



CONSILIUL NAȚIONAL AL
PERSOANELOR VÂRSTNICE

Problematika vârstnicilor din mediul rural

Octombrie

2015

Cuprins

1. Introducere	3
2. Caracteristici ale spațiului rural românesc	5
3. Problemele persoanelor vârstnice din mediul rural.....	10
4. Concluzii	31
5. Propuneri	33
6. Bibliografie.....	35

Introducere

Lumea satului prezintă dezechilibre socioeconomice importante, ceea ce face din mediul rural românesc un spațiu expus riscurilor sociale. Evidenta subdezvoltare a celor mai multe dintre sate, supraocuparea agricolă a populației rurale sau deficitul de calificare înregistrat de segmente importante ale locuitorilor domiciliați la sate reprezintă consecințe ale situației economice precare înregistrate la nivel național.

Lipsa utilităților publice de bază, precum și calitatea serviciilor la care au acces cei mai mulți dintre locuitorii satelor, conturează un nivel deficitar al condițiilor comunitare de viață pentru majoritatea localităților rurale, ce se transpune, în mod evident, într-un standard de viață scăzut pentru populație (Mărginean, 2006). Această situație se explică prin faptul că marea majoritate a comunelor din România nu își pot finanța din fonduri proprii proiectele de dezvoltare a infrastructurii locale, din prisma veniturilor insuficiente care se colectează la bugetele locale, fiind dependente, în derularea unor astfel de inițiative, de alocările de la bugetul central, precum și sursele de finanțare europeană (Mihalache, 2013). Corolarul acestor probleme structurale ce se regăsesc, în forme diferite, la nivelul cei mai mari părți a localităților și a populației rurale se transpune în sărăcie severă și nivel redus al calității vieții (Mărginean, 2006).

Starea actuală a mediului rural apare drept consecința directă a dificultăților economice înregistrate la nivel național și a numeroaselor măsuri luate de autoritățile publice. Toate acestea au reușit să modifice radical coordonatele mediului rural ducând la scăderea calității vieții, îndeosebi a persoanelor vârstnice.

Vârstnicii constituie un grup de persoane care necesită răspunsuri adaptate din partea autorităților dar și a colectivității. Între neajunsurile locuirii în mediul rural

românesc resimțite de aceștia menționăm: izolarea așezărilor umane din cauza situării într-o zonă greu accesibilă, drumurilor deteriorate, lipsei mijloacelor de transport; lipsa /precaritatea resurselor de existență în general, dar cu precădere în așezările mici; neajunsuri majore în asigurarea accesului la utilitățile publice; slaba acoperire cu servicii sociale a unor zone privind serviciile de îngrijire a sănătății și de asistență socială etc.

Fără îndoială că, adesea aceste aspecte nefavorabile se cumulează la nivelul unei localități (comunități), ceea ce conduce la privațiuni severe în ceea ce privește condițiile de viață. Pentru o bună parte din persoanele vârstnice care locuiesc în mediul rural toate aceste riscuri au condus la o scădere a calității vieții dar și la o creștere a morbidității comparativ cu urbanul.

După cum arată o serie de cercetări la nivel european, comparativ cu țările U.E., România se situează pe ultimul sau penultimul loc în privința multor indicatori referitori la condițiile de viață ale populației, iar mediul rural atârână greu la această balanță nefavorabilă.¹

În acest context general, prin analiza de față, urmărim realizarea unei caracterizări succinte a condițiilor de viață ale persoanelor vârstnice din mediul rural românesc pentru a contribui la schimbarea atitudinii față de sat și promovarea unor acțiuni de politică publică care să determine o îmbunătățire consistentă a acestora.

Un demers în acest sens îl considerăm imperios necesar având în vedere faptul că la 1 ianuarie 2015 în mediul rural locuiau 53,5% din persoanele având vârsta de 65 de ani și peste și 55,5% din cele de peste 70 de ani.

¹ Alber, Jens, Tony, Fahey „Perception of Living Condition in an Enlarged Europe“, Fundația pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Viață și de Muncă, Luxembourg, 2004.

Caracteristici ale spațiului rural românesc

Dezvoltarea rurală necesită o atenție deosebită în cadrul mai larg al dezvoltării teritoriale, unde se constată o pronunțată asimetrie datorată faptului că timp de mai bine de un secol, societatea industrială a determinat dezvoltarea orașelor în detrimentul a numeroase zone rurale, în special a celor din ruralul intermediar și periferic.

În Europa, ruralul este definit² prin dimensiunea colectivităților, modul de utilizare a terenurilor, activitățile economice și culturale și amenajările specifice. La nivel european, clasificarea așezărilor drept rurale, după populație, se face diferit de la țară la țară, pragul variind de la 200 de locuitori (Danemarca, Islanda, Norvegia, Suedia), la 2000 (Franța, Luxemburg, Spania), sau chiar 10 000 de locuitori (Elveția, Portugalia). Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OECD) consideră așezări rurale acele zone în care densitatea este inferioară valorii de 150 locuitori/km².

În România, în ianuarie 2015, populația rurală reprezenta 43,6% din populația totală a țării, în scădere cu aproximativ 4% față de anul 2003. Echilibrul migratoriu este doar aparent, spațiul rural a pierdut și pierde în continuare cea mai importantă dintre resursele sale, resursa umană, în absența căreia punerea în valoare a bogățiilor naturale este dificilă. Migrația rural-urban înregistrată între 1990 și 2012 a fost de 2.240.183 de persoane, satele fiind expuse în continuare depopulării începute în timpul industrializării economiei din regimul comunist. Migrația inversă, urban-rural a fost în aceeași perioadă, de 1.890.807 persoane, dar remigrarea s-a făcut preponderent spre ruralul adiacent orașelor mari.

Astfel, *zonele periurbane* care au constituit oportunități facile de dezvoltări imobiliare (aproape de accesul rutier, de rețelele de utilități și de locurile de muncă oferite de oraș) au devenit practic prelungiri ale orașelor, cel mai adesea în continuitate cu teritoriul acestora pierzând caracterul rural și stilul de viață generat de profilul agricol, urâtind teritoriul prin densitatea și calitatea construcțiilor. Ruralul

² Carta Europeană a Spațiului Rural

intermediar este marcat de depopulare, de infrastructura deficitară și de o incoerență structurală la nivelul rețelei de localități. Așezările urbane mici care ar trebui să sprijine ruralul adiacent, sunt ele însele în declin. Scăderea populației unora dintre acestea sub pragul de 10.000 de locuitori, le exclude de pe lista așezărilor eligibile să primească finanțare prin Programul Operațional Regional (POR), iar satele care aparțin administrativ de acestea nu beneficiază de niciuna dintre liniile de finanțare ale Planului Național de Dezvoltare Rurală (PNDR). *Ruralul periferic* este zona cea mai afectată de actualele politici de dezvoltare. Acesta a devenit un spațiu fragil, expus celor 3 mari dezastre din România contemporană (demografic, forestier și abandonarea agriculturii sistematice) și este practic deconectat de la procesul de dezvoltare.

La nivel declarativ³ relațiile rural-urban trebuie să asigure accesul regiunilor rurale la funcțiunile urbane. Constituirea rețelelor de localități trebuie să aibă în vedere relațiile oraș-sat, pentru a crea un țesut echilibrat, diversificarea economiei zonelor rurale, dezvoltarea spațiilor de agrement, protecția și valorificarea patrimoniului natural și cultural. Încurajarea dezvoltării integrate în zone urbane, rurale și cu specific etno-cultural aparte, în scopul facilitării sinergiei dintre acestea și a unei mai bune exploatare a valorilor locale, este menționată și printre prioritățile Strategiei Europa 2020. În România, parteneriatul oraș-sat rămâne deocamdată, doar un deziderat. Ruralul reprezintă o categorie subordonată intereselor urbanului, acesta din urmă hrănindu-și bunăstarea pe seama resurselor din mediul rural. În ultimii 40 de ani, în România ruralul a constituit un important rezervor de salariați, asigurând aproximativ 50% din forța de muncă pentru dezvoltarea României (industrie, comerț, servicii). Transferul de populație, care continuă și în prezent, conduce la aglomerarea urbanului și la gestionarea tot mai dificilă și complicată a acestuia, și în același timp privează ruralul de resursa cea mai importantă pentru dezvoltare.

România se distinge printr-o amprentă rurală puternică, populația rurală având cea mai ridicată pondere în UE (43,6% din totalul populației) și o densitate scăzută, 45,1 locuitori /km², comparativ cu Franța 54 locuitori /km², Italia 64 locuitori /km², Germania 100 locuitori /km². Există și diferențe geografice semnificative din punctul de vedere al densității populației, majoritatea comunelor

³ Principii adoptate la Conferința de la Hanovra a Miniștrilor Responsabili pentru amenajarea teritoriului din statele membre ale Consiliului European – CEMAT, Hanovra, septembrie 2000

care au mai puțin de 50 locuitori /km² fiind grupate în partea de vest a țării, comparativ cu zonele din est și din sud, unde predomină localități rurale cu densități ale populației de 50-100 locuitori /km².

În România, la 1 ianuarie 2015, spațiul rural era format din suprafața administrativă a celor 2861 de comune existente în teritoriul țării, care reunesc populația rurală a țării, conform Legii 2/1968 de organizare administrativ-teritorială. Comunele sunt formate din unu sau mai multe sate, existând în total circa 13.000 de sate în spațiul rural. Din punct de vedere administrativ teritorial exista 42 de județe, care reprezintă unitățile administrative de bază.⁴

Trebuie menționat că pe teritoriul administrativ al unor orașe și municipii - care, conform legii de organizare administrativa a teritoriului țării, este considerat urban - se află încă 341 de localități care au caracteristici rurale, numite chiar sate, dar ele intră numai din punct de vedere administrativ în componenta spațiului urban.

Spațiul rural este constituit din toate comunele din Romania și este definit în articolul 5 al Legii 2/1968: "comuna este unitatea administrativ teritorială ce cuprinde populația rurală unită prin interese comune și tradiții. O comună este formată din unul sau mai multe sate după condiții economice, sociale, culturale, geografice și demografice. Organizarea comunei asigură dezvoltarea economică, administrativă culturală și socială a localităților rurale".

Spațiul rural românesc cuprinde, majoritatea suprafeței României, având, conform datelor statistice, ponderea de peste 89% din suprafața țării (212,7 mii km²). Aproape jumătate din populația țării (43,6% la data de 1 ianuarie 2015) trăiește în mediul rural, ceea ce diferențiază țara noastră de țările Uniunii Europene, în care populația rurală reprezintă sub 20%.

Ponderea populației urbane a fost de 56,4%, în scădere ușoară față de 1 ianuarie 2014 (56,5%). Scăderea populației a fost mai accentuată în mediul urban (-50,7 mii persoane) decât în mediul rural (-16,3 mii persoane).

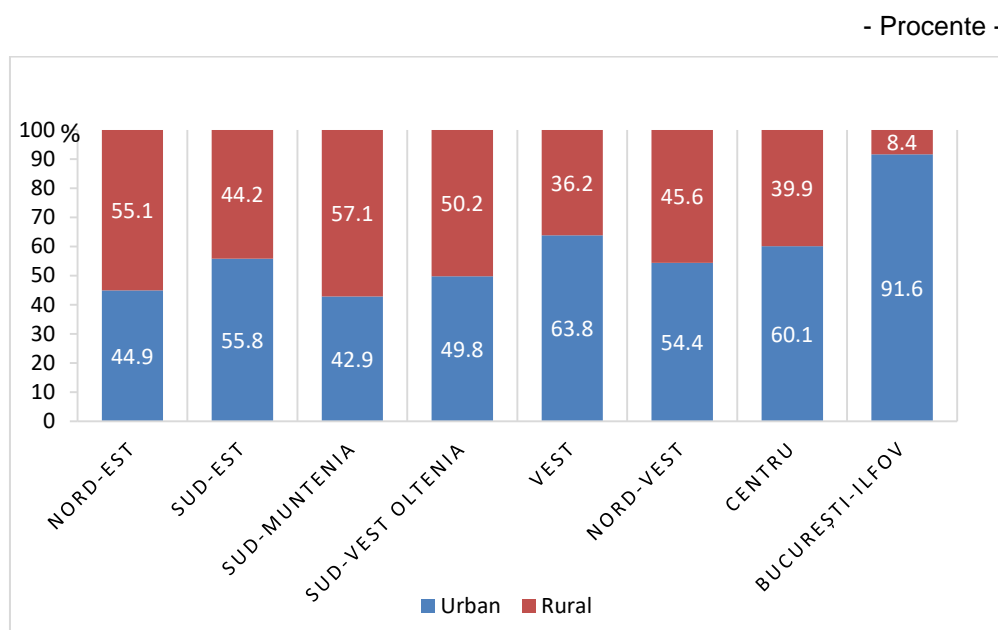
Populația vârstnică (de 65 ani și peste) deține 17,6% din populația rurală și numai 13,6% din populația municipiilor și orașelor.

În mediul rural, la 1 ianuarie 2015, în cele 2861 de comune locuiau 9.707 mii persoane. Mărimea medie a unei comune din punct de vedere al numărului de

⁴ Institutului Național de Statistică, lucrarea Populația României pe localități la 1 ianuarie 2015

persoane cu domiciliul în localitatea respectivă a fost, la 1 ianuarie 2015, de 3.393 persoane. Față de această medie, valorile individuale variază între 24.941 locuitori în comuna Florești (județul Cluj) și 131 locuitori în comuna Bătrâna (județul Hunedoara).

Graficul nr. 1: Populația după domiciliu pe regiuni de dezvoltare și medii de rezidență, la 1 ianuarie 2015



Spațiul rural - ca suprafață și populație - nu are o pondere la fel de mare în toate cele 8 regiuni de dezvoltare. Regiunile de dezvoltare București-Ilfov și Vest erau cele mai urbanizate, iar în regiunea Sud Muntenia populația rurală avea cea mai mare pondere (57,1%).

Un caz particular îl reprezintă regiunea București-Ilfov, în cuprinsul căreia se găsește și municipiul București, capitala României. Aceasta concentrează 88,8% din întreaga populație a regiunii. Populația rurală din jurul Capitalei nu reprezintă decât 11,2% din populația regiunii.

Municipiul București deține 16,7% din populația urbană și 9,4% din populația țării.

Toate aceste disparități își pun amprenta asupra dezvoltării socio-economice a zonei respective și asupra calității vieții populației rurale

Comuna este unitatea administrativă de bază pe teritoriul căreia se implementează politica rurala. Autoritățile comunale sunt partenerii locali ai

autoritarilor județene și regionale în realizarea politicii rurale. Numărul partenerilor locali variază de la 267 comune în cazul regiunii Vest, la 481 în cazul regiunii Sud. Excepție face regiunea București, care are numai 38 de comune.

Populația medie a unei comune este de 3780 locuitori, dar există o mare varietate a comunelor din România sub aspectul dimensiunilor demografice.

O comună este formată din mai multe sate, în medie revenind 4,7 sate pentru o comună. Peste jumătate din comune (55,4%) sunt formate din 1 - 4 sate și doar 6,2% din comune au mai mult de 10 sate.

Satele prezintă o mare diversitate sub aspectul numărului de locuitori. Dimensiunea satelor variază, de la cele care au doar câțiva locuitori, până la sate cu peste 7.000-9.000 locuitori. Predomină însă satele cu locuitori puțini, numărul mediu de locuitori ai unui sat fiind de cca. 800.

Componenta satelor după numărul de locuitori și a comunelor după numărul de sate și de locuitori influențează în mod semnificativ gradul de asigurare a populației cu echipamente și servicii publice. Comunele cu număr mic sau dispersat de locuitori, sau cu sate risipite, au cele mai mari probleme sub aspectul echipării edilitare și au avut, în ultimele decenii, descreșterile cele mai mari de populație. Dinamica demografică în spațiul rural românesc este negativă. Procesul reducerii numărului de locuitori rurali, început ca o consecință a modernizării la nivel societal, a devenit permanent prin conjugarea mai multor factori demografici, economici și sociali. Declinul demografic se asociază și cu degradarea continuă a structurii pe vârste, cauzată de procesul de îmbătrânire a populației, semnificând faptul că, în viitor, grupele tinere de vârstă se diminuează, în schimb cele de vârstă înaintate vor crește. Procesul de îmbătrânire demografică este mai accentuat în mediul rural decât în urban.

Toate aceste fenomene accentuează deșertificarea socială a satului pe fondul incapacității spațiului rural de a-și reproduce propriile structuri, concretizându-se în creșterea valorilor negative ale sporului natural și părăsirea localităților rurale de către tineri prin exod urban sau extern.

Problemele persoanelor vârstnice din mediul rural

Cu toții suntem legați de satele și comunele noastre, într-un fel sau altul, indiferent dacă facem parte din rândul persoanelor care trăiesc acolo sau doar avem rude sau cunoștințe în acest mediu. Deosebirea dintre orașe și sate a fost întotdeauna uimitor de mare în ce privește evoluția economică și socială, această situație accentuându-se în ultimii douăzeci de ani. Anii comunismului, sărăcia, dezinteresul autorităților și plecarea tinerilor spre orașe au adus spațiul rural românesc într-o stare deplorabilă.

În contextul schimbărilor structurale, diferențele dintre mediul urban și mediul rural s-au adâncit, zonele rurale fiind dezavantajate în ceea ce privește infrastructura, utilitățile publice și confortul locuinței, precum și accesul la serviciile de educație și sănătate.

Politicile sociale orientate spre grupurile de populație vulnerabilă aflate în risc de cădere în sărăcie, sau chiar în sărăcie reală, au devenit puțin sesizabile în ultimii ani. Distribuția și redistribuirea unor fonduri insuficiente către categoriile sociale dezavantajate, aflate într-un proces de extindere îngrijorătoare, nu pot să ofere decât soluții temporare, nu să schimbe situația în sens pozitiv.

Din studiile efectuate asupra condițiilor de viață în mediul rural din România, poziția cea mai delicată o dețin persoanele vârstnice. Situația acestora o vom prezenta în cele ce urmează.

Sărăcia este persistentă în zonele rurale din România, fiind asociată îndeaproape cu grupurile dezavantajate, printre care se află și persoanele vârstnice. În comparație cu mediul urban, persoanelor vârstnice din zonele rurale sunt dezavantajate în ceea ce privește infrastructura rutieră, utilitățile publice și confortul locuinței, socializarea și petrecerea timpului liber, precum și accesul la serviciile de sănătate, acestea fiind în fapt și principalele direcții de intervenție pentru creșterea calității vieții în mediul rural.

O problemă care vine în completarea acestora și reduce considerabil accesibilitatea la serviciile medicale și la produsele farmaceutice, constă în lipsa infrastructurii, inclusiv a mijloacelor de transport către localitățile urbane, situație care izolează unele comunități, cunoscut fiind faptul că în localitățile mici populația este preponderent vârstnică.

I. Infrastructura rutieră

Infrastructura rutieră reprezintă o ramură importantă pentru dezvoltarea oricărei societăți, deoarece determină ameliorarea disparităților existente între regiuni. La nivel european se acordă o importanță deosebită acestei infrastructuri, fiind inclusă în politicile de dezvoltare, considerându-se categoria vitală în reducerea curențelor dintre țările dezvoltate și cele slab dezvoltate, asigurând coeziunea și competitivitatea socio-economică.

România prezintă deficiențe majore atât din punct de vedere tehnic, domeniu de referință pentru științele ingineresti, cât și din punct de vedere al structurilor spațiale generate de aceasta, a inserției teritoriale, domeniu de studiu prin excelență al geo științelor. Dezvoltarea insuficientă a infrastructurii determină o diferențiere a spațiilor rurale, mai ales în arealele unde procesul de modernizare și dezvoltare socio-economică este într-o perioadă de stagnare.

Starea drumurilor românești este în general acceptabilă, atunci când vorbim de drumurile naționale principale și de autostrăzi, destul de proastă atunci când vorbim despre drumurile naționale de importanță secundară și în general foarte proastă, atunci când vorbim de drumurile județene.

Aproape 40% din drumurile publice din România sunt pietruite și de pământ și doar 35,4% sunt modernizate, restul rețelei reprezentând drumuri cu îmbrăcămînți rutiere ușoare. La finele anului trecut, drumurile publice totalizau 85.362 km, din care 17.272 km (20,2%) drumuri naționale, 35.505 km (41,6%) drumuri județene și doar 32.585 km (38,2%), drumuri comunale.

Din punctul de vedere al tipului de acoperământ, în structura rețelei de drumuri publice s-au înregistrat: 30.240 km (35,4%) drumuri modernizate (în proporție de 90,5% drumuri modernizate cu îmbrăcămînți asfaltice de tip greu și mijlociu), 22.088 km (25,9%) drumuri cu îmbrăcămînți rutiere ușoare și 33.034 km (38,7%) drumuri pietruite și de pământ. În ceea ce privește starea tehnică a

drumurilor publice, 44,4% din lungimea drumurilor modernizate și 52,0% din lungimea drumurilor cu îmbrăcămînți rutiere ușoare aveau durata de serviciu depășită.

Drumurile județene, erau, în proporție de 44,2%, drumuri cu îmbrăcămînți rutiere ușoare, iar drumurile comunale erau în proporție de 46,3% drumuri pietruite.⁵

Mai mult, aproximativ 25% dintre drumurile comunale nu pot fi folosite în condiții meteorologice nefavorabile. La starea deplorabilă a drumurilor în multe zone se adaugă absența unui serviciu adecvat de transport, fapt ce afectează negativ accesul populației rurale și implicit a persoanelor vârstnice la servicii de educație și de sănătate, precum și la piețele urbane.

Creșterea coeziunii economice dintr-o regiune este influențată de distribuția infrastructurii rutiere și calitatea acesteia, axele majore dintr-un județ având rolul de a conecta populația cu modernitatea, pătrunzând astfel inovația și crescând calitatea vieții locuitorilor.

Dezvoltarea infrastructurii rutiere atrage dezvoltarea rurală prin creșterea investițiilor din spațiul rural.

Creșterea accesibilității determină conectivitatea populației la modernitate, fiind un mijloc de dezvoltare a oportunităților pentru dezvoltarea socio-economică a unui teritoriu. O infrastructură slab dezvoltată denotă potențialul regiunii de a se dezvolta, conturându-se caracterul periferic al arealului.

Modernizarea și dezvoltarea axelor de transport rutier comunale va atrage o dezvoltare a spațiilor rurale, transformându-le în teritorii coezive și competitive atât la nivel teritorial cât și la nivel socio-economic.

II. Utilitățile publice și confortul locuinței

Crearea și modernizarea sistemelor de alimentare cu apă și canalizare, constituie elemente de bază pentru comunitatea rurală. Acestea sunt necesare pentru a asigura condiții de sănătate, protecția mediului, accesibilitatea și, în

⁵ Sursa datelor – Comunicatul de presă nr. 98 din 24 aprilie 2015 al INS privind Lungimea căilor de transport la 31.12.2014

general, condiții optime de trai. Situația actuală a României indică faptul că este nevoie de dezvoltarea infrastructurii de servicii în zonele rurale.

Chiar dacă în ultimii ani alimentare cu apă și infrastructura de canalizare a fost susținută atât din fonduri naționale cât și europene, este încă subdezvoltată împiedicând creșterea calității vieții populației din mediu rural. Persoanele vârstnice sunt afectate de lipsa acestor facilități deoarece odată cu înaintarea în vârstă are loc și degradarea fizică, acestea întâmpinând dificultăți în a se gospodări.

În ceea ce privește rețeaua de canalizare din România, anul trecut, activitatea de evacuare a apelor uzate din gospodăriile populației și din unitățile economice și sociale, precum și tratarea lor în stații de epurare, s-a desfășurat în 311 municipii și orașe și în 760 comune.

Pe de altă parte, 9.391.503 locuitori aveau locuințele conectate la sistemele de canalizare, aceștia reprezentând 47,1% din populația României. În privința epurării apelor uzate, populația cu locuințele conectate la sistemele de canalizare prevăzute cu stații de epurare a fost, în 2014, de 8.998.262 persoane (45,1% din populația țării).

Conform INS, la 31 decembrie 2014, lungimea totală a rețelei de canalizare din România se situa la 28.659,5 km, din care 20.977,2 km în municipii și orașe. Comparativ cu anul precedent, în anul 2014, lungimea rețelei de canalizare s-a extins cu 2.099,9 km, respectiv cu 826,9 km în mediul urban și cu 1.273 km în mediul rural⁶.

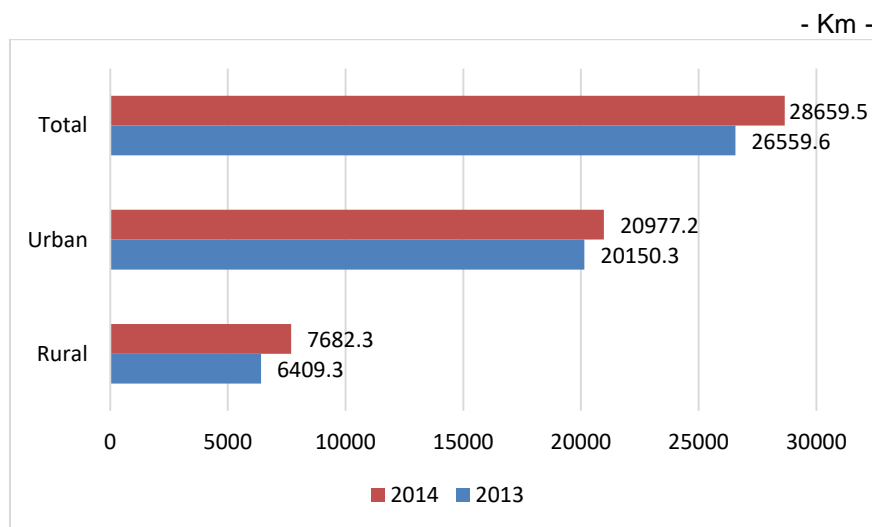
Însă această extindere este insuficientă în condițiile în care accesul populației rurale la rețeaua publică de alimentare cu apă este în continuare destul de redus (1/3 din populația rurală), iar în ceea ce privește accesul la sistemul de canalizare situația este și mai critică, doar 10% din numărul de locuitori rurali beneficiază de rețea publică de canalizare.

Doar 17% din satele din România sunt conectate la rețelele de distribuție a apei și doar în jur de 8% gospodăriile rurale au locuințe dotate cu apă curentă. Spre deosebire de acestea, în mediul urban toate municipiile și orașele sunt echipate cu sisteme de producție și distribuție a apei potabile și peste 85% din locuințele urbane sunt dotate cu apă curentă.

⁶ Sursa datelor Anuarul statistic al INS : A.C. Alimentarea cu apă, canalizarea, salubritatea și distribuția energiei termice, 2015

O prăpastie similară se observă și referitor la sistemul de canalizare: 4% din gospodăriile rurale prin comparație cu 84% gospodării urbane (INS, ACOVI, 2014).

Graficul nr. 2: Lungimea rețelei de canalizare pe medii de rezidență



În realitate, în multe sate, problema principală nu este lipsa apei curente, ci aprovizionarea cu apă și calitatea redusă a apei disponibile. Conform Planului Național pentru Agricultură și Dezvoltare Rurală, capacitatea rețelei de furnizare de apă potabilă din mediul rural este departe de a acoperi necesarul de apă din locuințele rurale, fără a pune la socoteală cererea posibilă în cazul în care în zonele rurale se vor dezvolta activități industriale. Lipsa de dotări de bază mărește gradul de expunere a populației rurale la boli infecțioase și, în același timp, reprezintă un factor de poluare și daune pentru mediul înconjurător. La rândul lor, acești factori, duc la scăderea calității vieții și la risc de sărăcire ca urmare a unor dezastre naturale (spre exemplu inundații, alunecări de teren, etc.).

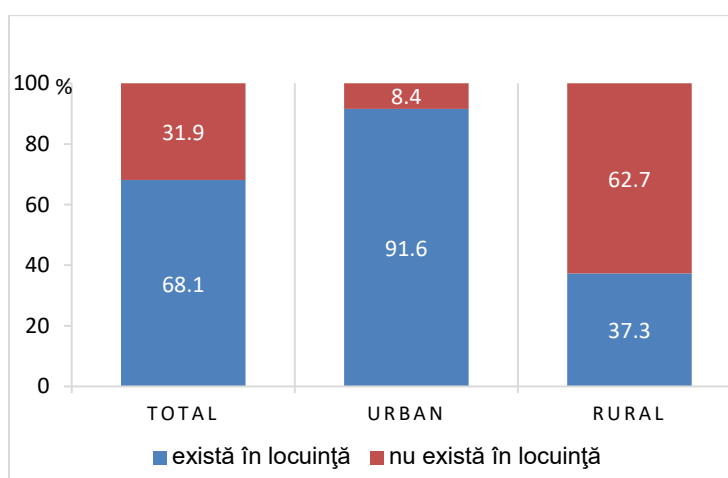
Locuința reprezintă un element foarte important în definirea standardului de viață al unei gospodării, atât din punct de vedere al caracteristicilor tehnico-construcive cât și funcționale. Un standard ridicat de viață înseamnă automat o calitate mai bună a vieții.

În mediul rural persoanele vârstnice se confruntă cu lipsa dotărilor igienico-sanitare ale locuințelor, ceea ce le poate afecta sănătatea deja șubrezită de bolile specifice vârstei. În prezent, încă există multe locuințe care nu sunt racordate la

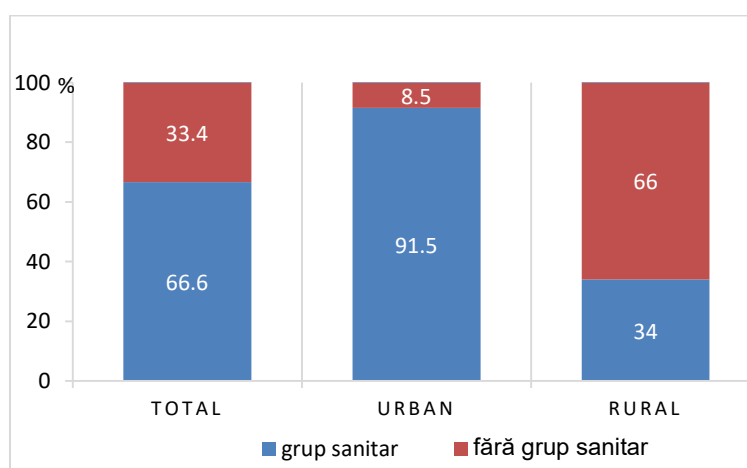
rețeaua de apă potabilă, nu au sisteme de canalizare, iar baia sau WC-ul încă sunt amplasate în exteriorul locuinței (de multe ori la câțiva metri de fântână).

În anul 2014, pe total, ponderea gospodăriilor dotate cu baie /duș a fost de 68,1% iar a celor cu grup sanitar de 66,6%. Însă, cum se poate observa din graficele nr. 3 și nr. 4, dotarea gospodăriilor din rural cu bai /duș și cu grup sanitar se află mult sub cea din mediul urban, unde aceste facilități îmbunătățesc simțitor calitatea vieții vârstnicilor.

Graficul nr. 3: Gospodării după existența băii /dușului în interiorul locuinței, pe medii de rezidență, în anul 2014



Graficul nr. 4: Gospodării după existența grupului sanitar, pe medii de rezidență, în anul 2014



Pe medii de rezidență, diferențierile sunt foarte pronunțate la ambele tipuri de utilități, în principal din cauza slabei dezvoltări a sistemului public de alimentare cu

apă și a cvasi-inexistenței sistemului de canalizare și epurare a apelor uzate în localitățile rurale față de cele urbane. Ca atare, peste 30% din gospodăriile rurale beneficiază de avantajele oferite de existența unei băi și a grupului sanitar în interiorul locuinței. Dintre aceste gospodării, cele de salariați și lucrători pe cont propriu în activități neagricole (inclusiv patroni), care au dispus de resurse financiare mai mari, și-au putut asigura cele două tipuri de utilități într-o proporție mult superioară față de media pe total rural. În localitățile urbane 9 din 10 gospodării ocupă locuințe dotate cu băi /dușuri și grupuri sanitare situate în interior.

Înzestrarea cu bunuri de folosință îndelungată de tipul aparaturii electrocasnice, electronice și autoturismelor este o necesitate obiectivă pentru asigurarea unui nivel de trai decent, corespunzător cerințelor dezvoltării tehnologice și organizării sociale actuale. De exemplu, o mașină de spălat rufe poate fi de mare ajutor pentru o persoană vârstnică, spălarea hainelor fiind o activitate dificilă pentru cei mai mulți dintre vârstnici. Însă rămâne doar un vis deoarece în primul rând nu dispun de resurse financiare pentru a cumpăra o mașină de spălat rufe și în al doilea rând pentru că gospodăriile din rural nu sunt dotate cu apă curentă.

Tabelul nr. 1: Gospodării de pensionari după înzestrarea cu unele bunuri de folosință îndelungată, pe medii de rezidență, în anul 2014

- procente în total gospodăriilor de pensionari –

Bunuri de folosință îndelungată	Urban		Rural	
	există în gospodărie	nu există în gospodărie	există în gospodărie	nu există în gospodărie
mașină de spălat rufe	93,3	6,7	63,5	36,5
TV color	99,3	0,7	97,6	2,4
computer (PC)	36,6	63,4	20,1	79,9
telefon (mobil sau fix)	95,0	5,0	72,5	27,5
autoturism	26,5	73,5	18,3	81,7

După cum se poate observa din datele de mai sus gospodăriile din mediul urban au o dotare superioară celor din mediul rural în privința multor dotări, o oarecare apropiere înregistrându-se doar la televizor color – produs prezent în orice tip de gospodărie.

III. Socializarea și petrecerea timpului liber

La vârsta a treia poate mai mult ca oricând, o viață socială activă este esențială pentru menținerea sănătății fizice și mentale. Studii recente au relevat că seniorii care petrec mai puțin timp angajați în activități sociale, cunosc un declin mai rapid al mobilității.

Apar tot mai multe dovezi care sprijină faptul ca participarea la activități stimulative din punct de vedere intelectual, socializarea frecventa și exercițiile fizice pot proteja împotriva declinului cognitiv ce poate surveni odată cu înaintarea în vârstă.

În mediul rural românesc, accesul locuitorilor din sate și comune la cultură este limitat, comparativ cu accesul celor din mediul urban. Mediul rural fiind serios privat și cu privire la infrastructura și instituțiile care facilitează participarea socială. Excluziunea socială, în definiția sa europeană, înseamnă și lipsă de conectare la sistemele de comunicare și informare, care fac legătura între indivizi, dar și între indivizi și colectivitate.

Specialiștii sunt de acord că nevoia de socializare și comunicare este resimțită acut de persoanele vârstnice atât în rândul celor care trăiesc singure dar și a celor care locuiesc cu copii. Absența comunicării, izolarea datorită pe de o parte deplasării greoaie, dar și pierderea unor persoane din anturaj, persoane de aceeași vârstă, sunt cauze ce duc la deteriorarea stării de sănătate. Pierderea statutului social, o comunicare neadecvată împreună cu limitarea deplasării în afara locuinței, duc la situația în care persoana vârstnică simte inutilitatea ca factor de scurtare a vieții.

Pentru persoanele vârstnice, izolarea, singurătatea, slăbirea stimei de sine și a încrederii în propriul eu, pe fondul declinului fizic și psihic reprezintă fenomene frecvente. În acest context, e important să investești în sănătatea și mobilitatea vârstnicilor, pentru a reduce costurile ridicate ale asigurărilor de sănătate.

Una dintre cele mai mari provocări cu care se confruntă vârstnicii din rural este singurătatea, care poate duce la grave probleme de sănătate. De asemenea, lipsa de activitate, adesea asociată vieții izolate, accentuează aceste probleme. Aceste situații sunt mai rar întâlnite la oraș, unde sunt cluburi pentru vârstnici, teatre, cinematografe, parcuri etc.

Astfel este necesar să se înființeze și în mediul rural spații pentru întâlnirea, petrecerea timpului și resocializarea persoanelor vârstnice.

IV. Accesul la serviciile medicale

Dreptul la sănătate este parte integrantă a protecției sociale garantate tuturor persoanelor, în scopul asigurării bunăstării, respectiv a unei vieți de calitate. Reiterând definiția dată sănătății de către Organizația Mondială a Sănătății, putem afirma că sănătatea este multidimensională și nu poate fi realizată decât cu efortul comun al societății, statului, comunităților locale și al fiecărui individ în parte. Sănătatea nu este un scop în sine, ci o condiție a calității vieții.

Îmbătrânirea demografică lansează provocări europene, naționale și locale. Pentru a le depăși se impune o planificare inovatoare și o reformă fundamentală a politicilor medicale. Sectorul medical poate adopta politici favorabile persoanelor vârstnice, în special pentru cele din rural unde accesul la serviciile medicale este restricționat.

Un domeniu de interes pentru analiza noastră este reprezentat de modul în care persoanele vârstnice din mediul rural au acces la serviciile de sănătate.

Așa cum s-a menționat deja, una din principalele ipoteze cu privire la morbiditatea ridicată din rural, ca și la mortalitatea foarte mare, comparativ cu orașul, este dotarea foarte slabă a localităților rurale cu elemente vitale de infrastructură sanitară. Din acest punct de vedere, majoritatea componentelor infrastructurii sanitare au cunoscut în ultimii ani o dinamică descendentă alarmantă, accentuând precaritatea condițiilor de viață ale locuitorilor de la sate. Practic, toate componentele infrastructurii sanitare, de la unitățile sanitare specifice până la personalul medical care lucrează aici, au valori mult mai scăzute decât în oraș, în ciuda faptului că aproape jumătate din populația României trăiește la sat.

Mortalitatea în mediul rural rămâne mult mai ridicată decât în mediul urban, deși a scăzut în ultimii cinci ani de la 14,6 la 13, 9 la mia de locuitori. Invers proporțională cu mortalitatea este cantitatea de servicii medicale furnizate de către stat sau de către firme private în mediul rural, acolo unde cei mai mulți români trăiesc din agricultura de subzistență. Cu toate aceste lipsuri din sistemul național de sănătate și dezavantajarea persoanelor vârstnice din rural față de cele din urban, cei mai în vârstă cinci români provin din mediul rural.

Tabelul nr. 2 : Clasament cei mai vârstnici români

Locul	Vârsta (ani)	Sex	Mediu
1	110	Feminin	Rural
2	108	Masculin	Rural
3	108	Masculin	Rural
4	107	Feminin	Rural
5	107	Feminin	Rural

Conform datelor furnizate de Direcția de Evidența Populației și Administrarea Bazelor de Date, în Registrul Național de Evidență a Persoanelor (decembrie 2013) sunt înregistrate 2.845 de persoane cu vârsta peste 100 de ani, dintre care 1.790 de femei și 1.055 de bărbați, femeile reprezentând o pondere de 63% din totalul centenarilor, față de doar 37% bărbați.

În funcție de tipul localității de domiciliu, 1.108 centenari locuiesc în mediul rural și 1.737 de centenari au domiciliul în orașe, ceea ce înseamnă că viața la sat e mai puțin prielnică persoanelor extrem de în vârstă.

Există o corelație directă între sărăcie și accesul la servicii medicale, acestea fiind precare sau chiar inexistente în comunitățile cu venituri reduse, aflate de regulă la sate, indiferent dacă vorbim despre sistemul public sau cel privat.

Chiar dacă sistemul de sănătate din România este public, acesta este marcat de inegalități sociale care se reflectă în starea de sănătate a populației. Dacă numărul de decese este în continuare mare în mediul rural prin comparație cu cel din mediul urban, numărul de îmbolnăviri declarate medicului de familie este mai mic decât în mediul urban.

În rural trăiește jumătate din populația țării, însă doar 22,8% din **unitățile sanitare** sunt amplasate în sate. Ba mai mult, în ultimii 10 ani, numărul unităților sanitare din rural a scăzut treptat, anumite categorii dispărând definitiv (de exemplu, policlinicile rurale).

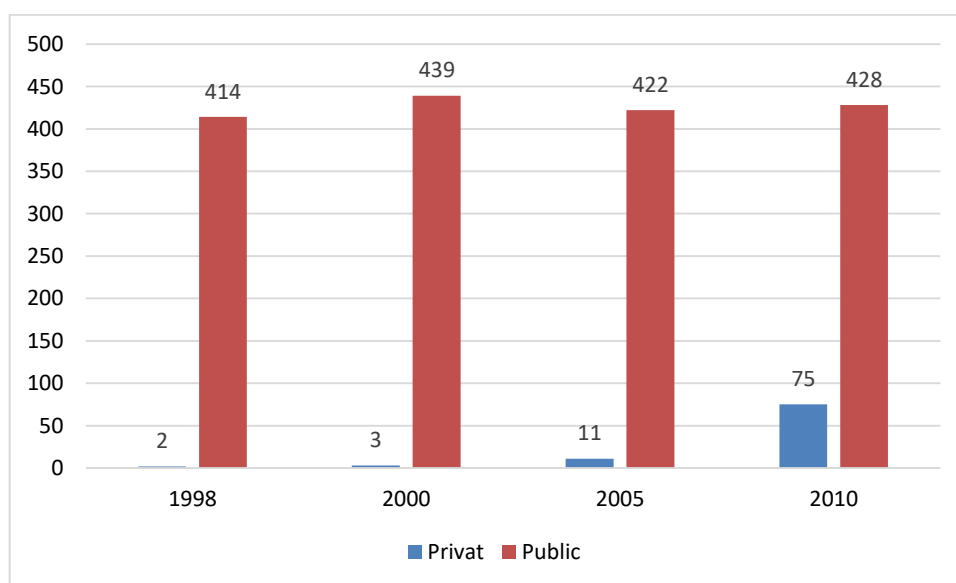
Evoluția infrastructurii sanitare la care poate apela mai ușor populația rurală, respectiv cele amplasate chiar în spațiul rural este una descendentă la majoritatea indicatorilor.

Astfel în privința **spitalelor** se constată că, astăzi, majoritatea covârșitoare a lor se află în orașe. Traectoria descendentă începută încă din primii ani de după decembrie 1989, a continuat astfel că, în ultimii ani, au fost închise mai multe spitale. Totul desigur în defavoarea sistemului public care a fost devansat de cel privat.

Imediat după Revoluție, România avea 423 de spitale de stat. Au durat ani până au apărut cele proprietate privată, anul 1998 găsim țara noastră cu doar două spitale private, pentru ca în prezent să avem 161.

Analizând datele din graficul de mai jos devine evident faptul că pe parcursul a 16 ani numărul spitalelor private a crescut de 80,2 ori. În această perioadă spitalele publice s-au închis ajungând în anul 2014 să rămână doar 366 din 414 câte erau în 1998.

Graficul nr. 5: Numărul spitalelor care funcționează în sistem public sau în sistem privat

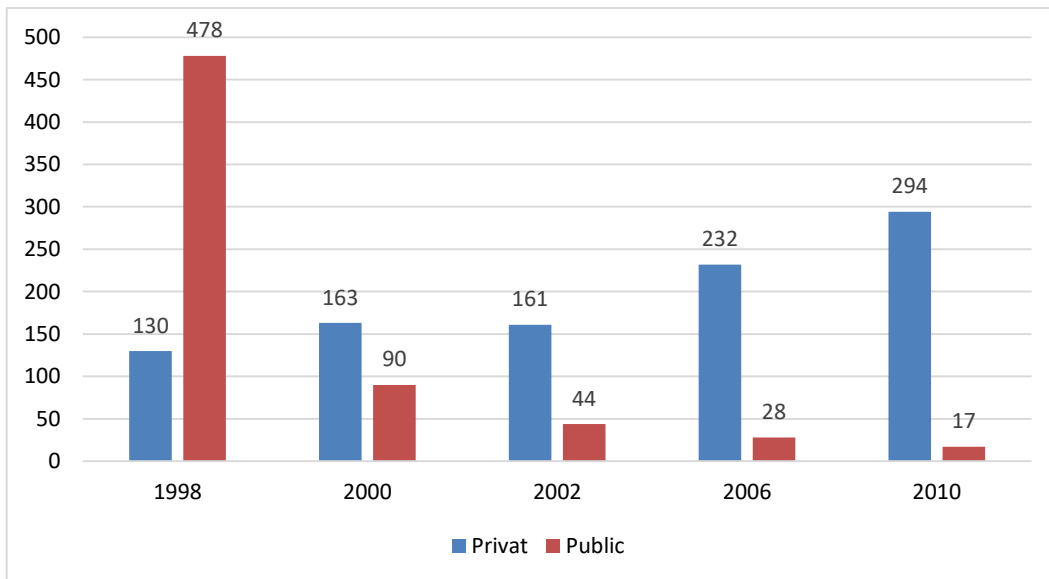


Cei care se tratează în spitalele private sunt în general persoane cu venituri peste medie, în nici un caz persoane vârstnice care au o pensie modestă care abia le acoperă cheltuielile zilnice. De aceea acest sistem nu poate fi rentabil în mediul rural unde nu ar putea să obțină profit având în vedere veniturile scăzute ale populației ce locuiește la sat.

Situația **policlinicilor rurale** este poate cea mai severă dintre toate tipurile de așezăminte sanitare rurale. Începând cu anul 2004, în sate nu mai există nici o policlinică. În același timp, chiar dacă în prezent toate policlinicile din România se găsesc în urban, numărul lor a scăzut dramatic astfel că din 592 de policlinici urbane în 1998, în anul 2014 mai funcționau doar 40% din acestea. Acest fapt s-a datorat în special avântului luat de cabinetele particulare de diferite dimensiuni și specialități.

Nici la nivelul întregii țări lucrurile nu stau bine, prin urmare nu are cum să se îmbunătățească situația din mediul rural. Cum se poate observa din graficul de mai jos numărul policlinicilor se află într-o continuă tendință de scădere, sectorul public fiind cel mai afectat. Dacă în anul 1998 în România funcționau 608 policlinici dintre care 130 în sectorul public, în anul 2014 numărul acestora s-a redus la jumătate. Însă sectorul public a fost cel mai defavorizat. Acesta în numai 16 ani și-a redus de 13 ori numărul policlinicilor. Însă în mediul urban scăderea lor nu a avut un impact la fel de mare precum la sate, unde policlinicile private nu au fost înființate deoarece populația din rural nu dispune de suficienți bani pentru a se putea trata contracost.

Graficul nr. 6: Numărul policlinicilor care funcționează în sistem public sau în sistem privat



Penetrarea medicinei private în mediul rural este aproape imposibilă pentru că firmele caută să obțină profit. În 2013, în mediul urban funcționau 288 de policlinici private, dar în mediul rural nu exista niciuna potrivit Centrului Național de Statistică și Informatică în Sănătatea Publică din cadrul Institutului Național de Sănătate Publică. Și asta în condițiile în care, în anul 2013, numărul policlinicilor de stat a ajuns, inclusiv în mediul urban, la 10, față de câte existau în 1989, acestea fiind înlocuite treptat de policlinicile private. Mai mult, în mediul rural nu există nicio policlinică de stat.

Situația **farmaciilor** nu este nici ea favorabilă satului: doar un sfert din farmaciile din România se află în localități rurale.

Se constată o creștere a numărului de farmacii și puncte farmaceutice în mediul rural, dar această creștere nu este suficientă pentru a satisface nevoile persoanelor vârstnice. Astfel, greutățile întâmpinate în procurarea medicamentelor rămân în continuare, din cauza faptului că nu în toate localitățile sunt farmacii, iar persoanele vârstnice trebuie să se deplaseze la oraș pentru procurarea acestora.

România se confruntă cu un deficit de farmaciști, dar și de farmacii. În prezent situația este alarmantă în mediul rural, ceea ce se repercutează asupra accesului la medicamente al persoanelor vârstnice. La ora actuală, în marile orașe există o concentrare de lanțuri farmaceutice în defavoarea populației din localitățile mici. După 1989, criteriile de înființare a unei farmacii au suferit mai multe modificări, favorizând această concentrare.

Dacă în mediul urban marile rețele farmaceutice se bat pentru fiecare colt de stradă, în mediul rural prezența acestora este aproape inexistentă. Motivele principale invocate sunt lipsa unei strategii guvernamentale coerente pentru încurajarea dezvoltării mediului rural din punct de vedere al infrastructurii, precum și lipsa forței de muncă.

Cei mai afectați de această situație sunt vârstnicii, cunoscute fiind și dificultățile acestora de ordin financiar, cât și fizice de a se deplasa către cea mai apropiată localitate pentru a beneficia de serviciile farmaceutice absolut necesare.

Din cauza lipsei de farmacii sau de puncte farmaceutice în mediul rural, persoanele vârstnice au mari probleme în achiziționarea medicamentelor gratuite și compensate, iar accesibilitatea scăzută determină costuri suplimentare de transport ce nu pot fi suportate din pensiile mici primite de aceștia.

Consiliul Județean al Persoanelor Vârstnice din Brăila ne-a comunicat că în 9 localități nu există farmacii sau un punct farmaceutic și cea mai apropiată farmacie se află în medie la 20 de km distanță.

În județul Suceava sunt în total 217 farmacii, din care 125 se regăsesc în cele 5 municipii și 11 în orașele județului, restul de 92 aflându-se în cele 98 de comune și 379 de sate. De aici rezultă că, fiecărei localități rurale îi revine 0,19 farmacii. În concluzie în mediul rural cetățenii suferă din lipsa de farmacii. În farmaciile din mediul urban, în special Suceava, Fălticeni, Rădăuți, Vatra Dornei, etc. medicamentele solicitate se găsesc. Nu același lucru putem spune despre mediul rural, unde farmaciile se găsesc la distanțe mari, iar orele de funcționare sunt la bunavoința proprietarilor.

Din această cauză, bolnavii sunt nevoiți să se deplaseze în orașele mari din zonă (Suceava, Rădăuți, Gura Humorului, Vatra Dornei, Fălticeni), ca să procure medicamentele de care au nevoie. În felul acesta, în afară de timpul pierdut, la medicamentele compensate se mai adaugă și contravaloarea transportului.

O altă caracteristică a zonelor rurale din județul Suceava este că acestea se află în zone montane iar accesul la farmacii este foarte anevoios.

În județul Tulcea din 45 de unități administrative din rural, 13 nu au deloc un punct farmaceutic, ceea ce înseamnă că aproximativ 70% din acestea dispun de punct farmaceutic aflat în relație cu casa de asigurări de sănătate. Însă în mediul urban, în municipiul Tulcea și încă patru orașe, există o acoperire de 100%. În

plus persoanele vârstnice din județul Tulcea întâmpină probleme în legătură cu aprovizionarea cu medicamente deoarece iarna traficul pe Dunăre este îngreunat.

Lipsa mijloacelor de transport, distanța mare dintre o localitate și cel mai apropiat punct farmaceutic sau farmacie, face ca persoanele vârstnice din mediul rural să fie profund dezavantajate și lipsite de condițiile minime pentru întreținerea sănătății în raport cu cele din mediul urban.

Pe lângă pensiile mici, lipsa unităților sanitare, medicamente prea scumpe, lipsa farmaciilor, persoanele vârstnice din mediul rural se confruntă și cu o criză de medici: de familie, specialiști sau stomatologi.

Numărul de consultații și tratamente este de asemenea mai scăzut în mediul rural decât în mediul urban, atât în cifre absolute cât și în raportarea pe locuitor. De regulă pacienții cronici, dacă veniturile le permit, se adresează medicilor și spitalelor din marile orașe.

Medicii de familie sunt un mare neajuns pentru mediul rural, numărul acestora fiind insuficient dacă luăm în calcul numărul asiguraților. Condițiile proaste pe care le au în cabinetele de la sate și faptul că mulți sunt nevoiți să facă naveta fiind principalele cauze.

Deficitul de medici care lucrează în rural duce adesea la existența unui singur medic care se îngrijește de sănătatea locuitorilor din 2-3 comune, uneori și mai multe, astfel încât adesea medicul nu poate fi găsit decât câteva ore pe zi, una-două zile pe săptămână.

Principala problemă care se pune este atragerea personalului medical în mediul rural. Sacrificarea familiei, condițiile în care își desfășoară activitatea medicul etc., trebuie compensate material prin venituri mai mari acordate, bonusuri sau sporuri, scutirea de impozit, beneficii oferite de primărie.

Pentru atragerea cadrelor medicale este prevăzut prin lege un spor pentru mediul rural. Cuantumul acestui spor, pe care medicii îl primesc pe lângă bugetul alocat de Casele de Asigurări de Sănătate prin contractul anual, variază în funcție de problemele întâmpinate de cadrul medical.

Valoarea "sporului de zonă" se calculează în funcție de regiunea în care medicul își desfășoară activitatea, distanța cabinetului față de o unitate de primire urgență, starea drumului, aprovizionarea cu apă curentă, căldură, numărul de locuitori și nivelul socio-economic al populației deservite. Pe baza acestor

indicatori se acordă un punctaj, iar numărul de puncte aferent acestor servicii se transformă în sume care se adaugă la valoarea finală de contract.

Însă medicii din rural reclamă reducerea sporurilor și atenționează asupra riscului închiderii cabinetelor, arătând de exemplu că în Delta Dunării, unde se acordă cel mai mare spor, din cinci doctori au mai rămas trei, iar noile reglementări, din Ordinul nr. 391/187/2015 al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS), descurajează medicii de familie din rural să își continue activitatea sau pe tinerii medici să deschidă un cabinet în mediul rural.

Până acum, din cei aproape 5.000 de medici de familie care își desfășoară activitatea în mediul rural, în jur de 3.000 de medici de familie primeau un spor, între 10 și 30 la sută, iar ceilalți nu primeau nimic în plus.

În baza noului ordin, din cei aproximativ 3.340 de medici de familie care beneficiau de spor, peste jumătate nu vor mai primi nimic, iar la cealaltă jumătate valoarea sporului se va înjumătăți. În acest fel, la cei peste 1.200 de medici de familie care nu primeau niciun spor, li se mai adaugă încă 1.500 - 1.700 de medici de familie. Se ajunge astfel la un număr care depășește cu mult jumătate din medicii de familie din mediul rural, respectiv 2.700 - 2.900 medici de familie, care nu vor mai primi niciun fel de spor.

În 2014 se aflau în relație contractuală cu CAS un număr de 12.037 medici de familie, din care în procent de 59% în mediul urban și 41% în mediul rural. Numărul de asigurați înscriși pe listele medicilor de familie la 31.12.2014 era de 17.174.986 asigurații reprezentând 86,10 % din populația României existentă. Din totalul de 17.174.986 asigurați, 10.200.906 (59%) sunt în urban și 6.974.080 (41%) în rural.⁷

Întregul sistem de sănătate românesc a intrat în criză și se confruntă cu lipsa **medicilor specialiștilor** (atât din mediul rural cât și din urban), în vreme ce mii de medici pleacă să lucreze în străinătate, preponderent în țări ale Uniunii Europene. Salariile foarte mici și lipsa de dotări din spitalele românești sunt principalele motive care îi împing pe doctori să muncească în alte țări.

Lipsa medicilor specialiști în diverse afecțiuni e des întâlnite la persoanele vârstnice. De exemplu, în județul Tulcea este nevoie urgentă de un medic

⁷ Raport CNAS - 2014

cardiolog mai ales că această afecțiune are o pondere însemnată la nivelul întregii populații, nu doar a persoanelor vârstnice.

În județul Giurgiu persoanele vârstnice bolnave de diabet au un singur specialist la nivelul județului, iar aceștia primesc scrisoarea medicală la circa 60 de zile. În aceeași situație se află și cei care suferă de cancer, având tot un singur medic oncolog în județ. Tot aici există o nevoie urgentă de medici și în specialități precum anestezie, anatomie patologică, medicină de laborator, medicina muncii, medicină de urgență, cardiologie, diabet, epidemiologie și igienă. La medicina muncii, spre exemplu, există doar trei medici, în condițiile în care necesarul minim ar fi de zece.

Această situație este generală la nivelul întregii țări, criza de medici afectând nu doar persoanele vârstnice ci toată populația României. Însă nu doar lipsa medicilor specialiști îi împiedică pe vârstnici să aibă parte de consultații și tratament, lipsa resurselor financiare fiind un alt motiv important.

După cum se poate vedea în tabelul nr. 3, pensiile mici și lipsa altor venituri este motivul principal pentru care o persoană vârstnică nu a consultat un medic specialist.

Tabelul nr. 3: Persoane de peste 65 ani și peste după necesitatea consultării unui medic specialist în ultimele 12 luni, în anul 2014

- procente -

Mediu de rezidență	Grupa de vârstă	Persoane care aveau nevoie să consulte un medic specialist în ultimele 12 luni și nu au putut	Din care, după motivul principal pentru care nu a fost consultat un medic specialist:						
			nu își permit	lipsă timp	distanță prea mare sau lipsă mijloace de transport	teamă	a așteptat ca problema să se rezolve de la sine	nu cunoaște nici un medic specialist	alt motiv
URBAN	65-74 ani	18,6	72,3	1,4	2,7	2,6	10,2	-	10,8
	75 ani și peste	27,3	77,1	-	3,7	2,4	6,9	-	9,9
	65-74	25,4	73,4	-	7,1	2,9	8,7	-	6,3

RURAL	ani								
	75 ani și peste	38,9	69,8	0,7	10,1	4,4	8,9	-	5,8

Orașele mici și România rurală se confruntă cu o criză acută de **stomatologi**, existând multe localități cu mii de locuitori în care nu se află vreun cabinet. Avem circa 12.463 de medici stomatologi la o populație de 19,94 milioane de persoane, adică un medic la aproape 1.600 de locuitori - potențiali pacienți. Problema e că distribuția dentiștilor nu este deloc uniformă. Majoritatea și-au deschis cabinete în marile orașe, unde există mai mulți posibili pacienți care dispun de resurse financiare..

Așa se face ca în București și în alte câteva municipii s-a ajuns ca unui stomatolog să-i revină 600-700 sau chiar mai puțini locuitori. De pildă, Capitala, oraș cu aproximativ două milioane de locuitori, beneficiază de serviciile a nu mai puțin de 3.650 de dentiști, ceea ce înseamnă un medic la 547 de locuitori. Tot în București, funcționează 892 de cabinete individuale, 649 de firme cu mai multe cabinete și 126 de cabinete școlare.

Tabelul nr. 4: Dinamica numărului de stomatologi în rural și în urban (2009–2013)⁸

	2009		2010		2011		2012		2013	
Rural	1558	12.5%	1625	12.5%	1721	12.9%	1797	13%	1819	12.7%
Urban	10939	87.5%	11365	87.5%	11634	87.1%	12017	87%	12463	87.3%

Însă în mediul rural multe localități se confruntă cu lipsa medicilor stomatologi. De vină, în cea mai mare parte, sunt motivațiile puține pe care le au medicii stomatologi ca să deschidă un cabinet în mediul rural. Al doilea motiv este sărăcia pe care o găsești în mediul rural, unde populația, în mare parte îmbătrânită, nu mai are bani pentru a se gândi să-și facă lucrări dentare.

⁸ Sursa: Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate din cadrul Institutului Național de Sănătate Publică.

Tabelul nr. 5 Persoane de peste 65 ani și peste după necesitatea consultării unui medic stomatologic pe grupe de vârstă în ultimele 12 luni, în anul 2014

- procente -

Mediu de rezidență	Grupa de vârstă	Persoane care aveau nevoie să consulte un medic stomatolog în ultimele 12 luni și nu au putut	Din care, după motivul principal pentru care nu a fost consultat un medic stomatolog:						
			nu își permite	lipsă timp	distanță prea mare sau lipsă mijloace de transport	teamă	a așteptat ca problema să se rezolve de la sine	nu cunoaște nici un medic stomatolog	alt motiv
URBAN	65-74 ani	13,8	90,7	-	-	4,3	-	-	2,0
	75 ani și peste	17,8	89,1	-	-	-	5,8	-	2,8
RURAL	65-74 ani	16,3	81,1	-	3,3	7,4	6,1	-	2,1
	75 ani și peste	21,5	80,5	-	6,2	9,2	3,3	-	-

Lipsa de educație stomatologică de la sate face ca mediul rural să fie unul total neatractiv pentru tinerii dentiști. Apoi, veniturile mici ale țăranilor nu sunt în stare să asigure supraviețuirea unui cabinet stomatologic cu normă întreagă. Astfel, cei care au urgențe stomatologice sunt obligați să meargă la cabinetele din marile orașe, unde trebuie să plătească tarife greu de suportat pentru buzunarele lor. De aceea mulți renunță la serviciile stomatologice din lipsa banilor.

De exemplu în județul Mehedinți funcționează în mediul rural doar șapte cabinete la o populație rurală de 147.866 de locuitori. În rest, cei care au nevoie de serviciile unui medic dentist sunt nevoiți să parcurgă kilometri buni până la Turnu Severin sau al oraș din județ. Spre deosebire de mediul rural în mediul urban funcționau 84 de cabinete de medicină dentară.

Un alt impediment în deschiderea unui cabinet stomatologic este că în mediul rural sunt probleme în ceea ce privește alimentarea localității cu apă în sistem centralizat.

În județul Sălaj, în urma centralizării efectuate de către Direcția de Sănătate Publică, rezultă că sunt 125 de cabinete stomatologice, 88 desfășurându-și activitatea în mediul urban, iar 39 funcționând în mediul rural. Există totuși un număr de 24 de comune dintre cele 57 de comune ale județului Sălaj care nu au cabinete stomatologice.

Un alt exemplu este județul Vaslui, unde doar 8 dintre cele 81 de comune din județ se pot lăuda că au un cabinet stomatologic. Este vorba despre comunele Văleni, Lunca Banului, Berezeni, Ivănești, Ghermănești, Zorleni, Zăpodeni și Codăești.

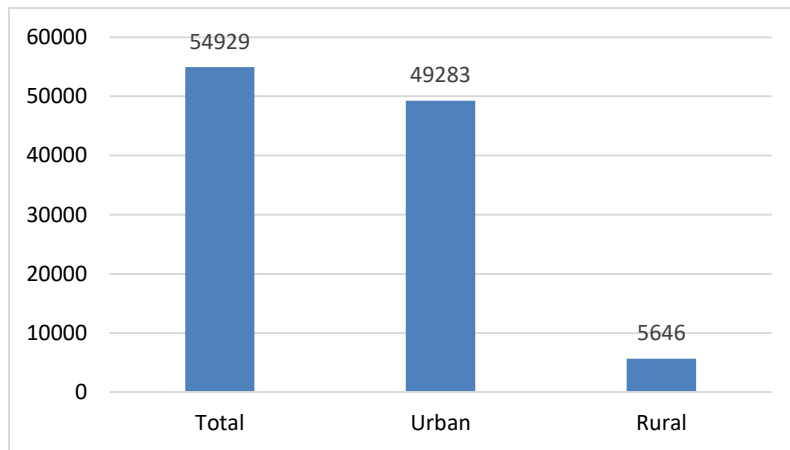
Conform datelor Colegiului Medicilor Dentiști din Galați, în mediul rural din județ, unui medic stomatolog îi revineau 9.235 de persoane, în timp ce în municipiul Galați există un medic stomatolog la 1.299 de locuitori,. Potrivit aceleiași surse, în municipiul Galați sunt 300 de medici dentiști la 298.000 de locuitori, pe când în județ doar 34 de stomatologi deservesc 267.812 de persoane.

Medicii dentiști, chiar dacă au un spor de 25% față de medicii din urban, nu sunt interesați să investească într-un cabinet stomatologic în mediul rural pentru că și-ar amortiza investiția foarte greu. O soluție ar fi ca primăriile să amenajeze cabinete stomatologice și apoi să angajeze medici tineri, care nu își permit o asemenea investiție.

În aceste condiții, specialiștii preferă să lucreze în marile orașe unde oamenii pot obține venituri mai mari și apelează într-o mai mare măsură la serviciile stomatologice.

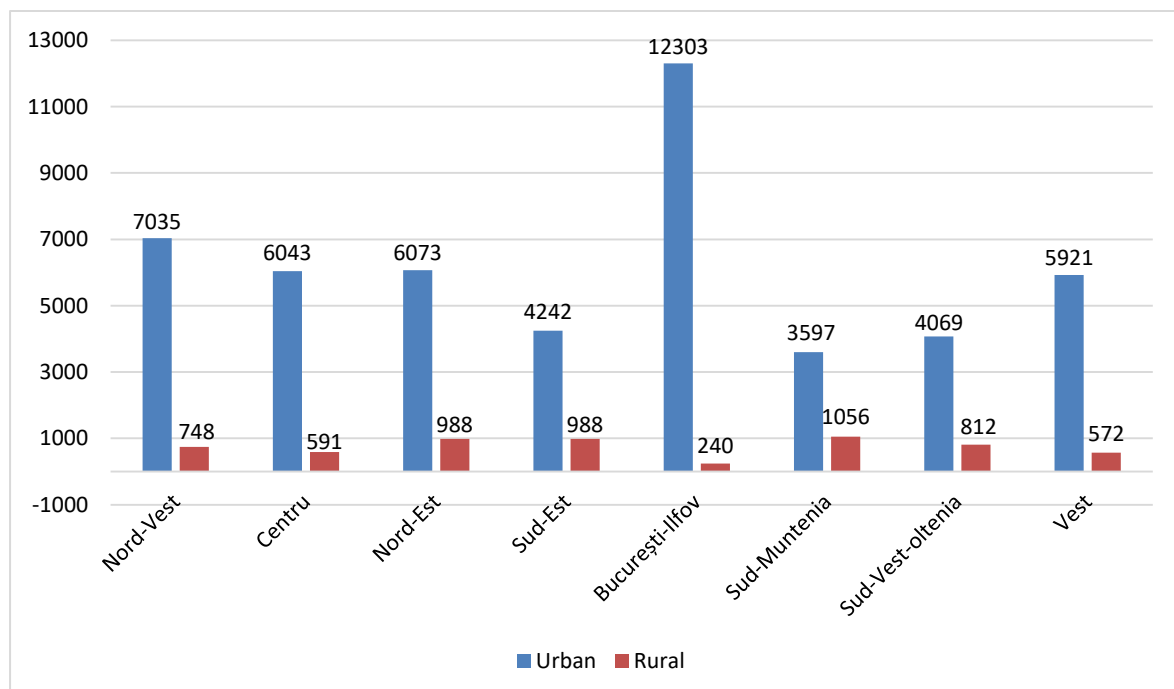
Din graficele 7 și 8 putem observa că numărul medicilor din mediul rural, față de cel urban este, evident, disproporțional indiferent dacă evaluăm situația pe regiuni de dezvoltare sau pe total. Numărul medicilor din mediul rural este de 8,72 ori mai mic decât cel din mediul urban, asta în condițiile în care populația rurală reprezintă 43,6% din populația totală a țării.

Graficul nr.7: Numărul medicilor pe medii de rezidență în anul 2014



Privind distribuția medicilor pe regiuni de dezvoltare și medii de rezidență trebuie să ignorăm situația regiunii București-Ilfov unde majoritatea populației locuiește în mediul urban, iar populația rurală reprezintă doar 11,2% din populația regiunii. De asemenea, trebuie să reamintim că în regiunea Sud Muntenia populația rurală avea cea mai mare pondere (57,1%). Astfel cei mai puțini medici se regăsesc în mediul rural din Centru țării și cei mai mulți în regiunea Nord-Est și Sud-Est (acestea aflându-se la egalitate, 988 de medici).

Graficul nr.8: Numărul medicilor pe regiuni de dezvoltare și medii de rezidență în anul 2014



Deși se confruntă cu o criză de medici în mediul rural, România nu are politici de încurajare a medicilor să se stabilească la sate. Astfel persoanele vârstnice din rural, cu o sănătate precară , cu o nevoie de îngrijire continuă și cu pensii mult prea mici față de necesitățile lor, sunt nevoiți să străbată zeci de kilometri pentru o consultație. Din nefericire, forțați de împrejurări, de cele mai multe ori ajung să-și neglijeze sănătatea.

Concluzii

În toată Europa populația îmbătrânește, fenomen care are un efect direct asupra situației persoanelor vârstnice, în special asupra acelor care au nevoie de îngrijire. Aceste tendințe demografice duc la scăderea numărului de tineri disponibili să ofere servicii de îngrijire, atât formală cât și informală. Îmbătrânirea populației are de asemenea un impact asupra viabilității sistemelor de asigurări sociale dat fiind faptul că raportul dintre cei care contribuie financiar la acestea și persoanele care le folosesc nu mai este același. Sistemele publice de asistență medicală se află sub o presiune tot mai mare. În același timp, schemele combinate de finanțare (de stat /privată), au intrat în sectorul de îngrijire a sănătății, ducând în general la creșterea concurenței în cadrul serviciilor de asistență medicală, inclusiv de îngrijire la domiciliu.

Procesele de schimbare nu au fost echilibrate în toată Europa, ci au avut mai degrabă versiuni și viteze diferite de dezvoltare. Această divergență este vizibil pronunțată între Vest și Est. În timp ce schimbări considerabile la nivel de societate au avut loc continuu în Europa de Vest începând cu anii 1950 - 1960, Europa de Est a evoluat 50 de ani sub umbrela unui sistem centralizat excesiv, fiind martora unor schimbări istorice ale societății abia în ultimele două decenii.

România face parte din blocul țărilor estice unde schimbările au întârziat să apară pentru ca ulterior să se producă într-un ritm mult prea lent pentru nevoile crescânde ale populației sale vârstnice din ce în ce mai numeroasă.

Persoanele vârstnice care locuiesc în mediul rural se confruntă cu o problemă aparte, motiv pentru care măsurile adoptate în favoarea lor trebuie adaptate necesităților și specificului fiecărei zone geografice în parte prin promovarea unui program național în acest sens. Situația vârstnicilor din mediul rural merită o reflexie specifică ținând cont de particularitățile lumii rurale și agricole și de marile disparități dintre cele două medii de rezidență.

Creșterea calității vieții vârstnicilor de la sate presupune măsuri complexe legate de infrastructură (transport, utilități), acces la servicii sociale și medicale, la informare, revigorarea relațiilor interumane etc.

Privită în ansamblu, persoana vârstnică este de cele mai multe ori multiplu dezavantajată, prin scăderea resurselor fizice, care nu înseamnă totdeauna boală, prin scăderea resurselor financiare și prin riscul apariției unei probleme de sănătate mentală. Calitatea îngrijirii vârstnicului este parte integrantă ale politicii de bunăstare și de sănătate a fiecărei țări și ar trebui ca în acest context autoritățile centrale, organizațiile societății civile și instituțiile academice și de cercetare să coopereze în căutarea soluțiilor optime.

Propuneri

Spațiul rural, prin natura activităților umane, a relațiilor din cadrul comunităților și ale celor intercomunitare, este un spațiu social special. Scopul cel mai important al dezvoltării socioculturale a spațiului rural îl reprezintă îmbunătățirea condițiilor de trai ale locuitorilor.

Pentru asigurarea calității vieții persoanelor vârstnice din mediul rural România ar trebui să promoveze măsuri concrete destinate persoanelor vârstnice pentru a permite acestora să dispună de resurse suficiente pentru o existență decentă, să poată participa activ la viața publică, socială și culturală și să decidă asupra propriei vieți, să ducă o existență independentă, cât mai mult timp posibil. Acest lucru s-ar putea realiza prin:

- elaborarea unui program de îmbunătățire a infrastructurii rutiere din mediul rural, cu prioritate pentru localitățile care rămân izolate în caz de condiții meteorologice nefavorabile;
- încurajarea programelor de utilități publice pentru localitățile rurale: alimentare cu apă potabilă și, în special canalizare;
- elaborarea unor politici de încurajare a medicilor să se stabilească în mediul rural;
- elaborarea unui program național pentru următorii 10 ani care să prevadă modalitatea de asigurare de servicii stomatologice în mediul rural;
- îmbunătățirea asistenței medicale pentru vârstnici: crearea secțiilor de geriatrie în spitale, introducerea serviciilor hospice, măsuri de îngrijire alternative spitalizării pentru bolnavii cronici;
- luarea de măsuri care să determine extinderea ariei de acoperire a farmaciilor în mediul rural;
- încurajarea dezvoltării serviciilor de îngrijire la domiciliu atât în sensul extinderii, asigurarea accesibilității, cât și în privința îmbunătățirii și

completării paletelor de servicii (recuperare, mobilizare, masă pe roți, îngrijire paliativă);

- posibilitatea unei alimentații mai bune a vârstnicilor, fie prin magazine cu reduceri pentru pensionari, fie prin înființarea unor cantine unde să poată lua masa într-un mod avantajos;
- asigurarea menținerii în societate a vârstnicilor prin promovarea voluntariatului și încurajarea vârstnicilor spre voluntariat, informarea și consilierea vârstnicilor și pregătirea pentru această nouă perioadă de viață din toate punctele de vedere, în scopul prevenirii problemelor specifice vârstei a treia sau a înlesnirii procesului de îmbătrânire;
- campanii de educație și sensibilizare a generației tinere față de persoanele vârstnice;
- schimbul de bune practici cu țări din regiune privind legislația referitoare la persoanele vârstnice, participarea în rețele europene.

Bibliografie

- Alber, Jens, Tony, Fahey „Perception of Living Condition in an Enlarged Europe“, Fundația pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Viață și de Muncă, Luxembourg, 2004;
- Anuarul statistic al INS: Alimentarea cu apă, canalizarea, salubritatea și distribuția energiei termice, 2015;
- Baza de date tempo, INS, București, 2015;
- Baza de date a Centrului Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică (CNSISP);
- Bold, I., Buciuman, E., Drăghici, M., Spațiu rural. Definiție, organizare, dezvoltare, Editura Mirton, Timișoara, 2003;
- Carta Europeană a Spațiului Rural, aprilie 1995;
- Comunicatul de presă nr. 98 din 24 aprilie 2015 al INS privind Lungimea căilor de transport la 31.12.2014;
- Mărginean, I., „Condițiile de viață ale populației din mediul rural”, Calitatea Vieții, nr. 1-2, pp. 153-170, 2006;
- Mihalache, F., „Coordinates of the Budgets of Revenues and Expenditures of the Rural Localities”, Journal of Community Positive Practices, nr. 1., pp. 129-146, 2013;
- Populația României pe localități la 1 ianuarie 2015, INS, București, 2015;
- Principii adoptate la Conferința de la Hanovra a miniștrilor responsabili pentru amenajarea teritoriului din statele membre ale Consiliului Europei – CEMAT, Hanovra, septembrie 2000;
- Raportul de activitate CNAS pe anul 2014, București, 2014;
- Speranța de viață în anul 2013, INS, București, 2014.