel rural.

Eșantionul respondenților (1 067 de persoane) a fost constituit din: 760 de persoane asigurate (71,2±1,64%) și 307 de persoane neasigurate (28,8±2,58%) ( $t=13,8459$ ,  $p<0,001$ ); după mediul de reședință – 533 de persoane din mediul urban (49,95±2,17%) și 534 de persoane din mediul rural sau 50,05±2,16% ( $t=0,0327$ ,  $p>0,05$ ).

Persoanele neasigurate în proporție de 37,1±2,09% provin din mediul rural, comparativ cu 20,5±1,75% a celor din mediul urban ( $t=6,0909$ ,  $p<0,001$ ). În cea mai mare parte aceasta se datorează faptului că populația rurală, de regulă, practică activități agricole pe cont propriu (87,5%), dar și dispune de posibilități financiare reduse pentru procurarea poliței de asigurare medicală obligatorie, ceea ce limitează accesul la serviciile medicale oferite în cadrul sistemului AOAM.

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

Conform studiului, ponderea femeilor care au poliță medicală este mai înaltă (74,9±1,33%) decât a bărbaților (63,1±1,48%) ( $t=5,9416$ ,  $p<0,001$ ), fapt explicat prin încadrarea mai frecventă a femeilor, oficial, în câmpul muncii, unde beneficiază de pachetul social. De asemenea, este important rolul statului prin includerea femeilor gravide, a parturientelor și a lăuzelor în lista persoanelor care beneficiază de asigurare medicală din partea Guvernului. Cota femeilor deținătoare de poliță de asigurare medicală în mediul urban constituie 82,2±1,66%, comparativ cu 67,1±2,03% - în mediul rural ( $t=5,7572$ ,  $p<0,001$ ) sau cu 15,1% mai mult.

În același timp, constatăm ponderea bărbaților neasigurați (36,9%) atât în mediul urban (27,1±1,93%), cât și în mediul rural (45,3±2,15%) ( $t=6,2996$ ,  $p<0,001$ ), fiind mai înaltă decât a femeilor.

În rândul respondenților cu studii superioare se atestă cele mai înalte cote ale celor ce dețin polița de asigurare medicală: 85,8% total persoane asigurate, dintre care 87,0±1,46% sunt din mediul urban și 82,4±1,65% - din mediul rural ( $t=2,0914$ ,  $p<0,05$ ). În același timp, respondenții fără studii (30,8±1,99%) și cu studii medii (29,7±1,98%) reprezintă segmentul cel mai slab acoperit de asigurări medicale, ceea ce s-ar explica prin activitatea acestora în sectorul neoficial al economiei, unde angajatorii nu le oferă pachetul social. Dacă cota acestora în mediul urban o constituie 15,8±1,58%, atunci în mediul rural - 37,0±2,09% ( $t=8,0935$ ,  $p<0,001$ ).

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

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

Persoanele care locuiesc în locuințe de cazare temporară alcătuiesc cota cea mai mare din rândul celor neasigurați: 47,6% - total neasigurați (36,1±2,08% persoane neasigurate din mediul urban și 63,0±2,09% persoane neasigurate din mediul rural) ( $t=9,1236$ ,  $p<0,001$ ), comparativ cu cei care au locuință în chirie (39,8%), locuință proprie (26,5%), deținătorii de locuințe de serviciu (25,0%) și sociale (23,1%).

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

În urma analizei de corelație dintre nivelul bunăstării și percepția stării de sănătate a fost stabilită o legătură directă și puternică ( $r_{xy} = +0,76$ ,  $m_r=0,01$ ,  $t_r=76,00$ ,  $p<0,001$ ).

În rezultatul analizei chestionarelor, s-a constatat că în lotul persoanelor mulțumite de nivelul de trai se atestă cea mai mică cotă (16,5%) a celor neasigurate, variind de la 15,0±1,55% în mediul urban până la 18,3±1,67% în mediul rural ( $t=1,4483$ ,  $p>0,05$ ) (Figura 4.9).

Astfel, factorii socio-economici, în complexitatea interacțiunilor lor sinergice, influențează direct statutul persoanei și accesul la serviciile oferite în cadrul sistemului AOAM, care la rândul lor contribuie la starea de sănătate.

Studiul efectuat a reliefat că printre principalele cauze de neprocurare a poliței de asigurare medicală pot fi enumerate: lipsa unui loc de muncă indicată de către 45,0±2,15% persoane neasigurate din mediul urban și 45,5±2,15% persoane neasigurate din mediul rural ( $t=0,1607$ ,  $p>0,05$ ); costul mare al poliței de asigurare medicală, invocat de 22,0±1,79% persoane neasigurate din mediul urban și 26,3±1,91% - din mediul rural ( $t=1,6430$ ,  $p>0,05$ ); activitatea neoficială practică de 18,3±1,67% persoane neasigurate din mediul urban și 19,7±1,72% - din mediul rural ( $t=0,5829$ ,  $p>0,05$ ); 12,8±1,45% persoane neasigurate din mediul



urban și  $7,6 \pm 1,15\%$  persoane neasigurate din mediul rural consideră că nu au nevoie ( $t=2,8163$ ,  $p<0,01$ ), deoarece, oricum, plătesc medicului, chiar și în cazul prezenței poliției; activitatea temporară peste hotarele țării, indicată de  $8,3 \pm 1,19\%$  persoane neasigurate din mediul urban și  $10,6 \pm 1,33\%$  persoane neasigurate din mediul rural ( $t=1,2852$ ,  $p>0,05$ );  $3,7 \pm 0,82\%$  persoane neasigurate din mediul urban și  $2,5 \pm 0,68\%$  - din mediul rural preferă obținerea serviciilor medicale contra plată ( $t=1,1314$ ,  $p>0,05$ ).

Percepția stării de sănătate este unul din indicatorii recomandați la nivel internațional în contextul analizei asupra stării de sănătate a populației. Este relevant faptul influenței factorilor socio-culturali asupra nivelului de percepere a stării de sănătate. Astfel, conform datelor studiului, starea sănătății în limitele "satisfăcătoare – foarte bună" este apreciată de către  $71,7 \pm 1,38\%$  persoane asigurate și de către  $80,1 \pm 1,22\%$  persoane neasigurate ( $t=4,5585$ ,  $p<0,001$ ), incluse în lotul total de studiu; din mediul urban, respectiv, de către  $76,4 \pm 1,84\%$  persoane asigurate și  $87,2 \pm 1,45\%$  persoane neasigurate ( $t=4,6165$ ,  $p<0,001$ ), iar din mediul rural – respectiv,  $66,0 \pm 2,05\%$  și  $76,3 \pm 1,84\%$  ( $t=3,7371$ ,  $p<0,001$ ), ceea ce arată că persoanele asigurate sunt mai exigente și mai precaute vis-a-vis de starea de sănătate, avînd grijă de a dispune de asigurare medicală în eventuala necesitate. Aceasta o confirmă și aprecierea stării de sănătate cu calificativele "rea" și "foarte rea" de către  $10,1 \pm 0,92\%$  persoane neasigurate din lotul de studiu, comparativ cu  $17,6 \pm 1,17\%$  de către persoanele asigurate ( $t=5,0449$ ,  $p<0,001$ ); din mediul urban – respectiv  $7,3 \pm 1,13\%$  și  $14,9 \pm 1,54\%$  și din mediul rural –  $11,6 \pm 1,39\%$  și  $20,9 \pm 1,76\%$ , respectiv ( $t=2,4076$ ,  $p<0,05$ ;  $t=2,5643$ ,  $p<0,05$ ) (Figura 3).

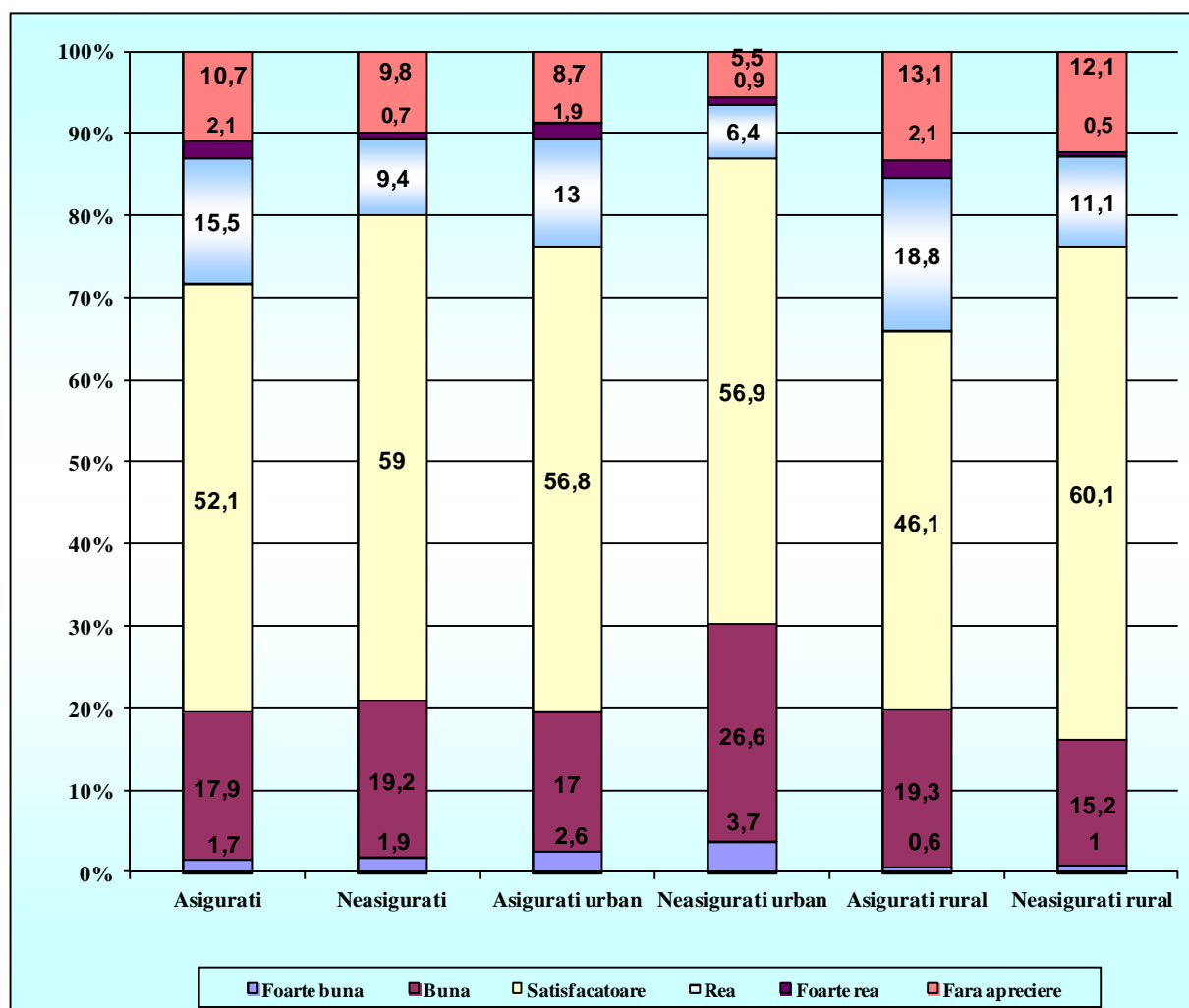


Fig.3. Perceperea stării sănătății la moment de către persoanele asigurate/neasigurate, %.

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

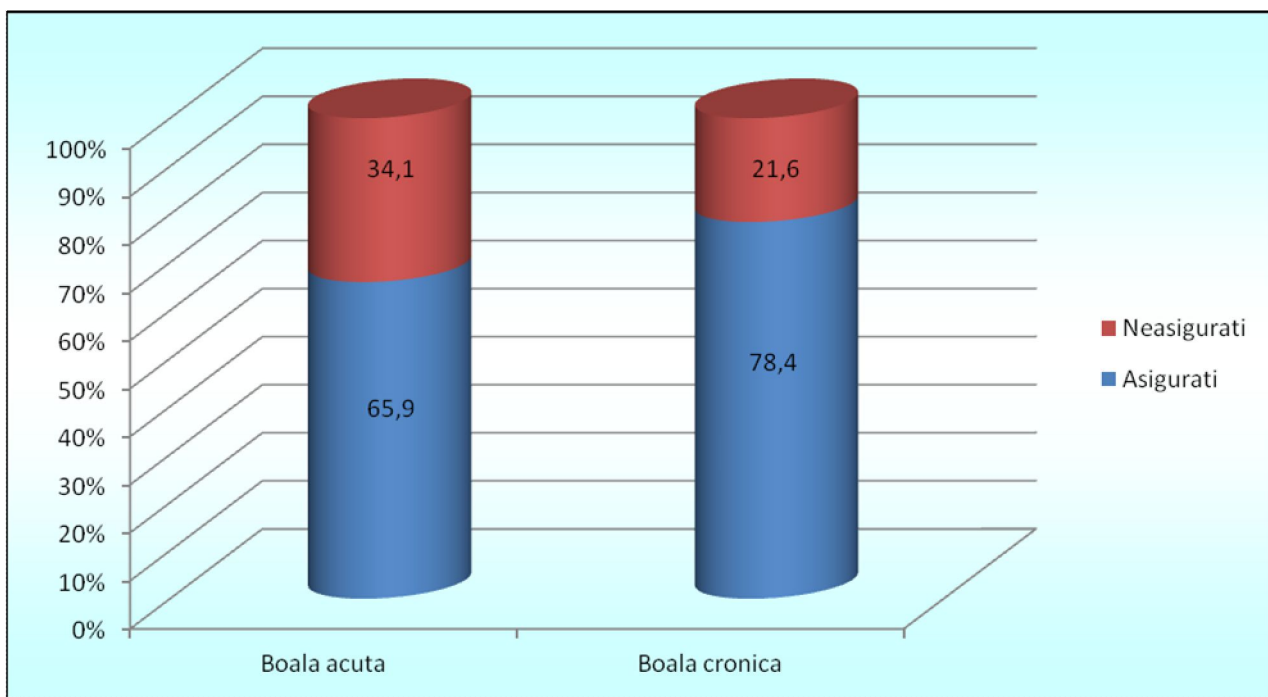


Fig.4. Ponderea persoanelor asigurate/neasigurate cu maladii acute și cronice, %.

Confirmarea concluziei expuse mai sus este argumentată și prin datele privind zilele nelucrătoare pe parcursul ultimului an. Astfel, persoanelor asigurate li s-a întâmplat să nu muncească din cauza bolilor de 1,5 ori mai puțin decât persoanelor neasigurate.

În cazul unor probleme de sănătate, în funcție de disponibilitatea asigurării medicale, constatăm că persoanele asigurate apelează preponderent la serviciile de spital (90,0±1,09%), ale medicului de familie (74,4±1,58%), ale medicului specialist (74,3±1,57%), ale ambulanței (73,8±1,59%), farmaciei (62,5±1,76%), iar în 65,2±1,73% cazuri nu se adresează nimănui, pe când persoanele neasigurate în aceste situații preponderent apelează în 47,1±2,85% la centrele medicale private, la serviciile asistentei medicale – 40,7±2,80% cazuri, la farmacie – 37,5±2,76%, la ambulanță – 26,2±2,51% cazuri, la medicul specialist – 25,7±2,49%, la medicul de familie – 25,6±2,48%, iar în 34,8±2,72% cazuri nu se adresează la nimeni.

Persoanele asigurate din mediul urban, în caz de boală, mai frecvent apelează la serviciile spitalicești (95,1±0,94%), ale medicului de familie (83,2±1,62%) și în 77,9±1,79% cazuri la serviciile AMU, comparativ cu cele neasigurate, care în 30,1±1,98% apelează la farmacie, în 30,0±1,98% - la serviciile medicale oferite de centrele private și 25,0±1,75% cazuri – la asistenta medicală sau nu apelează la nimeni ( $p<0,001$ ).

Persoanele asigurate din mediul rural, în caz de boală, se adresează, de obicei, la serviciile spitalicești (85,7±1,51%) ( $t=5,2802$ ,  $p<0,001$ ), ambulanței (69,3±1,75%) ( $t=3,2019$ ,  $p<0,01$ ), medicului specialist (68,4±1,55%) și în 64,7±2,07% cazuri – la medicul de familie ( $t=7,0431$ ,  $p<0,001$ ), pe când persoanele neasigurate în 71,4±1,96% cazuri apelează la centrele

medicale private, în  $48,3 \pm 2,16\%$  cazuri – la asistenta medicală și în  $46,7 \pm 2,16\%$  cazuri – la farmacie, iar  $45,5 \pm 2,15\%$  din ele nu apelează la nimeni ( $t=7,1757$ ,  $p<0,001$ ).

Studiul efectuat atestă faptul îngrijorător că în caz de boală, practic, fiecare a treia persoană neasigurată ( $34,8\%$ ) nu apelează la nimeni și doar fiecare a patra persoană ( $25,6\%$ ) se adresează la medicul de familie, deși beneficiază de întregul volum de servicii medicale prevăzute în Programul unic al AOAM.

În rezultatul studiului s-a constatat, că cota cea mai mare a celor înscriși la medicul de familie o constituie persoanele asigurate afit din mediul urban ( $80,8 \pm 1,71\%$ ), cât și din cel rural ( $63,3 \pm 2,09\%$ ) ( $t=6,4944$ ,  $p<0,001$ ), urmate de persoanele neasigurate din mediul rural ( $36,7 \pm 2,09\%$ ) și cele neasigurate din mediul urban ( $19,2 \pm 1,71\%$ ) ( $t=6,4944$ ,  $p<0,001$ ).

Infrastructura și structura rețelei instituțiilor medico-sanitare determină nemijlocit accesul populației la anumite tipuri de asistență medicală, influențând posibilitatea utilizării serviciilor de sănătate necesare promovării sănătății, prevenirii, diagnosticării, tratamentului maladiilor și reabilitării. Astfel, interacțiunea cu medicul de familie prezent în localitate influențează pozitiv încadrarea populației în sistemul AOAM, majorând gradul de asigurări de 1,5 ori. La fel de pozitiv (majorare de circa 1,4 ori) este influențată cuprinderea populației cu asigurări obligatorii de asistență medicală și în cazul prezenței cabinetului de familie în localitatea asiguraților. Rezultatele studiului efectuat relevă și faptul, că distanța amplasării cabinetului medicului de familie în localitate, precum și timpul necesar pentru a ajunge la medicul de familie manifestă o corelație relativ directă asupra nivelului de încadrare a populației în AOAM.

Durata așteptării în rând la medicul de familie, fiind o componentă a satisfacției pacientului, influențează percepția asupra nivelului calității serviciilor medicale. Studiul efectuat denotă că majoritatea pacienților au așteptat consultul medicului de familie timp de pînă la 60 min. (relatat de  $83,6 \pm 1,34\%$  persoane asigurate, comparativ cu  $79,3 \pm 2,31\%$  persoane neasigurate ( $t=1,6080$ ,  $p>0,05$ ) sau cu  $4,3\%$  mai mult). În același timp, o durată de așteptare ce depășește 60 min. o relatează  $16,4 \pm 1,34\%$  persoane asigurate, comparativ cu  $20,7 \pm 2,31\%$  persoane neasigurate ( $t=1,6080$ ,  $p>0,05$ ) sau cu  $4,3\%$  mai puțin. Aceeași tendință se constată și în cadrul analizei chestionarelor completate de persoanele asigurate/neasigurate, indiferent de mediul de trai.

Un alt aspect sugerat de date indică la faptul că gradul de acces al populației la serviciile medicale influențează direct luarea deciziei de încadrare în sistemul AOAM. Studiul nostru relevă că majoritatea persoanelor asigurate ( $78,0 \pm 1,50\%$ ) au acces liber la medicul de familie, indiferent de mediul de trai.

Practicile de evitare a serviciilor medicale, în pofida necesităților, sunt destul de răspândite în rândul populației. Astfel, conform studiului, motivul principal pentru care persoanele asigurate, comparativ cu persoanele neasigurate, nu apelează la consultul medicului de familie, este faptul că se adresează direct la medicul specialist ( $78,2 \pm 1,49\%$ ), practică autotratarea sau metode tradiționale de tratament ( $57,1 \pm 1,79\%$ ), sau nu au probleme de sănătate ( $54,2 \pm 1,81\%$ ). În același timp, persoanele neasigurate, comparativ cu cele asigurate, indică lipsa medicamentelor compensate ( $78,6 \pm 2,34\%$ ), lipsa de timp și atitudinea neglijentă ( $72,4 \pm 2,55\%$ ), nu au probleme de sănătate ( $45,8 \pm 2,84\%$ ) ( $t=2,4931$ ,  $p<0,05$ ) și practică autotratarea sau metodele tradiționale ( $42,9 \pm 2,82\%$ ) ( $t=4,2426$ ,  $p<0,001$ ).

Neaccesarea serviciilor medicale necesare populației, în raport cu mediul de trai, este cauzată de mai mulți factori, cei mai importanți fiind: persoanele asigurate din mediul urban, relatează adresarea directă la medicul specialist, urmate de lipsa problemelor de sănătate, lipsa de timp și atitudine neglijentă și practicarea autotratarei/metodelor tradiționale; pe cînd persoanele

asigurate din mediul rural invocă adresarea directă la medicul specialist, practicarea autotratării, a metodelor tradiționale de tratament și lipsa problemelor de sănătate. În rândul persoanelor neasigurate din mediul urban motivele invocate sunt: lipsa medicamentelor compensate, urmate de practicarea autotratării/metodelor tradiționale și lipsa de timp și atitudine neglijentă, comparativ cu cele din mediul rural, care în prim-plan invocă lipsa de timp și atitudine neglijentă, lipsa medicamentelor compensate și lipsa problemelor de sănătate.

Cu referire la accesibilitatea serviciilor medicale, altele decât cele oferite de medicul de familie, persoanele neasigurate, indiferent de mediul de trai, consideră că au acces limitat la astfel de servicii, comparativ cu persoanele asigurate.

Ca rezultat al analizei chestionarelor, constatăm prezența mai multor factori (motive), care în viziunea persoanelor neasigurate condiționează accesarea mai redusă de către ei a serviciilor medicale, altele decât cele oferite de medicul de familie, printre care cele mai relevante sunt: costul majorat al analizelor de laborator ( $58,3 \pm 2,81\%$  cazuri), costul majorat al medicamentelor ( $52,9 \pm 2,85\%$  cazuri), programul medicului ( $50,8 \pm 2,85\%$ ), distanța foarte mare pînă la instituția medicală ( $47,2 \pm 2,85\%$ ), costul scump al transportului ( $47,1 \pm 2,85\%$ ) și timpul lung de așteptare pînă la consult ( $43,0 \pm 2,83\%$ ).

Serviciile medicale oferite de spitale, în viziunea persoanelor asigurate, preponderent din mediul urban, sunt considerate „accesibile” (variind în limitele  $79,2 \pm 1,47\%$  -  $87,0 \pm 1,22\%$ ), iar în viziunea persoanelor neasigurate, preponderent din mediul rural - „mai degrabă inaccesibile” (variind în limitele  $50,8 \pm 2,85\%$  -  $63,6 \pm 2,75\%$ ) și „inaccesibile” (variind în limitele  $43,3 \pm 2,83\%$  -  $62,7 \pm 2,76\%$ ). Acest fapt poate fi explicat prin acoperirea de către FAOAM doar a asistenței medicale spitalicești acordate persoanelor neasigurate în cazul bolilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice.

Unul din compartimentele studiului a avut drept scop aprecierea nivelului de informare a populației referitor la sistemul AOAM, prin prisma respectării drepturilor de acces liber la informare. S-a constatat că  $77,3 \pm 1,52\%$  persoane asigurate sunt informate privitor la sistemul AOAM, comparativ cu  $22,7 \pm 2,39\%$  persoane neasigurate ( $t=19,2745$ ,  $p<0,001$ ), care nu dețin informația nominalizată sau de 3,4 ori mai mult. În același timp, cu referință la mediul de trai, s-a constatat că  $30,9 \pm 2,0\%$  persoane neasigurate din mediul rural, comparativ cu  $17,7 \pm 1,65\%$  persoane neasigurate din mediul urban (sau de 1,7 ori mai mult) nu cunosc despre sistemul AOAM ( $t=5,0868$ ,  $p<0,001$ ).

În urma analizei de corelație dintre nivelul de informare a populației referitor la sistemul AOAM și nivelul de studii a fost stabilită o legătură directă și puternică ( $r_{xy} = +0,79$ ,  $m_r=0,01$ ,  $t_r=79,00$ ,  $p<0,001$ ), iar cu statutul socioeconomic, respectiv, o legătură medie ( $r_{xy} = +0,61$ ,  $m_r=0,02$ ,  $t_r=30,50$ ,  $p<0,001$ ).

În concluzie, se poate de justificat, că influența unor factori medico-sociali asupra sănătății persoanelor neasigurate și asigurate este evidentă, condiționată de accesibilitatea la serviciile medicale oferite în cadrul sistemului AOAM.

Analizînd structura cazurilor noi de boală survenite în populație, s-a constatat o deosebire între cauzele adresărilor la medicii de familie a persoanelor asigurate și a persoanelor neasigurate. Astfel, sănătatea tuturor persoanelor, inclusiv a persoanelor asigurate, precum și a persoanelor neasigurate, este influențată dominant de bolile aparatului respirator și ale aparatului circulator, însă cu o pondere mai mică, respectiv. În același timp, ponderea bolilor aparatului digestiv, osteoarticular, genitourinar, urmate de bolile endocrine este mai mare la persoanele neasigurate în comparație cu cele asigurate (Tabelul 2).

Tabelul 2. Structura incidenței prin cele mai frecvente boli la persoanele asigurate/neasigurate

Nr. d/o	Incidența prin	Total		Persoane asigurate		Persoane neasigurate	
		Locul	%	Locul	%	Locul	%
1.	Bolile aparatului respirator	I	49,09	I	52,21	I	41,62
2.	Bolile aparatului circulator	II	10,41	II	11,14	II	8,67
3.	Bolile aparatului osteoarticular	III	5,63	III	5,06	IV	6,99
4.	Bolile aparatului genitourinar	IV	5,57	IV	5,03	V	6,85
5.	Bolile aparatului digestiv	V	5,53	VI	4,87	III	7,10
6.	Bolile endocrine	VI	5,51	V	4,97	VI	6,83

Concomitent, analizând morbiditatea spitalicească prin cele mai frecvente 5 grupuri de diagnostice, în funcție de diagnosticul principal al pacienților spitalizați pe parcursul anului 2014, s-a constatat o oarecare discrepanță în comparație cu incidența și prevalența populației prin diferite boli [35], și anume:

locul I îl ocupă bolile aparatului respirator (14,1%), ca și în structura incidenței (49,09%), pe când în structura prevalenței, respectiv - bolile aparatului circulator (19,7%);

locul II – bolile aparatului circulator (13,7%), în structura incidenței - bolile aparatului circulator (10,41%), iar în structura prevalenței, respectiv - bolile aparatului respirator (18,8%);

locul III – complicații de sarcină, naștere, lăuzie (11,3%), în structura incidenței – bolile osteoarticular (5,63%), în structura prevalenței, respectiv - bolile aparatului digestiv (12,0%);

locul IV – bolile aparatului digestiv (11,0%), în structura incidenței - bolile aparatului genitourinar (5,57%) ca și în structura prevalenței - bolile aparatului genito-urinar (6,8%);

locul V – leziunile traumatice (6,9%), în structura incidenței - bolile aparatului digestiv (5,53%), în structura prevalenței, respectiv - bolile endocrine (6,7%).

Această distribuție este caracteristică și pentru pacienții asigurați spitalizați.

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

## CONCLUZII GENERALE

1. Din sinteza datelor din literatură am evidențiat faptul, că pînă în prezent nu s-a găsit formula unui sistem de asigurare a stării de sănătate care să răspundă integral principalelor condiții pe care trebuie să le îndeplinească acesta (acoperire generală, accesibilitate promptă, echitate, posibilități de alegere, eficacitate și eficiență, acceptabilitate socială largă, responsabilitatea statului față de sănătatea publică), dar se fac mari eforturi de diversificare a furnizorilor de servicii medicale. Reformele demarate urmăresc extinderea obiectivelor pentru a crește gradul de acoperire a populației cu AOAM.

2. Deși odată cu implementarea AOAM în Republica Moldova, a crescut gradul de stabilitate financiară a sistemului, fondurile AOAM s-au majorat substanțial și s-a îmbunătățit accesul populației la servicii medicale de bază, mai rămîne substanțială cota populației aflate în afara sistemului AOAM, îndeosebi în rîndul persoanelor angajate neoficial, cu venituri mici și preponderent din mediul rural.

3. Analiza efectuată a demonstrat faptul, că pe parcursul anilor 2003-2015 în evoluția proceselor demografice din Republica Moldova au avut loc schimbări esențiale, care se manifestă prin scăderea continuă a numărului populației, din cauza sporului natural și migratoriu negativ; reducerea numărului și deteriorarea structurii pe vârste a populației; intensificarea procesului de îmbătrânire demografică; micșorarea ponderii grupelor de vârstă tânără și, respectiv, creșterea indicatorilor grupelor de vârstă de peste 60 de ani. În ultimii ani indicatorii morbidității înregistrează unele tendințe de descreștere.

4. Studiul efectuat relevă faptul, că deși veniturile totale în fondurile AOAM în anul 2015 au crescut de 5,3 ori comparativ cu anul 2004, cheltuielile din fondurile AOAM pentru acordarea asistenței medicale persoanelor neasigurate s-au majorat de 3,7 ori, numărul populației asigurate medical a cunoscut o creștere de 1,4 ori, problema acoperirii populației în cadrul sistemului AOAM rămâne una importantă în aspectul accesibilității serviciilor medicale, respectării echității și solidarității economice între diferite pături sociale.

5. Ca rezultat al studiului, prin prisma factorilor medico-sociali, s-a evidențiat „portretul” persoanelor neasigurate medical, care: în proporție de 37,1% provin din mediul rural; ponderea cea mai înaltă o dețin bărbații (36,9%); în 93,2% cazuri sunt persoane cu vârstă 21-59 de ani (persoane apte de muncă), cota cea mai înaltă constituind-o cele din mediul rural (63,3%); predomină respondenții fără studii (30,8%) și cu studii medii (29,7%); cei din căsătorii neînregistrate (54,2%); sunt persoane care locuiesc în locuințe de cazare temporară (47,6%), precum și cei care au locuință în chirie (39,8%); cu un nivel redus al bunăstării, ponderea cea mai mare (58,1%) a cărora o constituie cei cu cele mai mici venituri, toate acestea condiționând un acces limitat al acestei categorii de populație la asistență medicală oferită în cadrul sistemului AOAM.

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

7. Studiul efectuat denotă, că sănătatea persoanelor asigurate, precum și a persoanelor neasigurate, este influențată prioritar de bolile aparatului respirator și ale aparatului circulator, însă cu o pondere mai mică la persoanele neasigurate. În același timp, ponderea bolilor aparatului digestiv, osteoarticular, genitourinar, urmate de bolile endocrine este mai mare la persoanele neasigurate, comparativ cu ponderea acestor boli la persoanele asigurate, fapt ce necesită o atenție deosebită în cadrul activităților medicilor de familie.

8. Rezultatele cercetării relevă faptul, că factorii medico-sociali identificați, componenți ai determinantilor sănătății, variind în cadrul diverselor grupuri și niveluri ale societății de astăzi, marcată de o diferențiere socială profundă, influențându-se reciproc, au un impact sinergic asupra stării reale, percepute de sănătate a persoanelor neasigurate, ceea ce potențează efectul lor. În studiul efectuat s-a evidențiat ponderea factorilor care influențează starea de sănătate a persoanelor neasigurate, după cum urmează: factorii sociali – 53,3%, factorii biologici – 21,6%, factorii de mediu – 19,6% și organizarea asistenței medicale – 5,5%.

9. Rezultatele obținute justifică, că percepția stării de sănătate, integrând aspectele obiective și subiective, în special cunoștințele sale și experiența sa despre sănătate sau maladie, devine o metodă alternativă de estimare și indicator important al stării de sănătate a populației.

10. Problema științifică importantă soluționată: dezvăluirea impactului factorilor medico-sociali de influență asupra stării reale, percepute de sănătate a persoanelor neasigurate, fapt ce a permis fundamentarea căilor de sporire al accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul AOAM în vederea valorificării lor în politicile și strategiile de sănătate publică și în cadrul normativ aferent.

### RECOMANDĂRI PRACTICE

Pentru soluționarea problemelor evidențiate în cadrul studiului, sporirii accesului la servicii medicale în cadrul sistemului AOAM și eliminării factorilor medico-sociali de influență negativă asupra sănătății persoanelor neasigurate, propunem următoarele recomandări pentru diferite nivele:

1. Pentru **Ministerul Sănătății de comun acord cu CNAM:**

- implementarea evidenței, monitorizării și analizei indicatorilor medico-demografici pentru persoanele asigurate și neasigurate, separat, întru argumentarea unor politici și strategii în vederea corectitudinii stabilirii pachetului de servicii medicale pentru persoanele neasigurate și acoperirii financiare a acestuia;

- implementarea studierii percepției populației în evaluarea stării de sănătate, de apreciere a calității serviciilor medicale, a satisfacției pacienților, reprezentând o etapă necesară în identificarea problemelor majore de sănătate și a factorilor condiționali, cu întreprinderea acțiunilor ce se impun în acest aspect;

- perfecționarea mecanismelor de plată a contribuțiilor la FAOAM prin elaborarea metodologiei de trecere treptată de la contribuția sub formă de sumă fixă la contribuția calculată sub forma de cotă procentuală raportată la venituri;

- perfecționarea metodelor de achitare diferențiată a primelor de asigurare pentru populația cu ocupație individuală din sectorul agrar.

2. Pentru **autoritățile administrației publice locale** - definirea categoriilor de cheltuieli acoperite de către autoritățile publice locale spre direcționarea lor în scopul achitării primelor de asigurare obligatorie de sănătate pentru persoanele cu venituri mici.

3. Pentru **USMF „Nicolae Testemițanu”** – utilizarea în activitatea didactică a catedrelor respective a:

- rezultatelor studierii percepției populației în evaluarea stării de sănătate;
- rezultatelor cercetării științifice referitor la influența factorilor medico-sociali asupra sănătății persoanelor neasigurate din Republica Moldova.

Complexitatea interacțiunilor factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor neasigurate medical implică dezvoltarea următoarelor **direcții de cercetare:**

- extinderea cercetărilor științifice legate de sănătatea persoanelor neasigurate în vîrsta aptă de muncă;

- efectuarea cercetărilor științifice referitor la sănătatea unor categorii de persoane neasigurate în scopul elaborării unor programe ce țin de asigurarea acestora cu servicii medicale de calitate.

## BIBLIOGRAFIE

1. Legea nr. 295-XVI din 21.12.2007 pentru aprobarea Strategiei naționale de dezvoltare pe anii 2008–2011, publicată în Monitorul Oficial nr.18-20 din 29.01.2008 (p. 60, 63-64 din SND).
2. Vlădescu C., Ciutan M., Mihăilă V. Rolul măsurării mortalității evitabile în aprecierea stării de sănătate a populației. Revista „Management în sănătate”. București, 2010, nr.3 (XIV), p. 5-11.
3. Precupețu I. Evaluări ale protecției sociale și îngrijirii sănătății. București, 2008, p. 137-146.
4. Pop C-E. Starea de sănătate a populației din România în context european. O abordare din perspectiva calității vieții. Revista „Calitatea vieții”. București, 2010, nr. 3-4 (XXI), p. 274-305. <http://www.revistacalitateavietii.ro.pdf> (vizitat 15.03.2015).
5. Paquette J., Leclerc B-S., Bourque S. La santé dans tous ces états: les déterminants sociaux de la santé. CSSS de Bordeaux-Cartierville-Laurent-CAU, Montréal, 2014. 45 p.
6. Hotărârea Guvernului nr.886 din 06.08.2007 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate 2007-2021, publicată în Monitorul Oficial nr.127-130 din 17.08.2007 (p. 33, 58, 61 din PNS).
7. Hotărârea Guvernului nr.1471 din 24.12.2007 cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017, publicată în Monitorul Oficial nr.8-10 din 15.01.2008 (p.15, 26 din SDSS).
8. Murray C. J. L., Govindaraj R., Musgrove P. 1994. National health expenditures. A global analysis. Bulletin of the World Health Organization, 72:623-627.
9. Roemer M. I. 1993. National health systems throughout the world. Annual Review of Public Health, 14:335-353.
10. Tulchinsky Th. H., Varavikova El. A. Noua sănătate publică. Introducere în secolul XXI. Chișinău, 2003.
11. Shishkin S. et al. Evaluation of Moldova's 2004 Health Financing Reform. Health Financing Policy Paper. Division of Country Health Systems. WHO Europe, 2008.
12. Tintiuc D., Russu Gh., Ciocanu M. Asigurarea obligatorie de asistență medicală (manual de legi și acte normative). Chișinău, 2002.
13. Ciobanu M., Sava V., Ciocanu M. Avantajele asigurărilor sociale pentru sănătate. Materialele Conferinței Științifice a colaboratorilor și studenților USMF „N.Testemițanu”. Chișinău, 1996, p.71.
14. Ețco C., Damașcan Gh. Implementarea asigurărilor medicale – etapă nouă în dezvoltarea sistemului de sănătate. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. Chișinău, 2006, nr.3, p.24-30.
15. Atun R. et al. Moldova: Health System Review, Health Systems in Transition, 10(5). Copenhagen, World Health Organisation, 2008. 138 p.
16. Spinei L. ș.a. Noțiuni de bază de epidemiologie și metode de cercetare. Casa editorial-poligrafică Bons Offices. Chișinău, 2006. 180 p.
17. Nemerenco A. Access to primary medical services of vulnerable or pauperized persons that do not hold medical insurance. European Journal of Public Health. Oxford, 2006, vol.16, supl.1, p.180-181.
18. Legea nr.577-XV din 26.12.2003 pentru modificarea, completarea și abrogarea unor acte legislative, publicată în Monitorul Oficial nr.006 din 01.01.2004.
19. Legea nr.108-XVIII din 17.12.2009 pentru modificarea și completarea unor acte legislative, publicată în Monitorul Oficial nr.193-196 din 29.12.2009.
20. Vlădescu C. Sănătate publică și management sanitar. Cartea Universitară. București, 2004. 614 p.



21. Lucaci I. Medicina socială. <http://www.studentie.ro/cursuri/> (vizitat 15.03.2015).
22. [www.testweb.umf.ro/umf/images/stories/cap1.pdf](http://www.testweb.umf.ro/umf/images/stories/cap1.pdf) (vizitat 15.03.2015).
23. [www.grandars.ru/college/medicina/factory-zdorovya](http://www.grandars.ru/college/medicina/factory-zdorovya) (vizitat 13.05.2016).
24. Noua lege anti-fumat: cu 1% mai puțini fumători pe an în Moldova. <http://www.bloguvern.md/2014/07/14/> (vizitat 15.03.2015).
25. Anderson R. et al. Second European Quality of Life Survey: Overview, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Commission, 2009. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/1/EF0902EN.pdf> (vizitat 15.03.2015).
26. Marginean I. et al. First European Quality of Life Survey: Quality of life in Bulgaria and Romania, Luxembourg, Office for Official Publications European Communities, 2006. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/67/en/1/ef0667en.pdf> (vizitat 15.03.2015).
27. Doboș C. Accesul populației la serviciile publice de sănătate. Revista „Calitatea vieții”. București, 2003, nr.3-4, p. 3-14.
28. The New Genetics and The Public's Health. <http://www.books.google.md/books> (vizitat 16.03.2015).
29. European Union on the public health policy. [http://www.apms.ro/documente/c1\\_strat\\_nationala.doc](http://www.apms.ro/documente/c1_strat_nationala.doc) (vizitat 16.03.2015).
30. Буллинджер М. Международная сопоставимость результатов опросов по изучению состояния здоровья населения: обзор методов и подходов. EUROHIS: Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья. «Права человека», Москва, 2005. 193 с.
31. Etat de sante general peçu. Panorama de la sante 2011: Les indicateurs de l'OCDE. 40 p.
32. Мартынич С.А. Управление процессом предоставления медицинских услуг в системе добровольного медицинского страхования и анализ здоровья застрахованных граждан. Автореферат диссертации доктора медицинских наук. Москва, 1999. 43 с.
33. Подсвинова Т.Е. и др. Социологический опрос как альтернативный метод оценки здоровья населения. Журнал «Вестник новых медицинских технологий». Тула, 2009, №2 (XVI), с. 172.
34. Тишук Е.А. Современные проблемы информационного обеспечения управления здравоохранением. Журнал «Врач и информационные технологии». Москва, 2004, №7, с. 8-13.
35. Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova, anul 2014. Chișinău, 2015, p.3-60.

## PUBLICAȚII LA TEMA TEZEI

- **Articole în reviste din Registrul Național al revistelor de profil, cu indicarea categoriei:**

- **Categoria B**

1. Buga M., Damașcan G., Maruseac M., **Rotaru D-M.** Mecanismul de formare a listei medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2013, nr. 3, p. 94-95. ISSN 1729-8687.
2. Ețco C., Buga M., Damașcan G., Maruseac M., **Rotaru D-M.** Tendințele de sporire a accesului persoanelor asigurate la medicamente compensate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2013, nr. 3, p. 95-98. ISSN 1729-8687.
3. **Rotaru D-M.,** Tintiuc D. Considerații referitor la influența unor factori medico-sociali asupra sănătății persoanelor neasigurate. În: Curierul Medical. Chișinău, 2015, nr. 3, p. 32-38. ISSN 1857-0666.
4. **Rotaru D-M.** Public perception as an alternative method for estimating health status. În: Curierul Medical. Chișinău, 2015, nr. 4, p. 24-27. ISSN 1857-0666.

- **Categoria C**

5. **Rotaru D-M.** Tendințe actuale a sistemelor de asigurări medicale în diferite țări. În: Anale științifice ale USMF "Nicolae Testemițanu". Vol. II. Probleme actuale de sănătate publică și management. Ediția a XIII-a. Chișinău, 2012, p. 338-349. ISBN 978-9975-113-46-5.
6. Leșco G., Damașcan G., **Rotaru D-M.** Accesul adolescenților și tinerilor la servicii de sănătate în cadrul asigurărilor obligatorii de sănătate. În: Anale științifice ale USMF "Nicolae Testemițanu". Vol. II. Probleme actuale de sănătate publică și management. Ediția a XIII-a. Chișinău, 2012, p. 332-337. ISBN 978-9975-113-46-5.

- **Materiale la foruri științifice internaționale (peste hotare):**

7. **Ротару Д-М.,** Гинтюк Д. Анализ восприятий населения как альтернативный метод оценки состояния здоровья. В: Сборник статей по материалам XLIV-XLV международной научно-практической конференции «Современная медицина: актуальные вопросы». Новосибирск, Россия, 2015, с. 53-65.

- **Teze la foruri științifice internaționale (peste hotare):**

8. **Ротару Д-М.** Новые подходы к повышению доступности и качества медицинской помощи населению. В: Материалы научно-практической конференции «Управление качеством в здравоохранении: стандартизация, клинико-экономический анализ». Москва, Россия, 2007, с. 73-74.

- **Teze la foruri științifice naționale:**

9. Ețco C., Buga M., **Rotaru D-M.,** Damașcan G. Eficientizarea utilizării mijloacelor financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală destinate tratamentului pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulatoriu. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2013, nr. 3, p. 105-108. ISSN 1729-8687.

## ADNOTARE

Doina-Maria Rotaru

### INFLUENȚA FACTORILOR MEDICO-SOCIALI ASUPRA SĂNĂTĂȚII PERSOANELOR NEASIGURATE DIN REPUBLICA MOLDOVA.

Teza de doctor în științe medicale.

Chișinău, 2016

**Structura tezei:** lucrarea este expusă pe 130 de pagini, text de bază, și constă din introducere, 4 capitole, concluzii și recomandări practice, rezumat în limbile română, rusă și engleză și bibliografie din 105 titluri, conține 36 de figuri, 14 tabele și 2 anexe. Rezultatele obținute sunt publicate în 9 lucrări științifice, inclusiv 3 fără coautori.

**Cuvinte-cheie:** persoane neasigurate, factori medico-sociali, sănătate, chestionar.

**Domeniul de studiu:** medicină socială și management.

**Scopul:** explorarea impactului factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor neasigurate și elaborarea unor măsuri în vederea sporirii accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (AOAM).

**Obiectivele lucrării:** analiza evoluției sistemelor de asigurări medicale din diferite țări și din Republica Moldova; explorarea impactului sistemului de AOAM asupra indicatorilor medico-demografici în Republica Moldova; studiul în dinamică a nivelului de cuprindere a populației Republicii Moldova cu AOAM; evaluarea comparativă a rezultatelor opiniei persoanelor neasigurate și asigurate referitor la factorii medico-sociali de influență asupra stării sănătății lor; elaborarea recomandărilor privind sporirea accesului persoanelor neasigurate la servicii medicale oferite în cadrul AOAM.

**Noutatea și originalitatea științifică.** Abordarea în premieră a impactului factorilor medico-sociali de influență asupra stării sănătății persoanelor neasigurate în Republica Moldova în scopul elaborării unor măsuri în vederea sporirii accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul AOAM.

**Problema științifică soluționată în teză constă** în evaluarea impactului factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor neasigurate și fundamentarea științifică a căilor de sporire al accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul AOAM în vederea valorificării lor în politicile și strategiile de sănătate publică și în cadrul normativ aferent.

**Semnificația teoretică a studiului.** Lucrarea se înscrie în cadrul politicilor de sănătate publică și reprezintă prima lucrare de cercetare științifică în domeniul evaluării impactului factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor neasigurate și oferă perspectiva sporirii accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul AOAM. Rezultatele cercetării constituie dovezi științifice și asigură argumente pentru a fi utilizate la elaborarea politicilor și strategiilor în domeniul AOAM.

**Valoarea aplicativă a lucrării** constă în furnizarea argumentelor, dovezilor și materialelor necesare pentru elaborarea, ajustarea și dezvoltarea cadrului normativ cu privire la sporirea accesului persoanelor neasigurate la servicii medicale oferite în cadrul AOAM; iar percepția stării de sănătate, reflectând aprecierea globală pe care persoana o face despre starea sănătății sale, integrând aspectele obiective și subiective, în special cunoștințele sale și experiența sa despre sănătate sau maladie, va fi utilizată ca metodă alternativă de evaluare a stării de sănătate.

**Implementarea rezultatelor științifice:** rezultatele cercetării au fost utilizate la elaborarea Legilor fondurilor AOAM, Programului unic al AOAM și Normelor metodologice de aplicare a Programului unic, cu modificările și completările ulterioare, Strategiei de dezvoltare instituțională a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, în activitatea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și Agențiilor teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină ș.a.

## АННОТАЦИЯ

Дойна-Мария Ротару

### ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ НЕЗАСТРАХОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицины

Кишинэу, 2016

**Структура диссертации:** работа изложена на 130 страниц основного текста, и состоит из введения, четырех глав, выводов и практических рекомендаций, аннотаций на румынском, русском и английском языках, библиографии из 105 наименований, включает 36 рисунков, 14 таблиц и 2 приложения. Полученные результаты опубликованы в 9 научных работах, включая 3 без соавторов.

**Ключевые слова:** незастрахованные лица в медицине, медико-социальные факторы, здоровье, анкета.

**Область исследования:** социальная медицина и менеджмент.

**Цель:** изучение влияния медико-социальных факторов на здоровье незастрахованного населения и предложение системы мер по расширению доступа к медицинским услугам в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС).

**Задачи:** анализ эволюции систем медицинского страхования в различных странах и в Республики Молдова; влияние нынешней системы ОМС на медико-демографические показатели Республики Молдова; исследование в динамике уровня охвата населения ОМС; сравнительная оценка медико-социальных факторов, влияющих на здоровье, по мнению незастрахованных/застрахованных лиц; предложение системы мер по расширению доступа к медицинским услугам в рамках ОМС.

**Новизна и научная оригинальность:** впервые в Республике Молдова была проведена оценка медико-социальных факторов, влияющих на здоровье незастрахованного населения с целью предложения системы мер по расширению доступа к медицинским услугам в рамках ОМС.

**Научная проблема, решенная в рамках исследования:** оценка влияния медико-социальных факторов на здоровье незастрахованного населения и научное обоснование путей расширения доступа к медицинским услугам в рамках ОМС, в целях их использования в политике и стратегии в здравоохранении и нормативно-правовой базы.

**Теоретическая значимость работы.** Настоящее исследование вписывается в рамки политики общественного здравоохранения и представляет собой первую научно-исследовательскую работу в области оценки влияния медико-социальных факторов на здоровье незастрахованного населения и предоставляет перспективу расширения доступа к медицинским услугам в рамках ОМС. Результаты исследования могут быть использованы в разработке политики и стратегии в области ОМС.

**Практическая значимость работы** заключается в предоставлении аргументов, доказательств и материалов, необходимые для разработки и развития нормативно-правовой базы относительно расширения доступа к медицинским услугам в рамках ОМС; а восприятие здоровья, что отражает глобальную оценку которой человек делает о своем здоровье, объединяя аспекты объективного и субъективного, особенно его знания и опыт о здоровье или болезни, будет использоваться в качестве альтернативного метода для оценки состояния здоровья.

**Внедрение научных результатов:** Результаты исследования были использованы в разработке Законов о фондах ОМС, Единой программы ОМС и Методологических норм применения Единой программы, Стратегии развития и деятельности Национальной Медицинской Страховой Компании и её Территориальных Агентств.

## SUMMARY

Doina-Maria Rotaru

### THE INFLUENCE OF HEALTH-SOCIAL FACTORS UPON THE UNINSURED PERSONS IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA.

PhD Thesis in Medical Science.

Chisinau, 2016

**Thesis structure:** the work is set forth in 130 pages, basic text, and consists of introduction, 4 chapters, conclusions and practical recommendations, summary in Romanian, Russian and English, and bibliography of 105 titles, including 36 figures, 14 tables and 2 annexes. The results obtained are published in 9 scientific papers, including 3 without coauthors.

**Key words:** uninsured persons, medical and social factors, health, survey.

**Domain of research:** social medicine and management.

**Scope of the research:** exploring the impact of influence of health-social factors on the health of uninsured persons and elaborating the measures to increase the access of uninsured persons to the health services provided with the mandatory health insurance (MHI).

**Objectives of the research:** analysis of the evolution of health insurance systems in different countries and Republic of Moldova; exploring the impact of the MHI system on medical and demographic indicators in the Republic of Moldova; study in dynamics of the level of coverage of the population of the Republic Moldova with MHI; comparative evaluation of the results of uninsured and insured persons opinions regarding medical and social factors influencing state of their health; elaborating the recommendations regarding the increase of the access of the uninsured persons to the health services provided with MHI.

**Novelty and scientific originality.** Addressing for the first time of impact of medical and social factors influencing state of health of uninsured persons in the Republic of Moldova for elaborating of some measures to increase the access of uninsured persons to the health services provided with MHI.

**Scientific problem addressed in the thesis** is represented by the evaluation of impact of health-social factors influencing the state of uninsured persons health and scientific substantiation of ways to increase the access of uninsured persons to the health services provided with MHI in order to exploit them in public health policies and strategies and the related regulatory framework.

**Theoretical significance of the research.** The work is part of public health policies and is the first scientific research work in the area of assessing the impact of health-social factors influencing on the uninsured persons health state and gives the prospect for increasing the population access of uninsured persons to the health services provided with MHI. The research outcomes are scientific evidences and provide arguments to be used in developing policies and strategies in the area of MHI.

**Applied value of the thesis.** The research is to provide arguments, evidence and materials necessary for the development, adjustment and development of the regulatory framework regarding the increase of access of uninsured persons to the health services provided with MHI; and perception of health, reflecting the global assessment which the person makes about his health, integrating aspects of objective and subjective, especially his knowledge and experience about health or disease, will be used as an alternative method for assessing the state of health.

**Implementation of scientific results:** the research outcomes were used in elaborating the Laws on MHI funds, Unique program of MHI and Methodological regulations for applying the Unique program, as amended and supplemented, Strategy for institutional development of the National Health Insurance Company, in activity of the National Health Insurance Company and Territorial Agencies of the National Health Insurance Company etc.

**ROTARU DOINA-MARIA**

**INFLUENȚA FACTORILOR MEDICO-SOCIALI ASUPRA  
SĂNĂȚII PERSOANELOR NEASIGURATE  
DIN REPUBLICA MOLDOVA**

**331.03 MEDICINĂ SOCIALĂ ȘI MANAGEMENT**

Autoreferatul tezei de doctor în științe medicale

---

Aprobat spre tipar: 25.05.2016  
Hârtie ofset. Tipar digital.  
Coli de tipar 3,75

Formatul hârtiei A4  
Tirajul 50 ex.  
Comanda nr. 750

---

Tipografia TEU, str. Vlaicu Pârcalab, 45