

MODERNIZATION OF THE MOLDOVAN HEALTH INSURANCE SYSTEM IN THE CONTEXT OF THE INCREASE OF YOUTH QUALITY OF LIFE IN RURAL AREA

MODERNIZAREA SISTEMULUI DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE DIN REPUBLICA MOLODOVA ÎN CONTEXTUL CREȘTERII CALITĂȚII VIEȚII TINERILOR DIN MEDIUL RURAL

Svetlana GOROBIEVSCHI¹
Corina CAUȘAN²
Tatiana CAUȘAN³

Abstract

The paper addresses the issue of rural health services as a factor for increasing the quality of life in the rural sector of the Republic of Moldova. For this purpose, the authors have come to present a historical-dialectical synthesis of the theoretical and methodological concepts of evaluation and increase of the quality of life as socio-economic category at global and regional level, defining it. They argued and equated the concept of "increasing quality of life" and "human development".

The subject of the research was presented by the Medical Services as a factor for increasing the quality of life in the rural area. The subject of the research is presented by the young rural labor force, which at the current stage is the most migrating from the Republic of Moldova, due to the dissatisfaction with the living conditions. The authors carry out a statistical analysis of the quantitative and qualitative indicators of the Medical Services in the rural area of the Republic of Moldova for five years, 2012-2016.

In order to reduce the migration of young labor force in the rural area, the authors determine and bring forward proposals of important strategic directions for increasing the quality and diversification of medical services in the country and the rural area.

Key words: *quality of life, evaluation of life quality, labor force, special juniors, rural area, medical services, quality of medical services, national strategy, modernization directions*

JEL: A1

1. Introducere

În anii '80 ai secolului al XX-lea au existat discuții intense și numeroase investigații referitoare la calitatea vieții (CV). În această perioadă conceptul a început să fie din ce în ce mai des conceptualizat prin "bunăstarea individuală", care era determinată nu numai de condițiile obiective de viață, dar și de "bunăstarea subiectivă", când CV se studia prin ochii cetățeanului.

Dezvoltarea economică a societății a urmat o nouă cale când a provocat discuțiile despre bunăstare și CV. În cercetările efectuate de W. Zapf [2000] apare din nou legătura dintre bunăstarea populației sau „starea națiunii” și CV, care au constituit un pas înainte în direcția cercetării categoriei CV. Constatarea că progresul economic nu duce în mod automat la bunăstarea generală și la eliminarea sărăciei a fost unul din motivele, care au condus la apariția unei direcții de cercetare și, anume, cercetarea CV [9, p. 44].

Preocuparea savanților de problemele CV trece în Europa, unde în cele mai avansate state, precum Germania, Suedia sau Olanda, apar primele rapoarte sociale, colecții organizate de indicatori, publicate în volume în care sunt incluse analize comparative ale nivelurilor și tendințelor realizate de sociologi și statisticieni privind monitorizarea și dezvoltarea atât a aspectelor obiective, cât și a celor subiective ale CV. Astfel, la sfârșitul anilor '70 se formează școlile de cercetare sociologică în Europa de Est, în special în țările: Ungaria, România și Rusia.

¹ Prof. univ. dr. hab., Departamentul de Inginerie și Management Industrial, Universitatea Tehnică a Moldovei, Chișinău, Republica Moldova, gsvetic@gmail.com

² Ec. dr., Universitatea Tehnică a Moldovei, Republica Moldova, causan@list.ru

³ Studentă, Universitatea de Stat de Medicină a Familiei „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Pentru că are o finalitate practică, cea de a indica oamenilor sau colectivităților ce trebuie făcut pentru a îmbunătăți condițiile de trai, *conceptul CV are un caracter evaluator*. Pe lângă condițiile de viață, percepute ca situații obiective ale vieții, CV include și criterii de evaluare subiectivă a satisfacției cu viața, definesc I. Mărginean și A. Bălașa (2005) în lucrarea sa “Calitatea vieții în România”: “*CV cuprinde ansamblul condițiilor de viață fizice, economice, sociale, culturale, politice, de sănătate etc. în care oamenii trăiesc, conținutul și natura activităților pe care le desfășoară individul, caracteristicile relațiilor și proceselor sociale la care participă, bunurile și serviciile la care are acces, modelele de consum adoptate, modul și stilul de viață, evaluarea gradului de obținere a rezultatelor în viața sa ce corespund așteptărilor populației, care provoacă stările subiective de satisfacție, insatisfacție, fericire, frustrare etc.*” [9, p. 51].

Putem fi de acord cu așa o definiție a CV doar parțial, căci ea oglindește latura obiectivă a acesteia și exprimă, practic, gradul de satisfacție a individului cu viața în funcție de factorii mediului exterior, dar această definiție nu ia în cont factorul subiectiv – gradul de realizare a nevoilor umane privind CV.

Anume, școala română a fost printre primele în spațiul european care a recunoscut caracterul interdisciplinar al categoriei CV și aceasta a format paradigma CV de pe poziții socio-economice, pe parcursul istorico-dialectic de dezvoltare a conceptelor expuse de savanți din diferite domenii: filozofic, religios, psihologic, sociologic și economic.

În general, CV era privită ca fiind rezultatul interacțiunii unui număr de factori (de sănătate, sociali, economici, de mediu) care afectează dezvoltarea umană și pe cea socială a individului și a societății în moduri deseori necunoscute. Într-un anume sens, CV era definită în măsura în care, într-o anumită societate sau regiune, se îndeplineau condițiile psihologice și fiziologice care induc sentimentul de satisfacție [9, p.128].

În viziunea autorului, CV, fiind variabilă și măsurabilă, se referă atât la partea subiectivă, cât și la cea obiectivă a studiului. Din acest punct de vedere, analiza CV prezintă aspecte atât psihologice, cât și legate de mediu, implicând o evaluare psihologică, făcută de un individ sau un grup, a satisfacției date de condițiile de trai și stilul de viață.

Simultan a apărut și conceptul „*dezvoltării umane*”, care a devenit un program global promovat de Organizația Națiunilor Unite, în care sunt concepute noțiunile de „*calitatea persoanelor*” și „*condițiile de trai*”, prin care se dorește extinderea noțiunii subiective de prosperitate, respectiv, de bunăstare. „Excluderea” constituie o nouă perspectivă în cercetarea inegalităților. „Capitalul social” descrie resursele sociale ale solidarității. „*Pluralismul bunăstării*” sau „*amestecul de prosperități*” se referă la potențialul inovativ al stării de bunăstare [Human Development Report (2010)].

În acest context, dezvoltarea susținută era versiunea modernizată a creșterii calitative, care pornea de la ideea că este necesară o creștere națională și internațională, ce trebuie să fie ajustată astfel, încât să nu pericliteze condițiile de viață ale generațiilor viitoare. Bazele conceptului *dezvoltării umane* au fost puse odată cu Rapoartele Globale Anuale ale Dezvoltării Umane (RGDU) elaborate de Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltarea Umană (PNUD). Primul RGDU fost lansat în 1990. Potrivit definiției formulate aici dezvoltarea umană „este un proces care contribuie la lărgirea gamei de posibilități care se acordă fiecărei persoane” [Human Development Report (2010)].

În prezent, dezvoltarea umană constituie cel mai ambițios și mai de anvergură concept de bunăstare. Ideea de bază este de a dezvolta opțiunile individuale, a CV oamenilor. Această noțiune țintește dincolo de dezvoltarea resurselor umane și de programele de stat privind bunăstarea, care consideră oamenii mai mult simpli receptori, decât actori ai realizărilor. Teoretic, dezvoltarea umană implică productivitate, egalitate, sustenabilitate, precum și autoritate. În mod empiric, toate națiunile lumii sunt clasificate după Indicele Dezvoltării Umane (IDU).

În prezent, IDU este unul dintre indicatorii cei mai larg utilizați ai dezvoltării umane. Este folosit, în special, la nivel global pentru comparații internaționale și regionale. IDU este calculat ca

o medie simplă a indicilor Educației, Speranței de Viață și PIB. Rapoartele Globale ale Dezvoltării Umane și IDU sunt, în pofida criticilor, rezultatul a două cerințe de bază ale raportărilor sociale, anume, ale comparațiilor internaționale și prezentării unui indicator integral care cuprinde o informație relevantă despre dezvoltarea umană, care este ceva mai mult decât Produsul Național Brut (PIB).

IDU sau *Human Development Index (HDI)* propus de ONU în anul 1990 (autor - economistul pakistanez Mahbub ul Haq) reprezintă o măsură mai completă a dezvoltării umane, care evaluează realizările țării în trei domenii ale dezvoltării umane: longevitate, nivel educațional și standard de viață sau nivel de trai. Longevitatea este evaluată prin speranța de viață la naștere; cunoștințele – printr-o combinație a gradului de alfabetizare a populației adulte cu rata de încadrare în învățământul primar, secundar și terțiar; nivelul de trai – în baza produsului intern brut per capita în dolari SUA la paritatea puterii de cumpărare (PPC), este utilizat pentru a compara mai cuprinzător nivelul de dezvoltare al unei țări, decât prin PIB per capita, care măsoară doar prosperitatea materială, și nu alți indicatori socio-economici.

IDU furnizează o radiografie completă a nivelului de dezvoltare umană în țările lumii, o apreciere globală a progresului și diferitelor strategii ce au fost urmate de către state pentru realizarea bunăstării umane. Acest indice se transpune într-un substituent sintetic al celor trei indicatori precizați, măsurând distanța relativă ce separă fiecare țară a lumii de obiectivele considerate a fi prioritare nu atât în prezent, cât și mai ales în viitor, prin prisma unei vieți lungi și sănătoase, a unui acces nelimitat la dobândirea cunoștințelor și, nu în ultimul rând, a unui nivel al venitului care să asigure un standard de viață decent, care ar fi de preferat să se situeze la nivelul mediu mondial al PIB-ului per capita.

În calitate de exemplu vor servi următoarele valori necesare pentru determinarea IDU (acesta a cunoscut mai multe variante de calcul), expresia generală utilizată fiind:

$$IDU = IQ(\text{normat}) + IE(\text{normat}) + IS(\text{normat}) \quad (1)$$

Paritatea puterii de cumpărare (PPC) are avantajul că reprezintă acel factor de conversie, cu ajutorul căruia se elimină diferențele de preț între țări și se compară astfel două componente de volum a indicatorilor economici. Pentru fiecare componentă se determină un indice separat, pornind de la valorile indicatorilor respective și raportându-i la valorile maxime și minime, înregistrate la nivel mondial.

$$I = \frac{\text{Valoarea indicatorului la nivel de țară} - \text{Valoarea minimă mondială}}{\text{Valoarea max.mondială} - \text{Valoarea min.mondială}} \quad (2)$$

$$IDU = (I_{SMV} + I_{NE} + I_{PIB})/3 \quad (3)$$

IDU, ca indicator de evaluare a CV, are anumite avantaje, și anume confirmă lărgirea conceptului de dezvoltare umană spre dezvoltarea umană durabilă, exprimă profund opțiunile și utilizarea capacităților oamenilor, astfel încât ei să fie capabili să contribuie la satisfacerea nevoilor generațiilor prezente, fără să compromită satisfacerea nevoilor celor viitoare. Noțiunea de durabil este necesar a fi asociată noțiunii de dezvoltare umană, deoarece creșterea este, de regulă, asociată numai cu crearea de capital fizic nou, considerațiile privind durabilitatea fiind ignorate. Astfel, IDU evită abordarea defectuoasă a procesului economic și ia în considerare corelația dintre creșterea economică și formarea capitalului uman.

Determinat ca medie a celor trei elemente (formula 3), valoarea acestui indicator a situat în 2009 R.Moldova în grupul celor 64 de țări cu *dezvoltare umană medie*. Această valoare a indicatorului, în esență, evidențiază corelația dintre acesta și performanțele economice reale ale societății moldave, nu doar prin prisma evoluției pozitive a PIB, ci mai ales prin evidențierea progresului la scara mondială a nivelului de dezvoltare umană.

Plecând de la versiunile opiniilor existente, autorul [Gorobievski S. (2013)] definește *nivelul de trai drept ansamblul condițiilor economice și noneconomice, sociale, culturale și politice, pe care societatea le creează membrilor săi, dar și capacitatea, aptitudinile indivizilor de*

a-și satisface cât mai bine nevoile, pornind de la venitul lor. Aspectele definitorii ale nivelului de trai sunt legate de: nivelul și evoluția veniturilor; al prețurilor bunurilor și serviciilor ce alcătuiesc consumul populației; nivelul și structura consumului de bunuri și servicii; condițiile de muncă și petrecerea timpului liber; condițiile de trai; starea de sănătate și accesul la serviciile de asigurare, educație, cultură, artă etc. [2, p. 30].

Nivelul de trai are un caracter obiectiv, deoarece se poate realiza numai în anumiți parametri. Pe măsură ce a evoluat știința și tehnica, parametrii luați în considerare (mediul natural, cadrul social, educația, sănătatea, cadrul politic, economic etc.) au suferit o serie de modificări, conferindu-i, în acest sens, conceptului nivelului de trai un caracter social-istoric. Astfel, odată cu evoluția umanității, s-au modificat condițiile de viață, aspirațiile și nevoile oamenilor. Dacă acum câteva decenii, anumite condiții erau considerate ca fiind normale, s-ar putea ca astăzi, aceleași condiții să nu mai poată fi calificate normale.

Sintetizând cele expuse, autorul menționează ca aria **CV** este definită drept valoarea pentru om a vieții sale, modul și măsura în care condițiile vieții oferă omului posibilitatea satisfacerii multiplelor sale necesități, gradul în care viața este satisfăcătoare pentru el. Nu există o definiție universală acceptată a CV, în special datorită faptului că conceptul se află la intersecția dintre științele umaniste și cele economice. Semnificația expresiei “CV” poate varia considerabil în funcție de natura studiului.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește CV în contextul percepției indivizilor a poziției lor în viață în planul cultural și de valori în care ei trăiesc și în relaționare cu scopurile, așteptările, standardele și preocupările acestora. Este un concept larg, care este afectat într-un mod complex de starea de sănătate a individului, cea psihologică, credințele personale, legăturile sociale și trăsăturile cele mai proeminente ale mediului de viață.

Bazându-se pe conceptele existente științifice (filozofice, sociopsihologice, economice, politice etc.) ale dezvoltării continue a factorului uman ca rezultat al proceselor economice și importanța lor deosebită în relațiile de producție, autorul recunoaște CV drept categorie socio-economică. Autorul cercetării definește *CV ca fiind categorie socio-economică, care oglindește gradul de satisfacție a individului cu viața, în funcție de satisfacerea nevoilor umane prin realizarea rolului său social, dezvoltarea relațiilor interpersonale și de familie, precum și de nivelul bunăstării, acordat de societatea umană în care activează și se dezvoltă acesta* [2, p. 37].

Cele trei variabile esențiale ale dezvoltării umane: *sănătate, educație și venit*, cuantificate print indicele agregat IDU, exprimă complexitatea aspectelor dezvoltării umane. Având în vedere valorile maxime indicate pentru componentele sale, nivelul IDU reflectă distanța care separă o țară, o regiune, de nivelul maxim posibil al dezvoltării umane (cu valoarea IDU în intervalul 0-1) și presupune o speranță de viață de 85 de ani, alfabetizare și cuprindere în învățământ universal, cu un venit pe locuitor de 40.000 de dolari SUA.

IDU a fost creat pentru a sublinia faptul că oamenii și capacitățile lor ar trebui să fie criteriile finale de evaluare a dezvoltării unei țări, nu doar creșterea economică.

În ultimul deceniu, Republica Moldova se confruntă cu un decalaj accentuat între mediul rural și mediul urban în ceea ce privește infrastructura socială și de producție, decalaj care reprezintă o piedică în calea dezvoltării socio-economice a zonelor rurale. Zonele rurale din țară sînt dramatic afectate de lipsa sau deficiența infrastructurii, cu un puternic impact asupra dezvoltării economice și calității vieții.

Pregătirea și menținerea la un nivel adecvat a infrastructurii sînt sarcini fundamentale pentru dezvoltarea economică și socială la nivel regional. Este nevoie de o infrastructură corespunzătoare, pentru ca zonele rurale să atragă investiții și să rămîna competitive pentru crearea de noi întreprinderi. De asemenea, acestea ar putea contribui la crearea în zonele rurale a unor locații mai atractive, a unor locuri de muncă și a condițiilor de trai mai bune. Mediul rural trebuie să devină atractiv pentru tineri pentru a desfășura o activitate economică. În viziunea autorilor, obiectivele ale dezvoltării infrastructurii în localitățile rurale sînt următoarele:

- dezvoltarea infrastructurii sistemului de ocrotire a sănătății.
- dezvoltarea infrastructurii sistemului educațional și celui cultural.
- dezvoltarea infrastructurii serviciilor materiale.
- dezvoltarea infrastructurii de transport și comunicații.

2. Starea serviciilor medicale ca factor de creștere a calității vieții în mediul rural

În pofida realizărilor considerabile înregistrate în ultimii ani, agenda reformei din Sistemul de sănătate în Republica Moldova este departe de a fi finalizată, iar progresele atinse pînă în prezent nu au însemnat și reușita unor indicatori esențiali, cum ar fi calitatea serviciilor de sănătate, accesul la ele al populației, în special din zonele rurale, ceea ce înseamnă și eficiența joasă funcțională a infrastructurii existente a serviciilor de sănătate.

Zonele rurale beneficiază de servicii medicale la un nivel inferior celui din zonele urbane. Spre deosebire de mediul urban, amplasarea instituției medicale constituie unul din obstacole în accesul la servicii medicale pentru populația rurală. În majoritatea localităților rurale sînt furnizate doar serviciile sanitare de bază. Pentru a putea beneficia de servicii specializate, locuitorii din zonele rurale trebuie să se deplaseze în mod frecvent la oraș [7].

Calitatea serviciilor medicale în mediul rural este, în general, mai redusă, din cauza lipsei infrastructurii și a dotării cu echipamente medicale care în majoritatea cazurilor sînt foarte vechi sau lipsesc. Calitatea serviciilor medicale este, de asemenea, afectată de gradul de pregătire a personalului medical. Personalul medical din mediul rural reprezintă, în general, absolvenți cu studii superioare incomplete (fără studii de master); în același timp, numărul medicilor este insuficient pentru a asigura calitatea serviciilor medicale prestate. În majoritatea localităților rurale, se asigură numai serviciile sanitare primare [1].

Tabelul 1. Ponderea bolnavilor rurali spitalizați în instituțiile republicane, %

Instituția	2015	2016
IMSP Spitalul Clinic Republican	62	65
IMSP Institutul Mamei și Copilului	61	61
IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganic”	62	72
IMSP Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie	64	62
IMSP Spitalul de Psihiatrie și Ftiziopneumologie, or. Orhei	80	79
Centrul Republican de Reabilitare pentru Copii	66	63
IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie	59	62

Sursa: www.mts.gov.md/ (vizitat 25.01.2017)

Gradul de asigurare a locuitorilor rurali din R. Moldova cu medici este, în general, scăzut. Numărul medicilor ce revin la 10 mii locuitori rurali este cu mult sub nivelul înregistrat în mediul urban. Prin urmare, în mediul rural la 10 mii locuitori revin în medie doar 5,9 medici, față de 78 de medici în mediul urban, ceea ce constituie de 13,2 ori mai mulți medici per persoană.

Tabelul 2. Asigurarea populației rurale și urbane din R. Moldova cu medici, persoane

Indicatori	2012	2013	2014	2015	2016
Numărul total de medici	12783	12780	12914	12794	12946
» la 10 mii locuitori	25,4	25,8	26,2	26,1	26,1
Numărul de medici în localități urbane	11587	11600	11715	11601	11730
» la 10 mii locuitori	78,5	78,3	78,8	77,7	78,0
Numărul de medici în localități rurale	1196	1180	1199	1193	1204
» la 10 mii locuitori	5,7	5,7	5,8	5,8	5,9

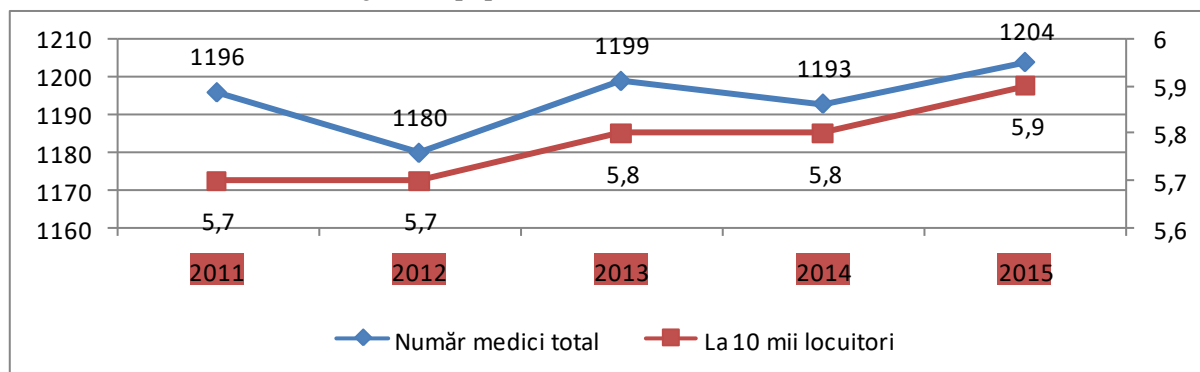
Sursa: www.mts.gov.md (vizitat 25.01.2017)

Ca urmare a slabei calități a asistenței medicale, un locuitor din mediul rural are speranța de viață cu circa 3,5 ani mai scăzută decît un locuitor din mediul urban. Durata medie a vieții populației din orașe este de 74,01 ani, iar în localitățile rurale – de 70,53 ani [3].

Astfel, putem concluziona că, actualmente Sistemul de ocrotire a sănătății din Republica Moldova, îndeosebi în mediul rural, se confruntă cu un șir de probleme, printre care sunt:

- speranța de viață la naștere în R.Moldova este una dintre cele mai mici în Europa, unde acest indicator depășește 80 de ani (în Austria – 80,7 ani, Germania – 80,5 ani, Italia – 82,0 ani) [11].
- agravarea situației demografice și scăderea fertilității (1,3 copii născuți/femeie), precum și intensificarea proceselor de emigrare influențează negativ asupra Sistemului de sănătate publică și generează o schimbare în structura populației, care îmbătrânește rapid (pe țară acest indicator constituie 16% din populația de vîrstă pensionară, în regiunea statistică Nord - circa 20%) [10].

Tabelul 3. Asigurarea populației din mediul rural cu medici, 2012-2016



Sursa: www.mts.gov.md (vizitat 25.01.2017)

- creșterea mortalității în vîrstă aptă de muncă rămîne relativ înaltă, rata mortalității infantile este cu mult mai mare decît în statele-membre ale UE (10,7 cazuri la 1000 nou-născuți).
- se atestă o dotare insuficientă a laboratoarelor medicale pentru identificarea rapidă a urgențelor de origine biologică, chimică, radiologică, iar resursele financiare alocate pentru identificarea surselor sigure de apă potabilă în localitățile rurale sînt insuficiente [6].

În Strategia Națională de Sănătate Publică pentru anii 2014–2020 sînt cuprinse un șir de măsuri științifico-practice, organizatorice, administrative etc., pentru finanțarea cărora s-au planificat cheltuieli în mărime de 329,8 mil. lei [4]. Se constată faptul că resursele alocate domeniului sănătății și Sistemelor de sănătate în țările UE constituie în medie 1600 euro pe cap de locuitor, iar în R.Moldova – 297 euro (sau de 4,4 ori mai puțin decît în țările UE), în Elveția – 5394 euro, Germania și Austria – circa 4300 euro, România – 693 euro [11].

Tabelul 3. Rețeaua instituțiilor medicale, 2012-2016

Tipuri de instituții medicale	2012	2013	2014	2015	2016
Spitale	83	84	86	86	85
Instituții medicale de tip ambulatoriu sau policlinică	755	790	837	818	946
Numărul paturilor în spitale,	21938	22021	22031	22162	20760
inclusiv la 10 000 locuitori	61.6	61.8	61.9	62.3	58.4
Numărul medicilor,	12783	12780	12914	12789	12934
inclusiv la 10 000 locuitori	35.9	35.9	36.3	35.9	36.4
Numărul personalului medical mediu,	27449	27519	27407	27388	26781
inclusiv la 10 000 locuitori	77.0	77.3	76.9	76.9	75.3

Sursa: Moldova în cifre (2017). Chișinău, 2017, p. 31.

O problemă de importanță majoră este **accesul tinerilor la sănătate**, care este asigurat de Sistemul instituțiilor de ocrotire a sănătății (tabelul 3).

Rețeaua de instituții medicale din Republica Moldova corespunde din punct de vedere cantitativ cu cea din țările Uniunii Europene, însă din punct de vedere al calității serviciilor medicale prestate populației rămîne substanțial în urmă [6].

Infrastructura și structura rețelei instituțiilor medicale determină nemijlocit accesul populației la anumite tipuri de instituții medicale. Disponibilitatea asigurării medicale obligatorii este unul din factorii care determină accesul populației la serviciile medicale pentru toate categoriile de populație. Beneficierea de tratament sau observație medicală depinde și de nivelul de bunăstare

al populației, resursele financiare fiind o condiție importantă în asigurarea accesului la anumite servicii medicale. Populația din rîndul celor săraci se adresează mai rar la medic [7].

Acest fapt relevă existența unor inechități sociale în accesul populației la serviciile de asistență medicală. Persoanele neasigurate în proporție de 73% provin din mediul rural. În cea mai mare parte aceasta se datorează faptului că populația rurală, de regulă, practică activități agricole pe cont propriu, dar și posibilităților financiare limitate pentru procurarea Poliței de asigurare medicală obligatorie.

Numărul tinerilor din mediul rural care nu au apelat la serviciile medicale, conform rezultatelor studiului realizat de BNS-2016, este extrem de mare, respectiv 88,1 și 87,7% pe grupele de vîrstă 15-24 ani și 25-34 ani. În funcție de disponibilitatea asigurării medicale, constatăm că persoanele tinere din localitățile rurale cu asigurare medicală apelează preponderent la serviciile medicului de familie (50,3%; 37,1%), iar cele fără asigurare medicală se adresează direct la medicul-specialist (34,3%; 43,4%). Totodată, persoanele fără asigurare medicală apelează mai frecvent la serviciile farmacistului sau la stomatolog, comparativ cu persoanele ce dispun de asigurare medicală [9].

Tabelul 4. Nivelul de apelare la serviciile medicale pe grupe de vîrstă în mediul rural, 2016 (%)

Mediul rural	inclusiv:		Din total persoane care au apelat la serviciile medicale, inclusiv:				
	Persoane care nu au apelat la serviciile medicale	Persoane care au apelat la serviciile medicale	Medic de familie	Medic specialist	Farmacist	Dentist	Altele
15-24 ani	88,1	11,9	50,3	34,3	-	12,2	3,2
25-34 ani	87,7	12,3	37,1	43,4	7,2	12,3	-

Sursa: www.mts.gov.md (vizitat 25.01.2016)

Populația tînăra din mediul urban utilizează medicamente într-o proporție mai mare decît populația din mediul rural (38,2% față de 30,9%), pe cînd populația din mediul rural mai des recurge la medicamente din propria inițiativă (51,3% față de 38,2%) [10].

Informațiile statistice naționale privind percepția tinerilor despre sănătatea lor, în general, sînt optimiste. Totodată, datele obținute în urma examinărilor medicale efectuate în școlile generale arată că, circa 10% din tineri în vîrsta școlară sînt identificați anual cu probleme de sănătate, cum ar fi vederea, ținuta dereglată și chiar reținere în dezvoltarea fizică, cu discrepanțe mari între localitățile rurale și cele urbane [10].

3. Concluzii

Reformarea și îmbunătățirea sistemului de sănătate din Republica Moldova pot fi reflectate atît prin calitatea serviciilor medicale oferite populației rurale, cît și prin creșterea numărului de instituții medicale.

În acest sens se propun următoarele obiective și direcții de acțiune:

a) *creșterea accesului populației rurale la servicii medicale:*

» creșterea numărului de puncte farmaceutice în localitățile rurale;

» angajarea în fiecare localitate rurală a unui asistent medical;

» extinderea, modernizarea și echiparea cu aparatură medicală și echipamente medicale a spitalelor din raioane;

» creșterea calității serviciilor medicale prin îmbunătățirea pregătirii profesionale continue a personalului medical prin elaborarea și respectarea planurilor de pregătire profesională a personalului pentru unitățile sanitare;

» creșterea abilităților de comunicare ale personalului medical.

b) *îmbunătățirea finanțării sectorului medical, prin:*

» întărirea capacităților de evaluare, audit și control ale autorităților de sănătate publică;

» afișarea permanentă a datelor financiare de interes public de către furnizorii de servicii medicale;

- » atragerea de noi resurse din bugetul local, venituri proprii, donații, sponsorizări etc.;
- » inițierea de proiecte cu finanțare din fonduri structurale sau din alte fonduri europene accesibile.

Considerăm important de acordat o atenție deosebită **menținerii sănătății**, prevenirii bolilor în rândul tinerilor din mediul rural. În acest scop se propune:

- a) *încurajarea realizării educației pentru sănătate și a calității vieții tinerilor*, prin:
 - » desfășurarea în școli a lecțiilor pe teme privind alimentația sănătoasă și sănătatea reproductivă;
 - » promovarea educației rutiere și a conducerii auto în cadrul programului școlar;
 - » susținerea proiectelor de prevenire a bolilor cu transmitere sexuală și prevenirea consumului de droguri în rândul tinerilor.
- b) *susținerea sănătății tinerilor prin sport și educație fizică, pentru formarea deprinderilor unui stil de viață sănătos*, prin:
 - » asigurarea accesului elevilor la bazele sportive existente;
 - » menținerea educației fizice ca disciplină obligatorie în școli și universități;
 - » încurajarea practicării unui anumit sport de către fiecare elev sau student și asigurarea atractivității orelor de educație fizică din școli prin includerea unor activități sportive preferate de tineri – fitness, gimnastică aerobică etc.;
 - » combaterea obezității în rândul tinerilor prin programe speciale de activități fizice;
 - » atragerea tinerilor cu dizabilități la practicarea sportului.
- c) *îmbunătățirea oportunităților de petrecere a timpului liber de către tineri*, prin:
 - » creșterea și dezvoltarea calității rețelei de tabere și campusuri de vacanță, case de cultură ale studenților, complexuri sportive pentru tineri;
 - » utilizarea mai intensă a infrastructurii sistemului de învățământ (săli, terenuri sportive, săli pentru spectacole din incinta școlilor și a universităților);
 - » acordarea de sprijin administrațiilor publice locale pentru a dezvolta infrastructura necesară practicării sportului:
 - » terenuri de sport, bazine de înot, piste de biciclete și pentru skate-uri, facilități pentru mișcare în aer liber în zonele din localitățile rurale.

Bibliografie

1. Caușan C., Cojuhari A (2016). *Ocuparea forței de muncă a tinerilor din mediul rural. Chișinău*: Editura «Tehnica-info», 229 p.
2. Gorobievski S. (2013). *Concepte și abordări metodologice de evaluare și creștere a calității vieții*. Chișinău: Edit. «Tehnica-Info», pp. 30-37.
3. Human Development Report (2010). *20th Anniversary Edition. Published for the United Nations Development Programme (UNDP)*. New York. 228p. ISBN 0-19-521836-1
4. Moldova 2020: *Strategia națională de dezvoltare: 7 soluții pentru creșterea economică și reducerea sărăciei* (Legea Nr. 166 din 11.07.2012. În: MO al Republicii Moldova, 30.11.2012, nr. 245-247).
5. *Strategia națională de sănătate publică pentru anii 2014-2020* (Hotărârea Guvernului Nr. 1032 din 20.12.2013. În: MO al Republicii Moldova, 27.12.2013, nr. 304-310).
6. Mîtcu M., Hachi M. (2008). *Populația rurală a Republicii Moldova: cercetări geodemografice*. Chișinău: ASEM, 243 p.
7. *Ocotirea sănătății în Republica Moldova* (2013). Chișinău, 232 p.
8. Matei C. (2010). *Managementul demografic și problemele securității demografice*. În: Conf. șt. intern. „Evoluția demografică și politica securității demografice”, 22-23 aprilie 2010. Chișinău, p. 24-32.
9. Mărginean I., Bălașa A.(coord.) (2005). *Calitatea vieții în România*. București: Expert, p. 51.

10. Youth Policy in Moldova: An international review (2009). Budapest, 93 p.
11. Synthèse des résultats du projet exécuté par MIJARC en collaboration avec le FIDA et la FAO 'Faciliter l'accès des jeunes ruraux aux activités agricoles': Forum Paysan – Session sur la jeunesse dans le monde agricole, 18 février 2012. http://www.ifad.org/farmer/2015/youth/report_f.pdf. (vizitat 12.05.2017).
12. www.ec.europa.eu/eurostat.
13. www.statistica.md.