ROLUL SERVICIILOR MEDICALE ÎN ASIGURAREA ECHITĂȚII SOCIALE

Corina CAUŞAN, Doctor în Economie, Conferențiar Universitar,
Universitatea de Studii Politice şi Economice Europene
„Constantin Stere", Republica Moldova
E-mail: kausankorina@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5021-6473

Ghenadie RADU, Doctorand,
Medic Categoria Superioară,
Universitatea Tehnică a Moldovei
E-mail: dacii@mail.ru
ORCID: https://orcid.org/0009-0004-4593-6280

DOI: https://doi.org/10.36004/nier.cecg.II.2024.18.22

Abstract. *In the modern world, health problems are becoming increasingly acute and multifaceted. Population growth, increasing life expectancy, epidemics of infectious and chronic diseases and changes in people's lifestyles are permanent challenges for the improvement of existing health systems and objectives of European integration. The development of the health system envisages the diversification of health services and their homogenization in the EU Accession Strategy 2030. At the same time, the social and economic aspects of health care are becoming increasingly important, as the health of the nation directly affects social stability and economic development. From the research conducted, the authors realized that the role of health services in ensuring social equity is very important, considering that not every health system can realize complex health services, covering relatively all the population of the country. Data from the surveys conducted by the NBS show that in the Republic of Moldova there is a stable pattern of cooperation with the health services sector, practically unchanged in all socio-demographic categories, with deviations between services provided in urban and rural areas. The aim of the paper is to determine the factors, which reflect the structure and disharmony of health services provision, according to a number of socio-demographic characteristics (age, type of locality, level of education and income, region of residence) in the Republic of Moldova, and to argue ways to reduce these divergences. We recognize the fact that in the research attention was paid to older people in both urban and rural areas. In general, the authors are of the opinion, that the majority of people living in rural areas are less likely to seek medical care than those living in cities, especially the elderly population. Material and methods. Statistical data of WHO, NBS, annual reports of the Ministry of Health and CNAM, (2021-2023), Quality of Life Index by Country Numbeo Report, 2023, Quality of Life Index by Country Numbeo Report, 2023 were used in the context of the research. In analyzing the research we used the method of clustering, comparison, analysis of empirical information at the national level and*

concomitantly scientific literature, which allowed us to determine the social differences in the provision of health services. The subject of the research are the users of medical services in urban and rural areas. Results. In the field of public health at present, it has been proved that the health status of the population is directly dependent on the methods of medical service provision, speed, correctness of decision making and professionalism of medical professionals, early detection of serious diseases, compliance with vaccination protocols, etc. The system of public health financing plays a primordial role in the medical social equity of the population, well-being, health level and increase in life expectancy. The population's income is directly proportional to the number of services provided, both by the CNAM and co-payments.
Keywords: *public health, health services, life expectancy, urban area, rural area, social equity in health services*
JEL: *H53, I13, I14*
UDC: *338.46:614+364.32](478)*

Introducere. Dimensiunile economice ale asistenței din domeniul sănătății nu au ca obiect reducerea cheltuielilor pentru asistența medicală. Nu ar trebui să fie o modalitate de a reduce costurile, ci de a găsi modalitățile și metode de valorificare cât mai eficientă a acestora în scopul protejării sănătății populației. Politica Departamentului European al Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, pentru următorii 20 de ani, în vederea asigurării condiţiilor necesare tuturor oamenilor de a obţine şi menţine cel mai înalt nivel posibil de sănătate, adoptată în mai 1998, "Sănătate pentru toţi în secolul 21" are ca scop atingerea potenţialului maxim de sănătate pentru toţi europenii (OMS, 2024a). La nivel mondial s-a acumulat o importantă serie de experiențe în dezvoltarea și perfecționarea unor metode de finanțare și organizare a serviciilor de sănătate. De exemplu, statele lider au depus eforturi în mod constant în vederea extinderii nivelului de acoperire a populației cu servicii medicale gratuite, a eficientizării resurselor de finanțare și a distribuției fondurilor, a gestionării sistemului de sănătate în vederea sporirii performanței sistemului și a eradicării dublei utilizări a costurilor. În cele din urmă, în ciuda faptului că niciunul dintre sistemele de servicii medicale în vigoare în prezent nu se pot considera universalizate, pentru a asigura optimizarea actualului model de asistență medicală din Republica Moldova, este necesară o analiză a beneficiilor și limitelor acestora, precum și generalizarea experienței anumitor țări cu același model Bismark. Relația dintre nivelul de satisfacție cu serviciile medicale și statutul socio-economic, socio-cultural au o corelare destul de strânsă. OMS extinde politicile și strategiile naționale de îmbunătățire a calității serviciilor medicale, oferă o puternică fundație pentru ameliorarea calității în cadrul sistemului de sănătate și ar urma să fie în strânsă legătură cu strategia și cu planificarea națională mai extinsă în domeniul sănătății (OMS, 2024a). ”Plecând de la nevoia de sănătate a populaţiei definim echitatea în sănătate ca un concept bazat pe dreptatea distributivă ce poate fi văzută ca o reflectare a principiilor drepturilor omului, concept menit să asigure o reglementare a relaţiilor sociomedicale prin instituirea unor reguli speciale.” (Coroamă, 2015, p.3). Rolul sectorului de sănătate

în reducerea inechităţilor de sănătate este de a asigura accesibilitatea şi eficientizarea serviciilor de sănătate pentru grupurile sociale defavorizate și cooperarea cu alte instituţii cu scopul de a crea un mediu fizic, social și economic mai sănătos pentru aceste categorii sociale. Îmbunătățirea serviciilor de sănătate are rolul de a atenua impactul lipsurilor financiare care afectează sănătatea grupurilor sociale defavorizate (Coroamă, 2015, p.3).

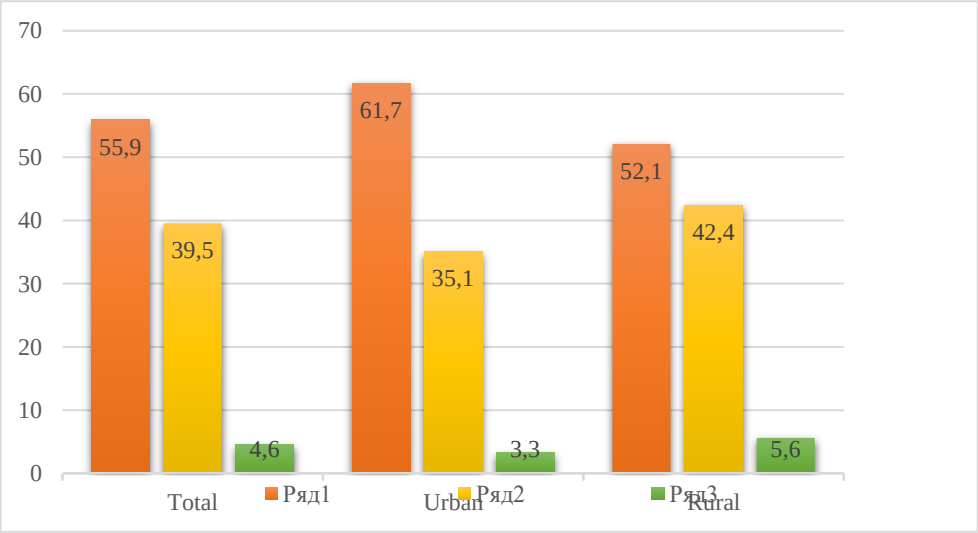

Figura 1. **Structura populației după percepția stării de sănătate, pe medii de reședință în R.Moldova, 2021**
Sursa: (BNS, 2022)

Studiul „Accesul populaţiei la serviciile de sănătate" (a.2022) (BNS, 2022), efectuat de BNS, în 2021, a demonstrat lacunele inechității serviciilor medicale. Cercetarea a fost realizată pe un eşantion de 964 gospodării, inclusiv 2205 respondenţi, din care 417 copii. Rezultatele cercetării sunt reprezentative la nivel național, pentru mediul rural și urban, și regiuni statistice (Nord, Centru, Sud, mun. Chișinău) (BNS, 2022, p.1). Viziunea autorilor relevă faptul, că diferența de prestare a serviciilor medicale între zonele urbane și rurale au consecințe negative în contextul sănătății (mortalității crescute și speranței de viață reduse).

Datele studiului relevă că, 61,7% din populația urbană și-a apreciat starea de sănătate ca fiind una bună sau foarte bună, comparativ cu cea din mediul rural – 52,1%. Totodată, 5,6% din populaţia rurală și-a apreciat starea de sănătate ca fiind rea sau foarte rea, pe când în mediul urban 3,0% din locuitori își percep starea de sănătate ca fiind nesatisfăcătoare. Unul din factorii care a influențat percepția stării de sănătate ca fiind nesatisfăcătoare este predominarea populației vârstnice în mediul rural și respectiv, creșterea riscului de incidență a anumitor maladii cronice (CNAM, 2023, p.7).

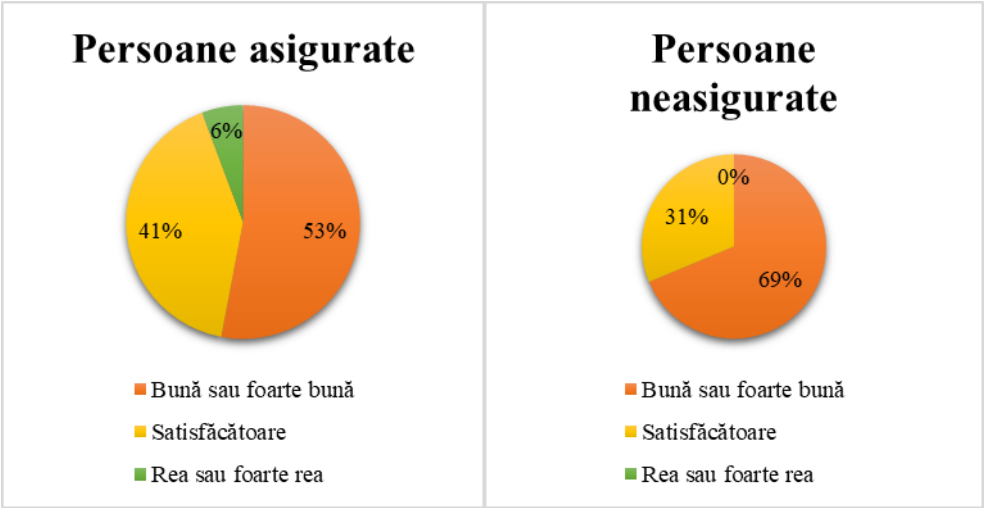

Figura 2. **Structura populației după starea de sănătate declarată și statutul de asigurat, 2021**
Sursa: (BNS, 2022)

Cheltuielile de sănătate reprezintă valoarea definitivă a consumului de bunuri și servicii de sănătate (adică cheltuielile cu serviciile curente de sănătate), inclusiv, asistența medicală personală (cum ar fi îngrijirea curativă, reabilitarea, îngrijirea pe termen lung, serviciile auxiliare și bunurile medicale) și serviciile colective (prevenirea și serviciile de sănătate publică, precum și administrarea sănătății), dar excluzând cheltuielile pentru investiții. Asistența medicală este finanțată printr-o combinare de măsuri de finanțare, inclusiv, cheltuieli guvernamentale și asigurări de sănătate obligatorii („guvernamentale/obligatorii”), precum și de asigurările de sănătate voluntare și fondurile private, cum ar fi plățile din buzunar ale gospodăriilor, ONG-uri și societăți private („voluntare”). Indicatorul este măsurat ca procent din PIB, ca procent din cheltuielile totale de sănătate și în USD pe cap de locuitor (utilizând Paritatea Puterii de Cumpărare (PPC) la nivelul întregii economii). Persoanele din mediul urban apelează mai des la servicii medicale comparativ cu persoanele din mediul rural, precum disponibilitatea asigurării obligatorii de asistenţă medicală asigură un acces mai mare la servicii de asistenţă medicală primară (CNAM, 2023, p.12). Disponibilitatea asigurării medicale obligatorii este unul din factorii care determină accesul populaţiei la serviciile medicale pentru toate categoriile de populaţie. Reieşind din aceasta, se constată că persoanele asigurate au beneficiat într-o proporţie mai mare de servicii medicale în ultimele 4 săptămîni, comparativ cu cele neasigurate, cu o diferenţă de 18,6 puncte procentuale a acestui indicator. ”Persoanele cu asigurare medicală, din mediul urban au înregistrat un acces mai ridicat la servicii de asistență medicală primară decât din mediul rural, respectiv (30,8% față de 25,0%)” (BNS, 2022, pp.12-13).

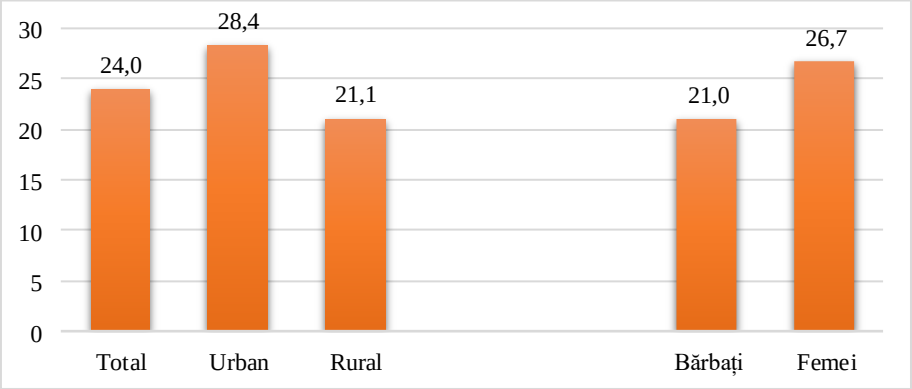

Figura 3. **Ponderea persoanelor din R.Moldova care s-au adresat pentru servicii medicale în ultimele săptămâni, pe medii de reședință și sexe, 2021**
Sursa: (BNS, 2022)

Conceptele de echitate și inegalitate în sănătate sunt inseparabile în implementarea practică a conceptului de echitate în sănătate urmărindu-se minimalizarea inechităţilor în sănătate. Aceasta presupune influenţarea factorilor sociali, dar şi a determinanţilor medicali ai sănătăţii consideraţi de mulţi autori ca factori determinanţi ai inegalităţilor în sănătate. Pentru cunoaşterea cât mai exactă a situaţiei reale privind inegalităţile şi diferenţele existente în societate se pune tot mai imperios problema măsurării acestor inegalităţi folosindu-se parametrii, cum ar fi ratele de mortalitate și sănătate, însă rezultatele obţinute până în prezent nu furnizează date exacte realizându-se doar o imagine relativă asupra inegalității în sănătate (Coroamă, 2015, p.3).

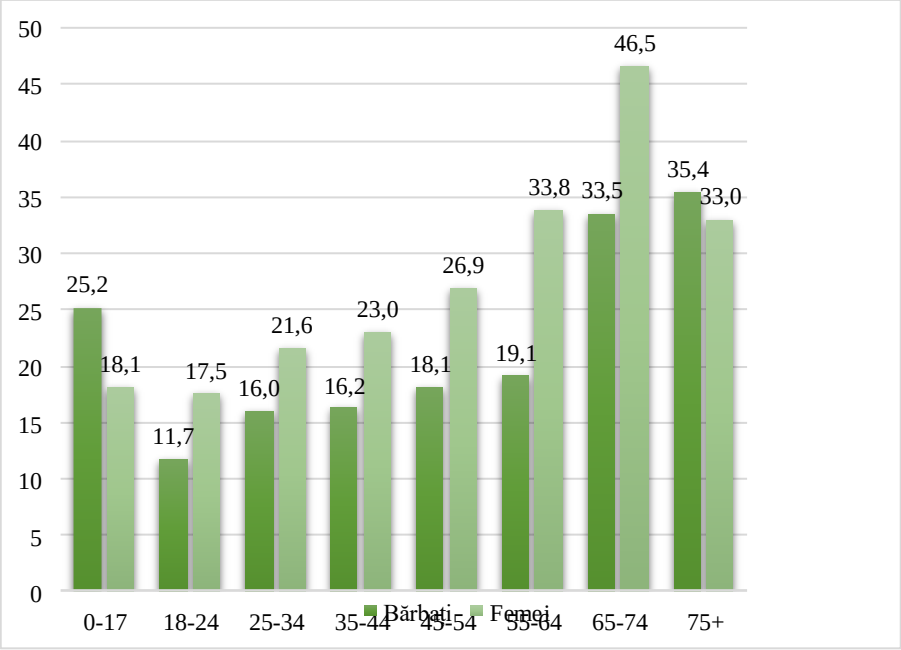

Figura 4. **Ponderea persoanelor care s-au adresat pentru servicii medicale în ultimele 4 săptămâni, pe sexe și grupe de vârstă, 2021.** *Sursa: (BNS, 2022)*

Rezultatele Studiului „Accesul populaţiei la serviciile de sănătate” (a.2022) (BNS, 2022), efectuat de BNS, denotă faptul că, percepţia pozitivă a stării de sănătate a populaţiei se reduce odată cu înaintarea în vârstă: femeile s-au dovedit a fi mai critice faţă de perceperea stării sale de sănătate comparativ cu bărbaţii: 51,0% din bărbaţi consideră că starea de sănătate este bună sau foarte bună, faţă de 40,7% în cazul femeilor. Circa 53 la sută din persoanele în vârstă de 16 ani şi peste, din mediul urban își apreciază starea de sănătate ca fiind bună sau foarte bună, comparativ cu 33 la sută din persoanele de aceeaşi vârstă din mediul rural. Autorii menționează, asigurările de sănătate constituie un mecanism de relații cu caracter economic care, vizează sănătatea populației, ce cuprinde structura interacțiunii între toate categoriile de subiecți ai asigurărilor de sănătate pe principiul autofinanțării, al autoreglementării, al auto-suficienței și controlului în cadrul sistemului, constituirea de fonduri de asigurări medicale și utilizarea acestora pentru acoperirea prejudiciilor de sănătate a cetățenilor. ”Studiul sociologic privind evaluarea satisfacției beneficiarilor de sistemul AOAM, nivelul de așteptări și impact ca rezultat al acțiunilor îndreptate spre creșterea satisfacției beneficiarilor sistemului AOAM, a fost implementat în cadrul proiectului „Echitate în sănătate prin responsabilizare socială”, finanțat de Guvernul Elveției, care a avut ca scop să consolideze echitatea în sănătate, transparența și responsabilizarea socială” (CNAM, 2023, p.7). În perioada 2020-2021, Republica Moldova a cheltuit în mediu aproximativ 12% din PIB-ul său pe sănătate (aproximativ 5,6% din sursele publice), ceea ce a fost mai mult ca media pentru regiunea Europeană OMS (8,3%). Iar în perioada 2021-2022 a cheltuit în mediu aproximativ 12,5% din PIB-ul său pe sănătate, 2022-2023 a cheltuit 11,8% din PIB. Pe parcursul timpului, cheltuielile pentru sănătate în dolari SUA pe cap de locuitor la PPP au fluctuat. Autorii sunt de părerea că echitatea medicală, trebuie analizată în baza Speranței Medii de Viață la naștere (SMV). Cu cât mai mult învestim în sănătatea publică, cu atât serviciile medicale devin mai performante, în contextul dezvoltării Progresului Tehnico-Științific. Prelevările din PIB joacă un rol primordial, în calitatea serviciilor medicale, și nu în ultimul rând echitatea medicală. Statul este necesar presteze servicii medicale gratis unor pături a populației vulnerabile.

Tabelul 1. **Investițiile din PIB ale unor țări din UE-27 în sănătatea publică (inclusiv și țărilor la etapa preaderării - Ucraina, Moldova, Muntenegru), 2022**

Țara	Ratingul țărilor după valoarea PIB, $		Investiții în sănătatea publică		SMV la naștere
	Total PIB, *mld. $*	PIB per capita, *mii $*	PIB, *mld. $*	% din PIB	Ani
1. Italia	2010,0	32,9	180,9	9,0	82,59
2. Polonia	688,0	16,7	46,91	6,7	78,76
3. România	301,3	12,2	19,58	6,5	75,76
4. Cehia	291,0	20,5	26,48	9,1	79,73

5. Portugalia	252,0	22,2	21.42	8,5	81,49
6. Grecia	219,0	20,7	18,83	8,6	81,3
7. Ungaria	179,0	16,3	11,99	6,7	77,20
8. Ucraina	160,0	2,3	11,11	6,9	68,56
9. Bulgaria	89,0	9,5	7,12	8,0	75,57
10. Croația	71,1	16,5	4,9	6,9	77,22
11. Lituania	70,3	18,4	5,28	6,9	75,91
12. Serbia	63,5	7,4	4.45	7,0	74,17
13. Letonia	41,2	16,9	3,62	7,5	75,75
14. Estonia	38,1	21,2	2,63	6,9	75,57
15. Albania	18,9	51,5	1,68	8,9	79,47
16. R. Moldova	14,4	3,5	1, 17	8,8	72,44
17. Muntenegru	6,1	7,9	0,39	6,4	77,22

Sursă: elaborat în baza (Trading Economics, 2024)
(Country Economy, 2024) (World Population Review, 2024)

În baza datelor reflectate, autorii menționează că cu cât prelevările din PIB sunt mai ridicate, cu atât speranța medie de viață la naștere este mai lungă. Cele mai joase valori (până la 6,9%) au semnat: Republica Moldova, Croația, Polonia, România, Lituania, Muntenegru, Estonia, Ucraina, etc.

Echitatea acordării serviciilor medicale constă, în primul rând, în atitudinea medicului față de pacient, precum este menționat în Jurământul lui Hipocrates (300 și ceva ani p.e.n.), care a menționat că medicul duce lupta cu boala pacientului utilizând toate posibilele instrumente și metode de tratament, indiferent de statut, vârstă, sex, etnie, și alți factori ai bolnavilor.

Alte componente ale echității acordării serviciilor sunt: transparența și discuțiile sincere cu pacientul pe marginea posibilelor metode de tratament, așteptările și posibilele consecințe. Echitatea în acordarea de servicii medicale poate fi exprimată și în modalitatea de prestare a serviciilor farmaceutice. De exemplu: preparatul Concor, are un preț mai ridicat comparativ cu preparatele analoge cardiace, care poate fi cumpărat de pacienții cu un venit mai înalt; pentru persoanele cu venituri medii se propun medicamente analoge mai ieftine: Bisoprolol, Niperten, Bisagama, etc. (la diferiți producători prețurile sunt diferite). Politica de prestări farmaceutice dictează propunerea de vânzare a celui mai scump preparat în primul rând, apoi se propun cele mai ieftine preparate, argumentând că nu prea sunt de calitate, ceea ce nu întotdeauna corespunde realității. De aici și provine dilema echității, farmacistul vine cu propunerea medicamentelor la dorința pacientului, fiecărui după buzunar, însă calitatea lasă de dorit. Sunt și cazuri, când pacientul selectează preparate mai ieftine din cauza insuficienței financiare și, astfel, el singur își asigura echitatea serviciului acordat.

În contextul Proiectului „Echitate în sănătate prin responsabilizare socială” este implementat de Crucea Roșie din Elveția în parteneriat cu AO HOMECARE și AO CASMED și a fost finanțat de Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și

Cooperare. Proiectul a fost componentă a proiectului Băncii Mondiale „Modernizarea sectorului sănătății în Republica Moldova” și care a fost implementat în perioada Mai 2019-Aprilie 2023 (World Population Review, 2024).

Obiectivul 3 prevedea: Populația Republicii Moldova este protejată în mod eficient împotriva sărăciei condiționate de cheltuielile pentru sănătate (World Population Review, 2024). Autorii sunt de opinia că acest obiectiv a fost implementat la circa 75%, mai ales după 1.04.24, când a fost întrodus mecanismul de E-rețetă, situația a fost ameliorată, creând noi dificultăți. Populația de vârsta a treia nu a fost gata să facă față noilor elemente a prestării digitalizate a serviciilor medicale. La ziua de astăzi se cere ridicarea culturii digitale la populația de vârsta a treia, ea este cea mai defavorizată în acest sens, atât din zona urbană, cat și cea rurală.

Studiul sociologic efectuat în fiecare an, privind evaluarea satisfacției beneficiarilor de sistemul AOAM, nivelul de așteptări și satisfacției persoanelor, efectuat de CNAM, relevă următoarele date din Tabelul 2. Dinamica satisfacției asiguraților de accesul la serviciile de sănătate este în permanentă creștere în mediu cu 1,3%, însă nu a trecut pragul de valoarea medie. Autorii menționează că la acest capitol mai este de lucrat, pentru reziliența adecvată. La capitolul Satisfactia respondentilor asigurați de accesul la serviciile de sănătate, pragul de 51% a fost ajustat, mărindu-se cu 3,2% în mediu, reflectând o creștere de calitate.

Tabelul 2. **Reflectarea ponderii satisfacției persoanelor asigurate cu AOAM, %, 2015-2022**

Indicatori	Baza	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Satisfacția respondenților asigurați de accesul la serviciile de sănătate	35,4	36,4	37,4	38,4	39,4	40,5	40,1	41,4
Satisfacția respondenților asigurați de calitatea serviciilor de sănătate	56,0	57,1	58,3	59,1	60,0	59,0	58,3	58,1
Nu răspund	8,6	6,5	4,3	2,5	0,6	0,5	1,6	0,5
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Sursa: (CNAM, 2023).

În funcție de sexul respondenților, nu s-au înregistrat diferențe semnificative. Ponderea bărbaților care au apelat la serviciile medicului de familie a constituit 65,3% față de 63,2% la femei. Totodată, la serviciile medicului specialist au apelat 22,6% femei față de 20,3% bărbați. Ponderea persoanelor care apelează la serviciile medicului specialist se majorează odată cu creșterea bunăstării gospodăriei. Mai

mult de jumătate din persoanele care au apelat pentru servicii medicale au beneficiat de acestea la Centrul de sănătate, iar 39 la sută - în cadrul oficiului medicului de familie (BNS, 2022, pp.14 -16).

La contextul macroeconomic, la general rămâne una din constrângerile principale ale țării de a atrage (mai) multe resurse în sănătate. Mai este nevoie de asistență continuă prin fonduri externe, în special pentru noile investiții capitale. Investiţiile în capacitatea de implementare şi consolidarea instituţională trebuie să devină un aspect critic al dezvoltării politicii de sănătate. Resursele umane calificate, instituţiile medicale eficiente şi funcţionale, politicile, legile şi strategiile de susţinere formează baza pentru planificarea, implementarea şi revizuirea politicii naţionale şi Strategiei naţionale în domeniul sănătăţii. Investiţiile în capacitatea de implementare presupune nu numai instruirea persoanelor, dar o şi mai frecventă implicare a instituţiilor şi societăţii. Asistența în domeniul sănătății reprezintă una dintre sferele principale de activitate ale oricărui stat care își propune să asigure sănătatea populației și să ofere asistență medicală coerentă. Cu toate acestea, evaluarea eficacității asistenței medicale ar trebui să acopere nu doar caracteristicile specifice ale asistenței medicale, ci și factorii sociali și economici care contribuie la bunăstarea socială globală. Autorii menționează, că aceasta înseamnă că un sistem de sănătate eficient nu poate fi judecat doar pe baza tratamentelor și intervențiilor medicale, ci trebuie să fie evaluat și în contextul impactului său asupra:

- Inegalităților sociale. Asistența medicală trebuie să contribuie la reducerea disparităților sociale, asigurând acces egal pentru toate grupurile demografice și economice.
- Dezvoltării economice. Un sistem de sănătate robust poate contribui la o forță de muncă mai sănătoasă și mai productivă, ceea ce, la rândul său, susține creșterea economică și dezvoltarea sustenabilă.
- Calității vieții. Evaluarea trebuie să includă și modul în care asistența medicală influențează bunăstarea generală a indivizilor, inclusiv aspecte legate de sănătatea mentală, satisfacția față de viață și incluziunea socială.
- Sustenabilității și rezilienței sistemului de sănătate. Este esențial ca sistemul de sănătate să fie capabil să facă față crizelor și provocărilor viitoare, menținând în același timp un nivel ridicat de calitate a serviciilor oferite.

Integrarea acestor factori în evaluarea eficacității asistenței medicale permite o înțelegere mai cuprinzătoare a modului în care sistemul de sănătate contribuie la bunăstarea socială și economică a populației. Autorii menționează că eficacitatea serviciilor de sănătate din punct de vedere social, implică asigurarea, că sistemul poate răspunde nevoilor și aspirațiilor diferitelor categorii sociale. Acest obiectiv presupune:

- Disponibilitatea serviciilor de sănătate. Toate segmentele populației după vârsta trebuie să aibă acces la serviciile de sănătate necesare, indiferent de locație, statut socio-economic sau alte bariere posibile.
- Repartizarea echitabilă a resurselor. Resursele sistemului de sănătate (financiare, umane, materiale) trebuie să fie distribuite într-un mod care să

asigure accesul echitabil pentru toți cetățenii, evitând inechitățile și discriminările.

- Considerarea aspectelor culturale și sociale. Serviciile de sănătate trebuie să fie adaptate la diversitatea culturală și socială a consumatorilor, respectând valorile, credințele și practicile acestora. Acest lucru este esențial pentru a asigura că intervențiile medicale sunt acceptate și utilizate eficient de toate grupurile din societate.

Aceste componente sunt esențiale pentru a crea un sistem de sănătate nu prin tratarea bolilor, ci și promovarea bunăstarii și echității sociale. Eficiența din punct de vedere medical, social și economic a asistenței medicale este interconectată și este importantă, inclusiv, pentru sănătatea populației și dezvoltarea durabilă a societății. O provocare esențială pentru sistemul de sănătate în contemporaneitate o constituie stabilirea unui echilibru între aceste elemente. În țările contemporane, aspectele legate de sănătate devin din ce în ce mai acute și mai multiple. Creșterea demografică, sporirea speranței de viață, răspândirea epidemiilor de boli infecțioase și cronice și schimbările în modul de viață al cetățenilor, constituie o adevărată provocare pentru actualele sisteme de sănătate. În paralel, dimensiunile sociale și economice ale serviciilor medicale devin din ce în ce mai relevante, întrucât sănătatea unei națiuni are un impact direct în stabilitatea socială și dezvoltarea pe plan economic. Extinderea resurselor financiare pentru sănătate prin atragerea de resurse extrabugetare reprezintă o strategie importantă pentru îmbunătățirea sistemului de sănătate. Acest lucru poate include atragerea de investiții private în infrastructura medicală, parteneriate public-private pentru furnizarea de servicii de sănătate, sau alte inițiative care să sporească finanțarea și sustenabilitatea sectorului sănătății. Autorii menționează că descentralizarea gestionării activității curative și de profilaxie prin transferul de responsabilități către unitățile teritoriale poate contribui la o mai bună gestionare a resurselor și la adaptarea serviciilor de sănătate la nevoile locale. Această abordare poate îmbunătăți accesul la servicii medicale și poate spori eficiența sistemului de sănătate.

Majorarea eficacității utilizării obiectivelor segmentului socio-medical, implică optimizarea utilizării resurselor disponibile în sistemul de sănătate. Aceasta poate include modernizarea infrastructurii medicale, utilizarea tehnologiilor medicale avansate și îmbunătățirea proceselor de gestionare a stocurilor și a resurselor umane.

Crearea premiselor pentru trecerea la piața serviciilor medicale, în timp ce se asigură accesul gratuit pentru păturile vulnerabile ale societății, reprezintă un echilibru important între eficiența sistemului de sănătate și asigurarea dreptului la sănătate pentru toți cetățenii în contextul echității. Acest lucru poate fi realizat prin implementarea unor mecanisme de asigurare medicală obligatorie, precum și prin stabilirea unor standarde și reglementări care să garanteze accesul egal la serviciile de sănătate. Intensificarea cerințelor față de responsabilitatea personalului din instituțiile medicale pentru rezultatele activității din punct de vedere social și economic este crucială pentru asigurarea calității și eficienței serviciilor de sănătate. Aceasta poate implica implementarea unor sisteme de evaluare a performanței și a unor mecanisme de responsabilizare a personalului medical,

precum și dezvoltarea unor programe de formare și dezvoltare profesională continuă.

Concluzii și recomandări: Rolul serviciilor medicale, constă în acțiunea de ajutorare la o sănătate mai bună, ca rezultantă a sustenabilității, prin mărirea SMV și CV.

Cumulând elementele cercetării, se poate conchide, că cel mai mare nivel de satisfacție cu privire la serviciile medicale este observat în cadrul populație de vârstă tânără și medie. Nivelul cel mai crescut de satisfacție cu serviciile medicale este remarcat în cadrul populației de vârstă tânără și mijlocie, iar în rândul femeilor acest indicator este mult mai mare decât al bărbaților.

Recunoscând natura complexă a sănătății si reieșind din definiția autorilor, în care individul este tratat ca sistem complex fizic, mental și social-economic, este logic să argumentăm că fizicul este baza stării mentale a individului, iar bunăstarea socială caracterizează rezultanta ambilor factori.

În conceptul nou de sănătate publică ca categorie economică, un element esențial este natura interacțiunii dintre individ și comunitatea locală. Adesea, într-un astfel de context, un indicator al sănătății publice intră oportunităţile pe care le oferă în realizarea umană funcțiile lor biopsihosociale, iar *sănătatea publică le oferă condiții optime, adecvate ale mediului social, definind dezvoltarea armonioasă a individului în contextul nevoilor umane.*

Profilul socio-demografic și epidemiologic la schimbare din Republica Moldova, implică o reconfigurare a serviciilor spitalicești. Sunt necesare noi cerințe pentru a asista populația în vârstă și pacienții ce suferă de boli cronice, privind echitatatea socială. Mai există și necesitatea vizibilă de diferențiere dintre tratamentul acut și pe termen lung în contextul conexiunii.

Accesul la serviciile medicale prevede dezmembrarea inechității sociale, creșterea sustenabilității privind speranța de viață sănătoasă, accesibilitatea la o forță de muncă capabilă spre performanțe în sistemul de sănătate.

Diferențele în evaluările făcute de reprezentanții grupelor socio-demografice cu privire la acoperirea serviciilor medicale au dovedit, că informarea populației, monitorizarea și auditul prestărilor în permanență, aduc la o sustenabilitate a stării de sănătate în țară, asigurând echitatea social medicală și creșterea speranței de viață. Digitalizarea este un element-cheie în procesul de reducere a lacunelor în efectuarea managementului serviciilor medicale. Grație Aderării la UE, sunt planificate diverse modificări în Acțiunile și Strategiile de dezvoltare a țării prin readucerea legislației la obiectivele trasate și creșterea operativității și fezabilității ocrotirii sănătății. Serviciile medicale de calitate influențează SMV, care este un rezultat al eforturilor depuse de societate și cetățean, iar în baza SMV se poate de determinat valorile relevante ai indicatorilor mortalității la diferite vârste ale cetățenilor.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova (BNS). (2022). *Accesul populației la serviciile de sănătate:* Rezultatele studiului de sănătate: Sinteză.

Chișinău: Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. https://statistica.gov.md/files/files/publicatii_electronice/acces_servicii_sanatate/Acces_servicii_sanatate_2022.pdf

Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova (BNS). (2024). www.statistica.md

Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM). (2023). *Raport de activitate a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină*. http://cnam.md/wp-content/uploads/2024/06/Raport-de-activitate-CNAM-2023.pdf

Coroamă, A.-M. (2015). Echitatea în sănătate şi determinanţii sociali ai sănătăţii. *Jurnalul Medical de Bucovina*, *1*(1), 1-4. https://www.jmbucovina.ro/rc_images/echitatea.pdf

Country Economy. (2024). *Government Health expenditure*. https://countryeconomy.com/government/expenditure/health

Gorobievschi, S., & Caușan, C. (2019). Evaluation of health care system quality in the context of medical reform. *Journal of Social Sciences*, 2(3), 54-62.

Gorobievschi, S., Costru, T., Puia, R., & Ungureanu, A. (2021). Aplicarea conceptului calității vieții în evaluarea stării de sănătate a pacienților post COVID-19 din Republica Moldova. *Journal of Social of Sciences*. *4*(3), 79-88. https://jss.utm.md/wp-content/uploads/sites/21/2021/09/JSS-3-2021.pdf

Homecare. (2024). *Proiectul echitate în sănătate prin responsabilizare socială*. https://homecare.md/projects/proiectul-echitate-in-sanatate-prin-responsabilizare-sociala-2/

Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului: nr. 263-XVI din 27.10.2005. (2005). *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 176-181, art. 867.

McClellan, M., Geppert, J., McDonald, K. M. (2017). *AHRQ quality indicators. Guide to prevention quality indicators*. U.S. Agency for Healthcare Research and Quality.

Numbeo. (2024). *Quality of life, Rankings by country*. https://www.numbeo.com/quality-of-life/rankings_by_country.jsp

Organizația Mondială a Sănătății (OMS). (2024a). *Strategia Organizatiei Mondiale a Sănătății: Sănătate pentru toţi în secolul XXI*. http://www.euro.who.int/en/publications/policydocuments/health21healthforallinthe21stcentury

Organizația Mondială a Sănătății (OMS). (2024b). *Quality Health Services*. https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services

Prüss-Üstün, A., Rapiti, E., & Hutin, Y. (2005). Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers. *American Journal of Industrial Medicine*, *48*(6),482-490.

Trading Economics. (2024). *Countries*. https://ru.tradingeconomics.com/countries

World Population Review. (2024). *Country Rankings, Healthiest Countries*. https://worldpopulationreview.com/country-rankings/healthiest-countries