

FACTORII DETERMINANȚI AI DISPARITĂȚILOR DE SĂNĂTATE A COPIILOR

Ana TOMCEAC[©], cercetător științific,
Centrul de Cercetări Demografice al INCE, Republica Moldova

DOI: <https://doi.org/10.36004/nier.cdr.2019.14-15>

JEL Classification: I114, I15, I18, J30.

Republica Moldova se confruntă cu diferite provocări demo-socio-economice care contribuie la inegalitatea socială în domeniul sănătății. Deosebit de îngrijorătoare este manifestarea inegalității sociale în domeniul sănătății copiilor. Scopul cercetării este identificarea determinantilor-cheie a inechităților sociale în domeniul sănătății copiilor. În cadrul articolului sunt prezentați factorii de influență asupra inegalităților (inechităților) în acest domeniu și identificate modalitățile de atenuare a acestora. Inegalitatea socială în domeniul sănătății copiilor este determinată de caracteristicile socioeconomice a familiilor: venitul, educația și ocupația părinților. Rezultatele cercetării vor servi drept bază pentru promovarea măsurilor de atenuare a factorilor de risc și creșterea accesibilității tuturor copiilor la resurse și servicii de sănătate.

Cuvinte-cheie: inegalitatea/inechitatea socială în sănătate, gradientul social, indicatori de sănătate.

The Republic of Moldova is facing different demo-socio-economic challenges that contribute to social inequality in health. Of a particular concern is the manifestation of social inequality in children's health. This research is aimed to identify the key determinants of social inequalities in children's health. In this article are discussed factors of influence on the inequalities in this area and are identified the way to mitigate them. Social inequality in the field of children's health is determined by the socio-economic characteristics of families: income, parents' education and occupation. The results of this research will serve as basis in reducing risk factors and increasing the accessibility of all children to health resources and services.

Key words: social inequality/inequity in the health, social gradient, health indicators.

În Republica Moldova, îmbunătățirii sănătății copiilor se acordă o atenție sporită. Acest lucru nu este nou, deoarece este recunoscut faptul că prosperitatea națiunii depinde în mare măsură de sănătatea anume a copiilor. Un factor important pentru sănătatea copiilor constituie bunăstarea lor, care este strâns legată de situația social economică a familiilor unde ei s-au născut și cresc. Totodată, inegalitățile în domeniul sănătății copiilor sunt provocate nu numai de nivelul demo-socio-economic a familiilor dar și a teritoriilor unde ei se află. Copiii care locuiesc în medii diferite și familiile lor aparțin diferitor grupuri sociale, care beneficiază de diferite niveluri de sănătate. Acest studiu se bazează pe un număr de determinanți ai inegalității sociale în domeniul sănătății, legați de situația socioeconomică a copiilor integrați în familii (deci, poziția părinților lor pe piața muncii, educație și venituri), ținând cont de aspectul regional și care sporesc sau reduc inegalitățile sociale în starea de sănătate al acestora și care pot fi influențați de deciziile politice, economice sau individuale.

„Inechitățile/inegalitățile în domeniul sănătății sunt rezultatul condițiilor în care oamenii cresc, locuiesc, muncesc, îmbătrânesc precum și sistemele de sănătate pe care le pot accesa, care, la rândul lor, sunt modelate de forțe politice, sociale și economice mai largi. Ele nu sunt distribuite la întâmplare, ci mai degrabă indică un model consecvent în întreaga populație, de multe ori în funcție de statutul socio economic sau de localizarea geografică” [6]. Conform concluziilor în domeniul în întreaga lume sărăcia este un factor - cheie în explicarea inechităților în sănătate în rândul celor mai vulnerabile grupuri ale populației din care fac parte copii. Anume copiii născuți în familii defavorizate suferă de starea de sănătate pe tot parcursul vieții, care se reflectă în accesul inegal la

resurse și asigurarea acestora, cum ar fi educația, ocuparea forței de muncă, locuințe și niveluri diferențiate de participare în societatea civilă și guvernare. Deci, factorii sociali determinanți ai sănătății au un rol principal asupra bunăstării copiilor și sunt strâns legați de politica socială promovată inclusiv în domeniul sănătății²⁰. „Condițiile sociale în care oamenii trăiesc influențează puternic șansele lor de a fi sănătoși. Într-adevăr, factori precum sărăcia, excluziunea socială și discriminarea, locuințele sărace, condițiile nesănătoase ale copilăriei și statutul scăzut de ocupație sunt determinanți importanți ai majorității bolilor, deceselor și inegalităților în materie de sănătate dintre și în interiorul țărilor. În consecință, determinanții sociali ai sănătății și inechitățile în domeniul sănătății pot fi modificate prin intervenție politică și guvernamentală” [4].

Aspectul social al inegalității în sănătate la nivel mondial: Problemele de sănătate pot fi determinate de factorii sociali care au fost studiați de cercetători la nivel mondial prin aplicarea mai multor modele, dar cel mai utilizat este modelul "curcubeu" al lui Dahlgren-Whitehead, fiind utilizat și de către Organizația Mondială a Sănătății.²¹ Cercetările savanților în domeniu evidențiază faptul că determinanți ai inegalităților/inechităților în domeniul sănătății pot fi diferiți determinanții sociali ai sănătății pentru populație, și anume, cei mai importanți factori determinanți ai sănătății pot fi diferiți pentru diferite grupuri socioeconomice în diferite regiuni [1]. Un impact semnificativ asupra sănătății, în special a copiilor, este și distribuția bunurilor materiale în interiorul țării sau regiunii, deoarece copiii din regiuni sunt cei mai privați și mai vulnerabili la efectele negative ale sănătății, indiferent de situația financiară a familiilor lor. Analiza studiilor și a publicațiilor, precum și datele statistice disponibile la nivel mondial confirmă faptul că bunăstarea familială este un factor important în precizarea stării de sănătate a adolescenților și demonstrează faptul că copiii din cele mai sărace familii au cea mai gravă stare de sănătate, indiferent de țară. Astfel, inechitatea/inegalitatea în sănătate constituie un fenomen global și reprezintă inechități care pot fi prevenite în ceea ce privește starea de sănătate dintre grupuri socioeconomice din diferite regiuni ale țării, inclusiv, copilăria, vârsta fragedă²², care a fost identificată ca un factor esențial al inegalităților în sănătate. Conform recomandărilor Comisiei privind factorii determinanți ai sănătății²³, inegalitățile în materie de sănătate provin din primii ani de viață, deoarece anume în această perioadă se pun bazele capacităților fizice și mentale ale fiecărui individ, influențând creșterea, sănătatea și dezvoltarea ulterioară a acestora pe tot parcursul vieții.

Totodată, este important să se facă distincția dintre inegalitate și inechitate în sănătate. Noțiunea „inechitate în sănătate” nu poate fi considerată sinonimă cu noțiunea „inegalitate în sănătate”, deoarece inechitatea se axează pe distribuția resurselor și alte procese care duc la inegalitatea sistematică în domeniul sănătății (sau a determinanților sociali) *în cadrul grupurilor sociale mai mult sau mai puțin dezavantajate. Inegalitățile în sănătate pot fi definite ca "diferențele în sănătate care la general este folosit în mod obișnuit pentru a defini diferențele, schimbările și*

²⁰ Activitatea de promovare a sănătății în Republica Moldova se realizează în corespundere cu prevederile documentelor de politici în domeniu, inclusiv: Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice: nr. 10-XVI din 03.02.2009; Strategia națională de sănătate publică pentru anii 2014-2020, aprobată prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.1032 din 20.12.2013; Programul național de promovare a sănătății pentru anii 2016 – 2020, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.1000 din 23.06.2016. Consiliul Național pentru Protecția Drepturilor Copilului ca organul de coordonare privind drepturile copilului din Republica Moldova și Ombudsmanul pentru drepturile copilului.

²¹ Modelul, dezvoltat de Göran Dahlgren și Margaret Whitehead în 1991, caracterizează relația dintre individ, mediul înconjurător și sănătate (agricultura și produsele alimentare, educația, mediul de lucru, condițiile de trai și de muncă, somajul, apă și canalizarea, serviciile medicale, locuința, vârsta, sexul și factorii constitutivi, etc.). <http://www.euro.who.int/>.

²² Raport privind inegalitățile sociale în dezvoltarea copilului precoce și sănătatea copiilor de vârstă fragedă (Milestone 2.2) determină copilăria timpurie, ca perioada dintre dezvoltarea prenatală până la opt ani și recunoscută cea mai importantă perioadă de dezvoltare a vieții și cea mai sensibilă la influențele externe. <http://www.euro.who.int/>.

²³ Organizația Mondială a Sănătății (Oficiul Regional pentru Europa) ca răspuns la această provocare globală, lansează în 2005 o Comisie privind factorii determinanți ai sănătății, care va analiza dovezile, va ridica dezbaterile în societate și va recomanda politici cu scopul de a îmbunătăți sănătatea celor mai vulnerabili din lume.

disproporțiile în sănătatea *individilor și a grupurilor* în starea de sănătate sau în distribuția factorilor determinanți ai sănătății *între diferite grupuri de populație*" și ca rezultat multe forme de inegalitate în sănătate provoacă inechitatea [5]. Conform glosarului Organizației Mondiale a Sănătății, unele inegalități în sănătate se datorează variațiilor biologice sau alegerii libere, iar altele se pot atribui mediului și condițiilor externe, în special în afara controlului persoanelor în cauză. În primul rând, este imposibil ca, din punct de vedere etic sau ideologic, factorii determinanți ai sănătății să nu se schimbe, astfel încât inegalitățile în sănătate sunt inevitabile. În al doilea rând, distribuția inegală poate fi inutilă și evitabilă, precum și nedreaptă, astfel încât inegalitățile în sănătate pot să conducă, de asemenea, la inechități în sănătate. Deci, inechitatea se referă la diferențe nedrepte și evitabile, în timp ce inegalitatea se referă la distribuirea inegală a resurselor sănătății sau serviciilor sănătății.

În ce privește mecanismele de influență asupra inegalității: Inegalitățile socioeconomice în sănătate sunt influențate de o distribuție inegală a condițiilor economice, sociale și de mediu în combinație cu factori individuali care determină riscul de sănătate (vezi Fig.1.).

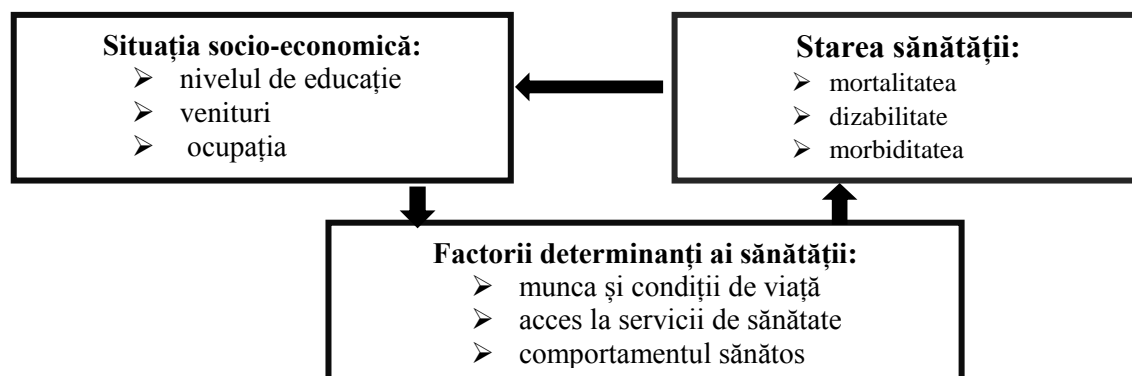


Figura 1. Factorii generali ai inegalităților socio-economice în sănătate

Sursa: Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.601.1628&rep=rep1&type=pdf>

Factorii generali ai inegalităților socioeconomice în domeniul sănătății pot fi sub influența a două mecanisme importante, care pot explica inegalitățile socioeconomice din domeniul sănătății: *mecanismul de cauzalitate și cel de selecție*. Astfel, mecanismul de cauzalitate afirmă că poziția socioeconomică influențează sănătatea prin factori intermediari, cum ar fi condițiile de muncă și de viață. Mecanismul de selecție afirmă că sănătatea poate influența poziția socioeconomică, de exemplu, datorită incapacității de a lucra sau de a studia [2].

Aspecte politice și sociale naționale al inegalității în sănătate. Activitatea de promovare a sănătății copiilor în Republica Moldova se realizează în corespundere cu prevederile Convenției Drepturilor Copilului (art. 24) și documentelor de politici în domeniu, inclusiv: Legea nr. 10-XVI din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice; Strategia națională de sănătate publică pentru anii 2014-2020, aprobată prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.1032 din 20.12.2013; Programul național de promovare a sănătății pentru anii 2016 – 2020, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.1000 din 23.06.2016. A fost creat Consiliul Național pentru Protecția Drepturilor Copilului ca organul de coordonare privind drepturile copilului din Republica Moldova și Ombudsmanul pentru drepturile copilului. Pentru realizarea prevederilor art. 24 din Convenția Drepturilor Copilului²⁴, în Republica Moldova s-au întreprins un șir de măsuri în domeniul politicilor de protecție a sănătății copilului. Măsurile promovate în domeniu sunt îndreptate spre reducerea mortalității infantile și asigurarea asistenței medicale, accentul acestora fiind pus pe dezvoltarea măsurilor primare de ocrotire a sănătății precum și la combaterea

²⁴ Art. 24 din Convenția Drepturilor Copilului stipulează dreptul tuturor copiilor, fără discriminare, "de a se bucura de cea mai bună stare de sănătate posibilă și de a beneficia de serviciile medicale și de recuperare".

maladiilor și malnutriției. Totodată, Republica Moldova, ca și majoritatea țărilor din lume, se confruntă cu diferite provocări care sporesc riscul excluziunii sociale inclusiv și au inegalitatea socială în domeniul sănătății²⁵. Starea sănătății este dependentă de *gradientul social* - cu cât starea socială și economică a individului este mai scăzută, cu atât este mai gravă starea lui de sănătate, deci, deteriorarea sănătății este interconectată cu deteriorarea situației sociale. Gradientul social este un fenomen global observat în țările cu venituri mici, medii și înalte și înseamnă că inechitățile în sănătate îi afectează pe toți²⁶. În acest studiu au fost analizate cauzele inegalităților în general pentru a demonstra legătura dintre diferiți factori cu impact negativ asupra stării de sănătate, și anume: distribuția inegală a bunăstării, a gradului de cunoștințe și de ocupare, a accesului la învățământ, produse alimentare și asistență socială, precum și apa și mediul a fost posibil de a aplica parțial modelul ale Dahlgren și Whitehead.

Diferențele în condițiile economice la nivel regional. Disparitățile socioeconomice regionale care au loc în Republica Moldova definesc poziția populației în societate. Iar, inegalitățile socioeconomice în domeniul sănătății joacă un rol crucial în dezvoltarea fizică, psihologică și socială a copiilor și este o direcție - cheie în promovarea politicilor strategice. Analiza situației demonstrează că există unii factori cu impact negativ asupra sănătății copiilor care afectează diferențele regionale în starea lor de sănătate, inclusiv factori socioeconomi, geografici, demografici, accesul limitat la servicii de sănătate etc. Indicatorii socioeconomi care sunt luați în considerare în analiza determinantilor inegalităților în stare de sănătate sunt reflectați în *Tabelul 1*. Economia și ocuparea forței de muncă au un impact direct asupra bunăstării fizice, sociale și economice a angajaților și a familiilor acestora. Activitatea economică are un impact semnificativ asupra bunăstării iar șomajul joacă un rol important în creșterea sărăciei în rândul familiilor cu copii. În special, nivelurile de ocupare a forței de muncă reprezintă un indicator de reflectare a sănătății populației în vârstă activă. Regiunile țării sunt de 4,1 - 4,9 ori mai subdezvoltate decât mun. Chișinău. Produsul Intern Brut regional pe locuitor în prețuri curente, cu excepția mun. Chișinăului, a fost mai mic de 1,6 ori la Nord, urmat de circa 1,9 ori la Sud și Centru față de total pe țară. Totodată, analiza a demonstrat faptul că economia regională a continuat să se extindă, Produsul Intern Brut regional (PIBR) pe cap de locuitor în 2016 a demonstrat o creștere pozitivă în toate regiunile comparativ cu anul precedent, cu cea mai mare creștere în mun. Chișinău, urmat de Centru și Nord. De asemenea, creșterea este mai mare față de total pe țară în toate regiunile.

Tabelul 1. Condițiile economice pe regiuni de dezvoltare

| Regiuni de dezvoltare | Produsul intern brut regional pe locuitor, prețuri curente: | | Câștigul salarial mediu brut lunar, lei 2017 | Total venituri disponibile*, lei, 2017 | Total cheltuieli de consum*, lei, 2017 | inclusiv în % pentru: | |
|-----------------------|---|------------------------|--|--|--|-----------------------|------------|
| | mii lei | 2016 în % față de 2015 | | | | Sănătate | Învățământ |
| Total țară | 45,3 | 104,5 | 5587,4 | 2244,9 | 2250,3 | 5,9 | 0,5 |
| Mun. Chișinău | 113,4 | 110,7 | 6716,4 | 3028,1 | 3025,6 | 5,3 | 0,7 |
| Nord | 27,7 | 109,1 | 4665,2 | 2046,0 | 2013,6 | 6,2 | 0,5 |
| Centru | 23,2 | 109,4 | 4522,3 | 1966,0 | 2007,7 | 6,0 | 0,5 |
| Sud | 23,4 | 107,8 | 4257,0 | 1984,1 | 2003,6 | 6,3 | 0,3 |
| UTA Găgăuzia | 24,1 | 107,1 | 4268,2 | ** | ** | ** | ** |

* medii lunare pe o persoană

** nu sunt date

Sursa: Conform datelor Biroului Național de Statistică (BNS), Statistica teritorială, 2018, www.statistica.md

²⁵ Inegalitatea socială în domeniul sănătății se referă la diferențele sistematice ale stării de sănătate între diferitele grupuri socioeconomice în funcție de venit, educație și ocupație. Chiar și în țările cu venituri mari și medii din regiunea europeană a Organizației Mondiale a Sănătății, capacitatea de a supraviețui și de a fi sănătos este încă strâns legată de statutul socioeconomic al indivizilor și al familiilor lor.

²⁶ Cele mai sărace persoane din întreaga lume au o sănătate foarte proastă. Motivele pentru această se datorează unor factori economici și sociali. https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/ru/.

O dezvoltare neuniformă a regiunilor poate fi demonstrată și prin analiza nivelului de salarizare. Cele mai mari salarii au fost înregistrate în mun. Chișinău, pe când cele mai mici - în zona de Sud, urmate de Centru și Nordul țării. În 2017, salariul mediu lunar brut în zona de Sud a fost de circa 36% mai mic de cât salariul obținut în mun. Chișinău. Totodată, salariile sunt prea mici pentru a asigura un trai decent pentru familii cu copii, ponderea salariului în venitul total pe cap de locuitor este sub media europeană (43,1% față de 70%), dar pentru familiile cu trei și mai mulți copii venitul salarial este și mai puțin - 31.6% din venitul disponibil.

Concomitent, și veniturile disponibile sunt foarte mici, în special pentru familiile cu copii, și au o tendință de scădere în funcție de numărul de copii în gospodărie - gospodăriile fără copii au dispus de venituri de 1,4 ori mai mari comparativ cu cele cu copii. În afară de venitul salarial, o parte importantă a veniturilor provine din remitențe (23%) și de prestații sociale, care, la rândul său au o pondere nesemnificativă - prestațiile de protecție socială au constituit doar 4,8 % din venitul disponibil pe persoană în gospodăriile cu trei și mai mulți copii. În aspect regional, referitor la veniturile disponibile medii lunare pe o persoană, putem constata că în zonele Centru și Sud veniturile disponibile a fost, în perioada respectivă, de circa 1,5 ori mai mici față de cele înregistrate în mun. Chișinău. În același timp, populația din mun. Chișinău a avut cheltuieli lunare cu circa 51% mai mari decât populația din restul regiunilor, dar ponderea consumului alimentar în totalul cheltuielilor gospodăriilor din municipiul este mai mic decât cel din alte regiuni: - 38,9% față de 43,8% la Nord, 46,5% la Centru și 46,8% la Sud, ceea ce determină vulnerabilitatea gospodăriilor din regiunile respective.

Totodată, migrația forței de muncă, care este destul de intensă în aspect regional, a contribuit pe de o parte, la creșterea veniturilor gospodăriilor casnice. Cele mai mari transferuri bănești în 2017 au fost în regiunea de Sud, care alcătuiesc circa 23% din total veniturilor disponibile, urmat de zonele Centru (20,7%) și Nord (19,7%) față de mun. Chișinău, unde transferurile bănești constituie numai 7,1% din veniturile gospodăriilor casnice. Pe de altă parte, migrația provoacă și unele situații negative pentru copiii rămași acasă (narcomanie, fumatul, consumul de alcool, violența etc.), care, la rândul său prezintă un factor de risc al sănătății.

Astfel, un impact semnificativ asupra sănătății copiilor este și distribuția bunurilor materiale în interiorul țării sau regiunii, inclusiv de perspectivele pentru piața forței de muncă în regiuni care sunt diferite (Tabelul 2).

Tabelul 2. Condițiile sociale pe regiuni de dezvoltare, 2017

| Regiuni de dezvoltare | Ratele de activitate, ocupare și șomaj, în % și 2017 față de 2016 (+ creștere/- scădere) | | | Ponderea populației inactive*, în populația stabilă în vârstă respectivă | Durata medie a vieții, ani | Ponderea copiilor (0-14 ani) în total populație | Numărul copiilor în vârstă de 0-14 ani la 100 persoane în vârstă de 15-59 ani |
|-----------------------|--|--------------------|-------------------|--|----------------------------|---|---|
| | Rata de activitate | Rata de ocupare | Rata șomajului | | | | |
| Total țară | 42,2 (-0,2) | 40,5 (-0,3) | 4,1 (-0,1) | 46,9 | 73,2 | 16,9 | 24,0 |
| Mun. Chișinău | 48,4 (-1,3) | 45,6 (-1,3) | 5,8 (+0,1) | 44,9 | 75,2 | 14,0 | 18,8 |
| Nord | 44,3 (-0,6) | 42,8 (-0,3) | 3,4 (-0,6) | 47,5 | 73,0 | 16,7 | 24,6 |
| Centru | 40,0 (+0,7) | 38,4 (+0,6) | 4,0 (-0,2) | 45,5 | 70,0 | 18,8 | 26,8 |
| Sud | 34,8 (+1,0) | 33,9 (+0,7) | 2,6 (+0,8) | 50,6 | 71,0 | 17,8 | 25,1 |
| UTA Găgăuzia | Nu sunt date | Nu sunt date | Nu sunt date | Nu sunt date | 73,3 | 18,6 | 27,0 |

* Populația în vârstă de 15 ani și peste care nici nu caută, nici nu dorește să lucreze.

Sursa: Conform datelor Biroului Național de Statistică, Statistica teritorială, 2018, www.statistica.md

Ocuparea forței de muncă a demonstrat o creștere în 2017 numai în zonele Centru și Sud, dar în mun. Chișinău Rata de ocupare a demonstrat o scădere de 1,3 p.p. față de perioada

precedentă. În perioada respectivă, Rata șomajului a demonstrat o scădere numai la Nord și Centru. Dar, în mun. Chișinău, Rata șomajului a fost mai mare față de total pe țară și a continuat să crească, ajungând la 5,8% față de 4,1% în total pe țară. Nivelurile activității au rămas destul de scăzute - 42,2 % total pe țară. O creștere în 2017 față de 2016 a demonstrat numai în zonele Centru și Sud. În mun. Chișinău și în zona de Nord nivelul de activitate a scăzut. În același timp, există și un fenomen de inactivitate, care este foarte mare în toate regiunile, circa 78,0% din inactivi sunt cei în vârstă de 15 ani și peste, care nici nu caută, nici nu doresc să lucreze, iar cel mai mare nivel se înregistrează în regiunea de Sud - mai mult de jumătate (50,6%) din populație stabilă în vârstă de 15 ani și peste. Totodată, din cei inactivi care nici nu caută, nici nu doresc să lucreze, 18,3% sunt elevi sau studenți și 45,2% sunt pensionari (65 ani și peste), care, ținând cont de politica promovată, au fost ocupați numai în sectorul agricol (circa 4 la sută din populația ocupată) și ceva mai puțin în sănătate și asistența socială (mai puțin de 0,5%).

Existența în gospodăriile cu copii a persoanelor inactive provoacă înrăutățirea nu numai a situației materiale a acestora, dar și a stării de sănătate (fizică, morală, etc.). Astfel, performanța economiei contribuie atât la asigurarea unui nivel de ocupare a forței de muncă, cât și la bunăstarea populației în general. În același timp, ocuparea forței de muncă demonstrează și starea de sănătate a populației în vârstă activă deoarece, șomajul și lipsa locului de muncă provoacă sărăcia și izolarea socială nu numai a persoanei însăși, dar și a familiei, inclusiv a copiilor [3]. Speranța de viață a populației, fiind un indicator principal al bunăstării populației, deasemenea demonstrează impactul disparității socioeconomice regionale asupra nivelului speranței de viață a populației din regiuni. Durata medie a vieții pentru cei care trăiesc în mun. Chișinău este cu 2 ani mai mare decât media pe țară, restul regiunilor nu ating nivelul mediului pe țară, în afară de UTA Găgăuzia, care în perioada respectivă a demonstrat o mică creștere (+0,1 ani). Astfel, analiza ne demonstrează o relație între inegalitățile în domeniul sănătății și starea generală de sănătate a populației la nivel regional. Acest fapt permite să concluzionăm că, copiii din regiunile sărace sunt mai vulnerabili la efectele negative ale sănătății, indiferent de situația financiară a familiilor lor.

Diferențele geografice și demografice regionale ale copiilor. Conform datelor BNS, la 1.01.2018 ponderea copiilor în vârstă de 0-14 ani a constituit 16,9% din totalul populației. Totodată, copii nu sunt distribuiți uniform în aspect regional, fiind demonstrat prin predominanța acestora în regiunea Centru (18,8%), care este caracterizată de:

- cel mai mic nivel de produs intern brut regional pe locuitor (23,2mii lei),
- cea mai redusă durată medie a vieții (70 ani),
- cu Rată de ocupare mai joasă față de total pe țară (40,0% față de 42,2%) și una din cele mai mici din regiuni (Tabelul 2.),
- cel mai mic cuantum al venitului disponibil mediu lunar pe o persoană (1966,0 lei).

Asemenea disparități au fost evidențiate și în ceea ce privește Indicii sarcinii demografice (numărul copiilor în vârstă de 0-14 ani). În UTA Găgăuzia, la 100 persoane în vârstă de 15-59 ani revin 27 de copii în vârstă de 0-14 ani, cu 8 copii mai mult față de mun. Chișinău (18,8). În întreaga lume, sănătatea afectează copiii născuți în teritorii dezavantajate din punct de vedere social și economic. Analiza datelor despre relația dintre starea socioeconomică a regiunii și sănătatea copiilor ne demonstrează că, cu cât mai dezvoltată este regiunea, cu atât mai multe șanse au copiii de a fi sănătoși, deoarece sunt posibilități financiare și economice de a preveni îmbolnăvirea acestora.

Inechități în accesul la servicii de sănătate și în utilizarea resurselor la nivel regional. În Republica Moldova, reformele în sistemul de sănătate au început în baza strategiei de dezvoltarea sectorului de sănătate, care a identificat domeniile de dezvoltare și a evidențiat ineficiențele structurale, excedent de resurse umane și insuficiența de finanțare a sectorului de sănătate. Conform prevederilor Hotărârii Guvernului RM nr. 988 din 10.10.2018 privind Regulile de organizare a asistenței medicale primare (publicat: 19.10.2018 în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 398-399 art. nr. 1052) în domeniul sănătății au avut loc schimbări structurale pentru a dezvolta

asistența medicală primară, care funcționează pe principiile medicinei de familie. Finanțarea serviciilor medicale este efectuată în baza principiului asigurărilor sociale (după modul de finanțare sistemul de sănătate corespunde principiilor sistemului de tip Bismarck).

În scopul îmbunătățirii managementului local de servicii și restructurarea rețelei de spitale, s-a efectuat descentralizarea organizațională și cea financiară a sistemului de sănătate în baza unui pachet definit de servicii acoperite de asigurarea obligatorie de asistență medicală și conform prevederilor Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală (nr.1585 din 27.02.1998), copiii făcând parte din acele categorii de grupuri sociale care sunt asigurate din partea bugetului de stat. Sistemul de asigurări obligatorii de asistență medicală aplicat a promovat modificările în sistemul de finanțare și de furnizare a serviciilor și de contractare a furnizorului de plată a serviciilor: de la finanțare de la buget - la finanțarea pe cap de locuitor, cu acordarea subvențiilor de stat pentru acoperirea serviciilor acordate grupurilor vulnerabile (din care fac parte și copiii) și finanțarea programelor naționale prioritare, precum și aplicarea mecanismelor de acordare a serviciilor cu plată. Introducerea asigurării obligatorii de asistență medicală a ajutat la protejarea populației împotriva riscurilor financiare asociate cu probleme de sănătate. Totodată, sistemul de sănătate se confruntă cu unele probleme ce țin de:

a) asigurarea financiară. Nivelul resurselor financiare pentru sănătate joacă un rol principal în dezvoltarea resurselor umane. Conform estimărilor Cadrului bugetar pe termen mediu (2017-2019), în Republica Moldova nivelul mediu al cheltuielilor pentru sănătate în ultimii ani demonstrează o tendință de micșorare și în anul 2019 vor constitui 4,3% față de 9,6% media în UE (cel mai puțin pentru sănătate alocă România - 5,2%) din PIB²⁷. Pondere principală din cuantumul resurselor financiare pentru anul 2018 revine mijloacelor provenite din primele de asigurare obligatorie de asistență medicală, care constituie 58,1%, urmate de mijloacele transferate de la bugetul public național (41,8%). Cota mare de finanțare publică provoacă sustenabilitatea financiară a sistemului de sănătate în contextul îmbătrânirii populației. Cheltuielile pentru sănătate și servicii medicale pe cap de locuitor în 2017 au constituit circa 2018 lei. Este nesemnificativă participarea autorităților administrației publice locale la dezvoltarea infrastructurii medico-sanitare din teritoriu. Cheltuielile pentru sănătate și servicii medicale din Bugetele Unităților Administrativ Teritoriale sunt foarte mici și au constituit în 2017 circa 1% din totalul de cheltuieli în domeniu.

b) sistemul de prestare a serviciilor de asistență medicală. Condițiile în care se prestează serviciile medicale în aspect regional se menține diferit, deoarece anumite inegalități în special în urban și rural, contribuie la inegalități în sănătate pentru locuitorii diferitelor regiuni de a beneficia de asistență medicală la nivel conform standardelor. Există disparități regionale în ce privește prestatorii de servicii medicale. Cea mai mare parte din serviciile medicale din Moldova sunt prestate populației în mun. Chișinău, deoarece circa 35% din totalul de instituții de asistență medicală primară și specializată se află în raza municipiului. Totodată, după numărul de unități, situația diferă semnificativ în funcție de tipul de finanțare a instituțiilor medicale – circa 57% din totalul de unități sunt prestatorii individuali și privați. În mun. Chișinău, 85,5% din numărul total de unități de prestatorii sunt instituții de asistență medicală individuale și private, urmată de regiunea Nord – 53,6% (vezi *Tabelul 3.*). În Republica Moldova, peste 40,6% din capacitatea specializată și spitalicească este concentrată în mun. Chișinău, ceea ce indică posibilități mai reduse ale locuitorilor din alte regiuni de a avea acces echitabil la aceste servicii, și anume de a beneficia de servicii de diagnostic și tratament prin echipamente și utilaje performante. Conform datelor statistice (vezi *Tabelul 1.*), populația din mun. Chișinău a înregistrat cheltuieli lunare pentru sănătate mai mici (5,3% din totalul cheltuielilor) decât populația din restul regiunilor (mai mult de 6,0%) ceea ce vorbește despre accesul mai mare la servicii medicale acordate prin asigurări. Analiza asupra situației socioeconomice a persoanei și accesului la serviciile medicale efectuată în baza datelor din cercetare asupra sănătății populației a confirmat legătura dintre beneficierea de servicii

²⁷ Reflectat în Raportul "Starea de sănătate în UE. Profilul sănătății în 2017", publicat de Comisia Europeană. <https://ec.europa.eu/health/>.

medicale și nivelul de bunăstare al populației. Rata de adresare după ajutor medical a persoanelor din categoria celor mai vulnerabili (quintila I) este mai mică (16,9%) față de cea a persoanelor din categoria celor mai înstăriți (quintila V), care este de 28,4%. Unul din motive că această categorie de populație se adresează după ajutor medical mai rar poate fi faptul că 28,5% din categoria celor mai puțin asigurați nu dețin asigurare medicală²⁸.

c) *asigurarea cu medici de familie*. Inegalități regionale există și în ceea ce privește asistența medicală primară și cea specializată. Conform normativelor, este fixat criteriul de 1 medic de familie la 1500 locuitori. La nivel de țară se constată 4,5 medici de familie la 10000 locuitori, cu mult mai puțin este asigurat cu medici de familie regiunea de Sud - 3,5, cu tendință de reducere a medicilor în 2018 față de 2017. Restul regiunilor deasemenea sunt sub nivelul mediu pe țară, în afară de mun. Chișinău (vezi Tabelul 3.). Disparitățile regionale sunt și mai pronunțate în asigurarea cu medici de profil pediatric - în afară mun. Chișinău, toate regiunile au fost asigurate cu pediatri la nivel de 50%, nivelului total pe țară constituind 1,1 pediatru la 10000 locuitori.

Tabelul 3. Gradul de asigurare al populației cu medici (la 10 mii locuitori)

| Regiuni de dezvoltare | Total medici | | Medici de familie | | Profil pediatric | | Numărul instituțiilor medico-sanitare, 2017, unități | | |
|-----------------------|--------------|-------------|-------------------|------------|------------------|------------|--|-----------------------------------|-----------------------|
| | 2017 | 2018 | 2017 | 2018 | 2017 | 2018 | Spitale | Asistență primară și specializată | inclusiv cele private |
| RDD mun. Chișinău | 26,0 | 25,2 | 5,9 | 5,9 | 1,1 | 1,1 | 23 | 386 | 330 |
| RDD "Nord" | 18,6 | 17,8 | 4,5 | 4,3 | 0,7 | 0,6 | 14 | 233 | 125 |
| RDD "Centru" | 15,7 | 15,0 | 4,0 | 3,9 | 0,6 | 0,6 | 13 | 219 | 89 |
| RDD "Sud" | 14,0 | 13,3 | 3,5 | 3,3 | 0,5 | 0,4 | 8 | 135 | 71 |
| RDD "UTA Gagauzia" | 17,8 | 17,5 | 4,1 | 4,1 | 0,7 | 0,8 | 3 | 32 | 15 |
| Total pe MSMPS | 29,0 | 28,3 | 4,6 | 4,5 | 1,2 | 1,1 | 87 | 1 104 | 630 |

Sursa: Conform datelor Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, Evaluarea sănătății mamei și copilului. www.ansp.md

Principalele manifestări ale inegalității în domeniul bunăstării. Bunăstarea copiilor este foarte importantă pentru sănătatea și bunăstarea lor pe tot parcursul vieții. Copiii născuți în familii dezavantajate din punct de vedere socioeconomic suferă de o stare de sănătate mai proastă față de cea a copiilor din familii bogate. Între determinanții inegalităților în sănătate sunt importanți așa factori ca lipsa de venit și inegalitatea veniturilor. Situația în cauză are implicații pe tot parcursul vieții, în toate societățile, în întreaga lume. Astfel, starea sănătății copiilor se datorează în mare parte apartenenței familiei la un anumit grup socioeconomic, și anume din rândul celor săraci. Sărăcia afectează nu numai securitatea veniturilor, dar și alte aspecte ale vieții copiilor, și anume sănătatea copiilor din gospodăriile sărace, deoarece sărăcia relativă sau inegalitatea persistă și în cazul creșterii nivelului de trai la nivel de țară pentru toate categoriile de populație. Distribuția gospodăriilor pe quintile, fiind o metodă răspândită de măsurare a nivelului inegalității, scoate în evidență decalajul dintre păturile cele mai bine și cele mai puțin asigurate în aspect regional²⁹. Gospodăriile casnice în aspect regional sunt cu un nivel diferit de bunăstare (vezi Tabelul 4.).

²⁸ Biroului Național de Statistică (BNS). Accesul populației la serviciile de sănătate, 2017. Rezultatele studiului în gospodării. www.statistica.md.

²⁹ Quintila este una din cele patru valori ce divizează seria de frecvențe în cinci părți egale, astfel încât primele 20% (quintila I) reprezintă populația cu cele mai mici venituri/cheltuieli, iar ultimele 20% (quintila V) cu cele mai mari venituri/cheltuieli.

Tabelul 4. Repartizarea gospodăriilor pe quintile și regiuni statistice³⁰, 2018

| Quintile | Chișinău | Nord | Centru | Sud |
|----------|----------|------|--------|------|
| I | 1,9 | 18,0 | 16,4 | 18,2 |
| II | 7,1 | 20,9 | 19,9 | 24,7 |
| III | 16,4 | 21,5 | 20,7 | 24,1 |
| IV | 25,4 | 22,3 | 23,6 | 19,7 |
| V | 49,3 | 17,4 | 19,4 | 13,3 |

Sursa: Conform datelor Biroului Național de Statistică, Statistica teritorială, 2018. <http://statbank.statistica.md/pxweb/pxweb/ro/60> Statistica regionala

Conform repartizării gospodăriilor pe quintile și regiuni statistice, putem concluziona că în afară de mun. Chișinău repartizarea gospodăriilor este uniformă - circa 20% pentru fiecare quintilă. O situație complet diferită în mun. Chișinău, care demonstrează că din totalul de gospodării cercetate numai 1,9% se află în quintila I (cu cele mai mici venituri), dar 49,3% se află în quintila V. Asimetria observată în distribuția lor pe quintile se manifestă prin distribuția veniturilor medii disponibile ale gospodăriilor în aspect regional. Astfel, veniturile disponibile medii lunare pe o persoană în regiunea Sud au constituit în 2018 numai 63% din veniturile disponibile medii lunare pe o persoană obținute în mun. Chișinău³¹.

Lipsa surselor de venit și inegalitatea veniturilor sunt importante provocări asupra sănătății și bunăstării.³² Gospodăriile cu copii, în special cele cu trei sau mai mulți copii, sunt mai vulnerabile la sărăcie, deoarece sărăcia crește odată cu creșterea numărului de copii. Gospodăriile cu 3 și mai mulți copii au un risc de sărăcie mai mare decât cei fără copii și mai mult de 60 la sută din gospodărie cu 3 și mai mulți copii se află în quintila I.

În gospodăriile casnice sărace cu copii accesul la serviciile de ocrotire a sănătății este limitat, ce poate fi demonstrat prin analiza cheltuielilor gospodăriilor pentru sănătate calculate la un membru al gospodăriilor casnice. În 2018, total pe țară, în gospodăriile casnice sărace cheltuielile medii lunare pe o persoană pentru ocrotirea sănătății au constituit 43,7 lei. Această sumă este de circa 6 ori mai mică decât cea cheltuită de gospodăriile casnice non-sărace (262,4 lei)³³. Această constatare vorbește despre accesul mai limitat al persoanelor sărace la serviciile medicale, cauzat preponderent de posibilitățile financiare mai mici ale acestora, dar și de nivelul scăzut de încadrare al acestora în sistemul de asigurări medicale.

În Republica Moldova, inechitatea este caracterizată și prin existența fenomenului de malnutriție la copii, care provoacă întârziere de dezvoltare fizică (vezi Tabelul 5.). Cea mai mare incidența prin malnutriție la copii în primul an de viață se manifestă în regiunea Centru - mai mult de 24 copii la 1000 copii de vârstă respectivă (urmată de regiunea Sud) și, ca urmare, la mai mult de 10 copii, impactul malnutriției a dus la o întârziere în dezvoltarea fizică. În mun. Chișinău situația în domeniu este mai favorabilă și totuși, circa 5 copii (la 1000 copii de vârstă respectivă) au suferit de malnutriție. Totodată, gospodăriile care trăiesc în sărăcie nu pot să combata acest fenomen și ca

³⁰ Regiunile statistice nu sunt unități administrativ-teritoriale și nu au personalitate juridică; în 2005 au fost constituite 4 regiuni statistice (Mun. Chișinău, regiunile Nord, Centru și Sud) pentru a asigura colectarea, elaborarea și diseminarea statisticilor regionale rezultate din cercetările selective asupra gospodăriilor populației privind forța de muncă și bugetele gospodăriilor casnice. Regiunile statistice se deosebesc de regiunile de dezvoltare prin faptul că raionul Șoldănești intră în componența regiunii Nord (în cazul regiunilor de dezvoltare - intră în Centru), iar UTA Găgăuzia intră în regiunea Sud (în cazul regiunilor este regiune separată). www.statistica.md.

³¹ Biroului Național de Statistică (BNS), Statistica teritorială. <http://statbank.statistica.md/pxweb/pxweb/ro/60> Statistica regionala.

³² Legăturile dintre sănătatea și lipsurile de venit sunt bine documentate în Marmot M. et al. Fair Society Healthy Lives. Strategic of Health Inequalities in England post 2010 (The Marmot Review). Institute of Health Equity Report, 2010, nr. 2; Acheson Report, 2008 și Inequalities in Health: Black Report. Pelican Series, Penguin Books, 1982. <http://www.euro.who.int>.

³³ Conform Raportului Biroului Național de Statistică „Aspecte privind nivelul de trai al populației în 2017”, www.statistica.md.

rezultat copiii în vârstă de 0-5 ani sunt afectați de malnutriție – mai mult de 10 copii (la 1000 copii de vârstă respectivă) din regiunea Centru au suferit de malnutriție.

Tabelul 5. Incidența copiilor prin malnutriție (la 1000 copii de vârstă respectivă)

| Regiuni de dezvoltare | Incidența prin malnutriție în primul an de viață | | din ei cu întârziere de dezvoltare fizică datorită malnutriției | | Incidența prin malnutriție în vârstă de 0-5 ani | | din ei cu întârziere de dezvoltare fizică datorită malnutriției | |
|-----------------------|--|-------------|---|------------|---|------------|---|------------|
| | 2017 | 2018 | 2017 | 2018 | 2017 | 2018 | 2017 | 2018 |
| RDD mun. Chișinău | 5,5 | 4,5 | 0,5 | 1,4 | 2,3 | 1,7 | 0,3 | 0,6 |
| RDD “Nord” | 9,5 | 12,1 | 3,1 | 4,9 | 3,4 | 3,8 | 1,8 | 1,7 |
| RDD “Centru” | 23,2 | 24,4 | 10,2 | 10,5 | 10,7 | 10,4 | 5,7 | 5,0 |
| RDD “Sud” | 24,1 | 24,0 | 8,5 | 6,9 | 9,4 | 8,7 | 3,8 | 3,1 |
| RDD “UTA Gagauzia” | 14,1 | 12,9 | 11,3 | 9,4 | 4,4 | 3,6 | 4,0 | 3,2 |
| Total pe MSMPS | 14,5 | 14,9 | 5,5 | 5,9 | 6,1 | 5,7 | 2,9 | 2,6 |

Sursa: Conform datelor Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, Evaluarea sănătății mamei și copilului. www.ansp.md

Toate aceste condiții pot avea un efect negativ asupra sănătății și bunăstării copiilor. Conform datelor statistice, în 2017, la 1000 copii examinați, depistați total pe țară au fost circa 10 copii cu retard fizic, iar numărul acestora crește odată cu înaintarea în vârstă (vezi Tabelul 6.). Creșterea în sărăcie are un impact mai pronunțat asupra dezvoltării copiilor din regiunea Centru, unde la 1000 copii examinați au fost depistați circa 17,1 copii cu retard fizic față de 3,5 în mun. Chișinău. Conform prevederilor Strategiei, la nivel global pentru sănătatea femeilor, copiilor și adolescenților (2016-2030) sunt stabilite obiectivele strategice și scopurile în acest domeniu, unul din care prevede de a “pune capăt tuturor formelor de malnutriție și să răspundă nevoilor nutriționale ale copiilor, adolescentelor și femeilor însărcinate și care alăptează”.

Inechități în domeniul stării de sănătate în aspect regional. La nivel regional se manifestă discrepanțe semnificative între indicatorii de sănătate. Disparitățile stării de sănătate a copiilor în aspect regional sunt caracterizate de următorii indicatori: *incidența, mortalitatea generală la copii de 0-18 ani, inclusiv mortalitatea infantilă și în vârstă de 0-5 ani.* Dependența de venituri reprezintă una din principalele cauze ale incidenței (vezi Tabelul 6.).

Tabelul 6. Incidența nou-născuților (la 1000 născuți vii)

| Regiuni de dezvoltare | Incidența nou-născuților, total | | Incidența nou-născuților născuți la termen în 2018 | | | Numărul celor depistați cu retard fizic, la 1000 copii examinați, 2017 | | | |
|-----------------------|---------------------------------|--------------|--|--|----------------------------------|--|------------|------------|-------------|
| | 2017 | 2018 | Total | inclusiv afecțiuni apărute în perioada prenatală | | total | 2-3 ani | 6-7 ani | 10-11 ani |
| | | | | Total | din ele prin malnutriția fătului | | | | |
| RDD mun. Chișinău | 493,9 | 342,1 | 331,1 | 89,1 | 27,3 | 3,5 | 3,2 | 3,1 | 3,9 |
| RDD “Nord” | 239,7 | 241,3 | 188,0 | 133,7 | 11,0 | 7,7 | 6,0 | 9,4 | 10,7 |
| RDD Centru” | 252,6 | 286,9 | 249,0 | 160,1 | 42,0 | 17,1 | 15,5 | 17,1 | 19,6 |
| RDD “Sud” | 178,8 | 150,3 | 99,3 | 72,5 | 19,0 | 8,4 | 7,2 | 7,1 | 11,9 |
| RDD “UTA Gagauzia” | 204,4 | 221,2 | 203,7 | 167,1 | 28,0 | 6,1 | 3,1 | 5,4 | 8,4 |
| Total pe MSMPS | 351,8 | 316,5 | 233,6 | 132,5 | 47,1 | 9,4 | 7,9 | 9,3 | 11,7 |

Sursa: Conform datelor Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, Evaluarea sănătății mamei și copilului. www.ansp.md

Cea mai mare incidență a nou-născuților a avut loc în mun. Chișinău (342,1 copii la 1000 născuți vii), din care 96,8% născuți în termen, urmată de regiunile Centru și Nord. Deși aceștia au fost născuți în termen în staționare, mai mult de jumătate de cazuri au fost ca rezultat al unor afecțiuni apărute în perioada prenatală, și anume prin întârzierea creșterii și malnutriției fătului,

faptu care confirmă dependența incidenței de efectele negative ale deprivării materiale și situației emoționale a femeilor gravide. Incidența, fiind un indicator important care măsoară nivelul de îmbolnăvire anuală a copiilor, demonstrează o distribuție inegală regională a incidenței generale la copiii de 0-18 ani. Cu toate că incidența generală la copii are o tendință de micșorare aproape în toate regiunile, în afară de regiunea Sud, datele arată o situația îngrijorătoare (vezi *Tabelul 7.*). Cele mai ridicate valori ale incidenței generale s-au înregistrat în mun. Chișinău (cu 1,5 ori mai mult de media pe țară), urmate de regiunile Nord și “UTA Gagauzia”.

Tabelul 7. Incidenței generală a copiilor 0-18 ani, 2017-2018

| Regiuni de dezvoltare | Incidența generală la copii în vârsta de 0-18 ani (la 10 mii locuitori de vârsta respective) | | Incidența copiilor în primul an de viață (la 1000 copii de vârsta respectivă) | | Incidența copiilor în vârsta de 0-5 ani (la 1000 copii de vârsta respective) | | Dizabilitatea la copii în vârsta de 0-18 ani (la 1000 copii de vârsta respectivă) | |
|-----------------------|--|---------------|---|---------------|--|---------------|---|-------------|
| | 2017 | 2018 | 2017 | 2018 | 2017 | 2018 | 2017 | 2018 |
| RDD mun. Chișinău | 11536,1 | 11674,5 | 1388,5 | 1230,1 | 1219,5 | 1038,2 | 16,5 | 18,3 |
| RDD “Nord” | 7719,2 | 7651,0 | 1835,9 | 1780,3 | 1396,7 | 1352,2 | 19,4 | 18,2 |
| RDD “Centru” | 6487,2 | 6476,6 | 1638,9 | 1711,4 | 1144,2 | 1163,6 | 18,8 | 17,9 |
| RDD “Sud” | 4944,5 | 4947,9 | 1361,9 | 1404,2 | 870,8 | 847,8 | 16,7 | 16,2 |
| RDD “UTA Gagauzia” | 6917,8 | 6650,0 | 1261,4 | 1294,4 | 1084,6 | 1039,5 | 21,4 | 20,8 |
| Total pe MSMPS | 7557,5 | 7548,9 | 1561,6 | 1525,4 | 1188,1 | 1125,9 | 18,3 | 17,9 |

Sursa: Conform datelor Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, Evaluarea sănătății mamei și copilului. www.ansp.md

Incidența copiilor în primul an de viață și a copiilor în vârsta de 0-5 ani în aspect regional demonstrează accente inverse, cea mai crescută incidență în 2018 a fost înregistrată în regiunile Nord și Centru dar cea mai mică în mun. Chișinău. Principală cauză de îmbolnăvire la copii în toate regiunile sunt *bolile aparatului respirator*, locul doi (în mun. Chișinău, Centru și “UTA Gagauzia”) *leziunile traumatice*, care sunt legate de nașteri în afara maternității, ponderea cărora este mai mare în regiunea Centru (1,4% din total nașteri), urmată de regiunea Sud (0,9%). Pe locul trei se plesează *otrăvirile și alte consecințe ale cauzelor externe*.

Provoacă îngrijorare calitatea sănătății, și anume creșterea invalidității la copii în unele regiuni, a celor în vârsta de 0-18 ani (vezi *Tabelul 7.*) și alți indicatori ce caracterizează dinamica negativă a dezvoltării acestora. Pe parcursul anului 2018, cel mai mare nivel al dizabilității se înregistrează în “UTA Gagauzia” - 20,8 de copii la 1000 copii de vârsta respectivă, urmat de mun. Chișinău (18,3‰) și regiunea de Nord (18,2‰).

Disparitățile ratei de mortalitate la copii sunt substanțiale în toate regiunile țării. Excesul de mortalitate în grupurile de copii pe vârste (infantilă - 9,7‰, în vârsta de 0-4 ani - 11,4‰) este cu mult mai mare decât în medie la copiii în vârsta de 0-18 ani, în 2017 fiind la nivel de 7,6‰. La nivel de regiuni, valorile mortalității copiilor în vârsta de 0-4 ani variază între 12,9‰ și 5,7‰. Cele mai ridicate valori ale mortalității la copii în vârsta respectivă s-au înregistrat în regiunile de Nord (12,9‰), de Centru (11,7‰) și de Sud (11,4‰).

Există o distribuție inegală a mortalității infantile. Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a copilului, caracterizat prin reducerea mortalității infantile, constituie un obiectiv principal al Strategiei Naționale de Sănătate publică 2014-2020 și o țintă stabilită în Obiective de Dezvoltare ale Mileniului pentru țară. Măsurile întreprinse nu au contribuit la reducerea mortalității infantile, valoarea căreia în continuare este înaltă (9,7‰ în 2017 și 9,1‰ în 2018, cu diferențieri semnificative în aspect teritorial, fapt care vorbește despre diferențieri majore în mersul implementării politicilor strategice în domeniul sănătății în aspect teritorial. La nivel de regiuni, valorile variază între 10,5‰ și 5,7‰. Cele mai ridicate valori ale mortalității infantile s-au înregistrat în regiunile Nord (10,5‰) și Centru (10,1‰), iar cea mai mică în “UTA Gagauzia” (5,7‰). În mun. Chișinău valoarea mortalității infantile a înregistrat un nivel mai jos față de media

pe țară și a constituit 8,6% în 2017. Principalele cauze de deces ale copiilor în vârstă sub un an rămân a fi stările care apar în perioada prenatală (46,9%), anomaliile congenitale (25,3%), bolile aparatului respirator (10,9%), accidentele, intoxicațiile și traumele (4,5%).

În concluzie, menționăm că inegalitatea socială în domeniul sănătății se referă la diferențele sistematice ale stării de sănătate a copiilor în funcție de venit, educație și ocupație a familiilor. Conform practicii mondiale, chiar și în țările cu venituri mari și medii din regiunea europeană a Organizației Mondiale a Sănătății, capacitatea de a supraviețui și de a fi sănătos este încă strâns legată de statutul socioeconomic al indivizilor și al familiilor lor. Principalele constatări ale acestei analize arată că sectorul sănătății este un segment esențial pentru determinarea performanței demografice și ca rezultat – a stabilității unei țări, care are un rol major în reducerea inegalității sociale, deoarece are un impact asupra forței de muncă sănătoase și a nivelului veniturilor gospodăriilor.

Principalele cauze care provoacă inegalitatea în sănătatea copiilor sunt reprezentate de: *subminarea serviciilor pediatrice; creșterea ponderii serviciilor cu plată; accesul inegal la serviciile medicale pentru familiile social vulnerabile; sărăcia și excluziunea socială a familiilor cu copii, migrația părinților la muncă în străinătate.*

Pentru rezolvarea problemei de depășire a inegalităților în domeniul sănătății copiilor pot fi propuse următoarele:

- Sistemele de asistență socială trebuie să vizeze mai bine populația aflată în situații vulnerabile;
- Oferirea unei acoperiri universale de asistență medicală;
- Reglementarea pieței muncii prin a oferi oportunități de muncă decentă pentru indivizi, indiferent de nivelul lor de educație sau de mediul socioeconomic;
- Promovarea măsurilor fiscale în vederea protejării securității locurilor de muncă și a veniturilor persoanelor aflate în situații vulnerabile, aplicarea măsurilor redistributive și crearea oportunităților în care câștigurile economice sunt alinate beneficiilor sociale;
- Promovarea evaluărilor de impact asupra inegalității în sănătatea și utilizarea acestora înainte de punerea în aplicare a politicii publice;
- Promovarea oportunităților egale în alegerea unui stil de viață sănătos;
- Accesul familiilor și comunităților la servicii de calitate (sănătate, educație, protecție), inclusiv pentru zonele rurale și familiile cu copii în risc de excludere socială;
- Promovarea politicilor de atenuarea a excluziunii sociale și a sărăciei.

Bibliografie

1. Mackenbach Johan P. Health Inequalities: Europe in Profile. https://www.who.int/social_determinants/.
2. Mackenbach J.P., Meerding A.J. & Kunst A.E. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. Rotterdam: Erasmus MC, 2007. <https://survey.erasmusmc.nl/he2020/introduction-2/references-intro/>.
3. Marmot M. The status syndrome: how social standing affects our health and longevity. London: Bloomsbury Publishing Plc, 2004. <https://www.bloomsbury.com/uk/status-syndrome-9781408834190/>.
4. World Health Organization, European strategies for tackling social inequities in health. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/>.
5. World Health Organization, Glossary of terms used. <https://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>.
6. World Health Organization, the WHO Centre for Health Development, Kobe, and United Nations Human Settlements Programme (UN HABITAT), 2010, Hidden Cities. Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings. Page XIII. <https://books.google.co.uk/books>.