



ACADEMIA ROMÂNĂ
INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETĂRI ECONOMICE

STUDII ECONOMICE

Sănătatea publică din România în perioada 1919-2015

Florin Marius Pavelescu

București
2018

ISSN: 2285 – 7036 INCE – CIDE,
București, Calea 13 Septembrie, Nr.13, Sector 5

CUPRINS

1. Modernizarea sistemului sanitar și starea de sănătate a populației în perioada 1919-1947	3
1.1. Schimbări ale cadrului instituțional-legislativ al sănătății publice	3
1.2. Resursele bugetare alocate sănătății publice	5
1.3. Caracteristici ale funcționării sistemului sanitar	6
1.4. Evoluția morbidității și a speranței de viață la naștere	8
2. Funcționarea sistemului sanitar în perioada economiei de comandă (1948-1989)	9
2.1. Modificări ale cadrului instituțional-legislativ al sistemului sanitar în perioada economiei de comandă.....	9
2.2. Periodizarea evoluției sistemului sanitar între 1948 și 1989.....	11
2.3. Dinamica cheltuielilor bugetare alocate sistemului sanitar în perioada 1950-1989	11
2.4. Extinderea rețelei sanitare în perioada 1948-1989.....	12
2.5. Dinamica personalului medical și a activităților spitalicești în perioada 1948-1989	13
2.6. Evoluția morbidității și a speranței de viață la naștere în perioada 1955-1989	15
3. Transformarea economiei și reforma sistemului sanitar în perioada 1990-2015	17
3.1. Reforma cadrului instituțional al sistemului sanitar în perioada 1990-2015	17
3.2. Dinamica cheltuielilor pentru sănătate alocate de la bugetul de stat în perioada 1990-2015	18
3.3. Evoluția rețelei sanitare în perioada 1990-2015	19
3.4. Dinamica personalului medical și a activităților spitalicești în perioada 1989-2015	20
3.5. Evoluția morbidității și a speranței de viață.....	22
Concluzii	23
Bibliografie selectivă	25

SĂNĂTATEA PUBLICĂ DIN ROMÂNIA ÎN PERIOADA 1919-2015¹

FLORIN MARIUS PAVELESCU*

Abstract: *The paper assumes that the public healthcare system represents one of the public services which crucially contributed to Romania's economic development and social modernization after the Great Union of 1918. The healthcare system evolution is analyzed in three chapters related to the periods: 1919-1947, 1948-1989 and 1990-2015, following the transformations generated by the dramatic changes of the economic and social-political system which occurred in 1947 and 1989. In each chapter, the author reviews the changes of the institutional framework, the dynamics of the budgetary resources allocated for healthcare, the extension of the healthcare network, the dynamics and structural change of the medical-sanitary staff and the evolution of morbidity and life expectancy at birth. This way, it is possible to reveal both the positive and negative aspects of the healthcare system functioning during each phase of the analysed period and also the features of the reforms and other institutional changes adopted by public authorities in order to improve the health status of population.*

Keywords: *institutional framework, budgetary expenditures, healthcare network, medico-sanitary staff, life expectancy at birth*

JEL: *I12, I15, I18, N34*

Sănătatea publică a reprezentat unul dintre serviciile publice care au contribuit decisiv la dezvoltarea economiei și la modernizarea societății românești după Marea Unire din anul 1918. Faptul că îmbunătățirea stării de sănătate a populației a acționat și acționează ca un factor generator de multiple beneficii în plan economic și social a fost conștientizat de marea majoritate a decidenților politici. Din acest motiv, au fost întreprinse numeroase încercări de reformare și de creștere a performanței respectivului domeniu de activitate.

Modalitățile alese pentru susținerea unor procese de reconstruire sau de reformare a sănătății publice (sistemului sanitar) au fost dependente, într-o foarte mare măsură, de caracteristicile regimului social-politic, de starea generală a economiei, precum și de posibilitățile de racordare la tendințele care se manifestau pe plan internațional. Drept urmare, analiza funcționării respectivului serviciu public după Marea Unire nu poate face abstracție de cele trei mari faze ale istoriei contemporane a României, și anume: A) 1919-1947, B) 1948-1989 și C) după anul 1989. În evidențierea caracteristicilor celor trei faze de evoluție a sistemului sanitar, este necesar să se aibă în vedere schimbările cadrului legislativ, resursele bugetare alocate, caracteristicile rețelei instituțiilor sanitare, dotarea cu personal medical și volumul activităților de ocrotire a sănătății, morbiditatea generală, mortalitatea infantilă, precum și speranța de viață la naștere.

1. Modernizarea sistemului sanitar și starea de sănătate a populației în perioada 1919-1947

Intervalul de timp 1919-1947 reprezintă o etapă importantă a modernizării sistemului sanitar din România. Refacerea economică din primii ani interbelici și avântul economic din perioada 1934-1939 au creat premisele întreprinderii de acțiuni pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Tendințele pozitive au fost întrerupte de criza economică din 1929-1933 și, ulterior, de desfășurarea celui de al Doilea Război Mondial și a consecințelor acestuia în primii ani postbelici. Un rol major în conturarea unor premise favorabile creșterii performanței sistemului sanitar a revenit primenirii cadrului instituțional-legislativ în sensul adaptării acestuia la noile condiții economice și sociale, precum și a preluării unor bune practici, care erau utilizate în țările europene dezvoltate.

1.1. Schimbări ale cadrului instituțional-legislativ al sănătății publice

În perioada interbelică au fost realizate schimbări în cadrul instituțional-legislativ, determinate atât de necesitatea aplicării unitare a prevederilor legale referitoare la sănătatea publică pe întregul teritoriu național, cât și de imperativul sporirii eficacității măsurilor pentru reducerea precarității stării de sănătate pentru o parte însemnată a populației, cu deosebire a celei din mediul rural.

¹ Acest elaborat reprezintă o variantă revizuită a capitolului „Sănătatea publică”, publicat de autor în Aurel Iancu, George Georgescu, Victor Axenciuc, Florin-Marius Pavelescu, Constantin Ciutacu (coordonatori), *Economia României după Marea Unire*, vol. II, *Economia sectorială*, Colecția Civilizația Românească, Cartea 16, Editura Academiei, București, 2018 (ISBN 978-973-27-3023-2).

* Institutul de Economie Națională al Academiei Române.

Printre primele măsuri adoptate de autoritățile publice după Marea Unire a fost crearea, în anul 1919, a șapte regiuni sanitare care să poată gestiona cu mai multă eficacitate problemele de natură medicală apărute pe plan local. În anul 1921 a fost înființat Ministerul Muncii, Ocrotirilor Sociale și Sănătății. Astfel, se reliefa și din punct de vedere organizațional importanța sănătății publice în noul context economic și social. În fapt, se rupea o tradiție care dăinuia încă de la Legea sanitară din 1862, adoptată la scurt timp după Unirea Principatelor de la 1859, potrivit căreia sănătatea publică era gestionată de Direcția Generală a Serviciului Sanitar aflată în subordinea Ministerului de Interne.

Tot în anul 1921 s-a stabilit că Legea sanitară din anul 1910², precum și alte acte normative referitoare la funcționarea sistemului sanitar din Vechiul Regat urmau să se aplice pe teritoriul național reîntregit.

În anul 1923, prin Legea nr. 5300, au fost redefinite o serie de atribuții ale sistemului sanitar, în condițiile înființării Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale, cu scopul unei mai bune coordonări a activităților specifice. Totodată, au fost corectate unele dintre deficiențele Legii sănătății din 1910 referitoare la domeniul farmaceutic.

Un impact pozitiv asupra desfășurării activităților de ocrotire a sănătății populației au avut prevederile Legii de unificare administrativă din anul 1926, prin care se precizau cu mai multă claritate atribuțiile autorităților locale și, cu deosebire, ale prefecturilor și primarilor în funcționarea sistemului sanitar.

În anul 1930 a fost adoptată o nouă lege sanitară și de ocrotire, la elaborarea căreia o contribuție de prim ordin a fost adusă de profesorul Ioan Cantacuzino, promotorul Legii sanitare din anul 1910. Respectivul act normativ era inspirat din cele mai moderne principii și bune practici utilizate în epocă pe plan european pentru organizarea serviciilor de sănătate publică. Totodată, se pornea de la o evaluare realistă a situației sistemului sanitar și a stării de sănătate a populației.

Problemele circumscrise sănătății publice urmau să fie gestionate de o singură autoritate centrală, iar pentru găsirea de soluții adecvate la respectivele probleme era preconizată o strânsă cooperare între autoritățile sanitare și serviciile de asistență socială. Astfel, pe de o parte, se înființau comisii cu rol consultativ asupra unei mari arii de probleme legate de sănătatea publică, precum și institute de știință aplicată în domeniul sănătății publice, iar pe de altă parte, se prevedea o mai mare implicare a autorităților publice locale în rezolvarea problemelor sistemului sanitar, mai ales în ceea ce privește igiena publică din mediul rural. S-au introdus norme privind numărul maxim de locuitori care urma să revină la diferitele categorii de personal medical. A fost crescută răspunderea autorităților județene și s-au înființat plășile sanitare rurale. Totodată, s-au precizat atribuțiile celor nouă Inspectorate Generale Sanitare, cu sediul la București, Constanța, Craiova, Iași, Chișinău, Cernăuți, Cluj, Sibiu, Timișoara, care cuprindeau circumscripțiile sanitare urbane și între 96 și 191 de plăși sanitare rurale, pentru coordonarea activităților de sănătate publică în teritoriu.

S-au adus îmbunătățiri modului de funcționare a rețelei farmaceutice și în ceea ce privește exercitarea profesiei de farmacist. De asemenea, au fost îmbunătățite prevederile referitoare la desfășurarea asistenței

² Legea sanitară din anul 1910 a constituit o etapă importantă a unui proces îndelungat de modernizare a sistemului sanitar din România înainte de Primul Război Mondial, marcat de adoptarea unor legi în anii 1862, 1874, 1881, 1885, 1893, 1898 și 1906. (**Legea din anul 1862** a reprezentat un act normativ esențial pentru definirea și funcționarea serviciilor publice din România. În conceperea acestei legi, un rol de prim ordin l-a avut Carol Davila. Astfel, a fost asigurată unificarea instituțiilor sanitare din Valahia și Moldova și modernizarea activității acestora. De asemenea, erau cuprinse prevederi referitoare la modul de acordare a asistenței medicale în mediul rural, vaccinarea antivariolică, oferirea de medicamente gratuite persoanelor paupere și alcătuirea de statistici sanitare. **Legea din anul 1874** a realizat delimitarea clară de instituțiile de sănătate publică înființate în epoca Regulamentelor organice, prin mai buna precizare a atribuțiilor autorităților centrale și locale legate de sănătatea publică. Au fost stabilite reglementări cu privire la asigurarea igienei în activitățile industriale cu un grad ridicat de poluare, precum și în mediul rural. În cuprinsul legii, au apărut vagi referiri la reglementarea duratei zilnice a muncii lucrătorilor, ca unul dintre factorii asigurării și menținerii igienei în activitățile industriale. **Legea din anul 1881** a contribuit la înființarea primelor spitale rurale. **Legea din anul 1885** a stabilit o serie de prevederi legate de durata zilei de lucru și a extins reglementările legate de igiena muncii existente în legea din anul 1874. **Legea din anul 1893** a instituit controlul sanitar prin intermediul inspectorilor sanitari și a impus ca fiecare oraș să aibă în administrare un spital comunal propriu sau să subvenționeze un spital. Au fost revizuite prevederile legale referitoare la clasificarea activităților industriale din punctul de vedere al gradului de poluare și au fost adoptate prevederi privind protecția muncii copiilor în industrie. **Legea din anul 1898** redefinea rolul autorităților locale în asigurarea sănătății publice, cu deosebire în respectarea igienei publice sub diferitele sale componente, și introducea obligația înființării pe plan local a spitalelor pentru tratarea bolnavilor care sufereau de boli sociale. Se adopta principiul consultațiilor gratuite pentru persoanele sărace sau străini, dacă sufereau de boli grave. **Legea din anul 1906** a susținut acordarea asistenței medicale în mediul rural, în special prin intermediul veniturilor loteriei de stat.)

Legea sanitară din anul 1910 a fost votată în cursul unei guvernări a Partidului Național Liberal, cu largul sprijin al prim-ministrului I.I.C. Brătianu, în contextul eforturilor depuse de respectiva formațiune politică pentru aplicarea programului său de modernizare a vieții economice și sociale, adoptat în urma războaielor țărănești din 1907. În elaborarea respectivului act normativ, profesorul Ioan Cantacuzino a avut o contribuție esențială. Au fost luate în considerare, într-o foarte mare măsură, opiniile cadrelor medicale. Legea a avut ca principale obiective creșterea eficacității măsurilor de combatere a cauzelor generatoare de maladii, garantarea stabilității pe funcții, precum și asigurarea unei mai mari echități în promovarea și remunerarea personalului medical. A fost acordată o atenție deosebită ocrotirii sănătății populației de la sate, prin înființarea Casei Sănătății Publice Rurale, cu atribuții legate de combaterea unor boli sociale grave, precum paludismul și pelagra, pe de o parte, și realizarea de lucrări de alimentare cu apă și canalizare, cu scopul ameliorării igienei populației, pe de altă parte. Au fost create condițiile pentru dezvoltarea medicinii curative. Au fost păstrate, în esență, prevederile Regulamentului referitor la activitatea farmaceutică, adoptat în 1893.

sociale, mai ales în ceea ce privește protejarea sănătății mamei și copilului, fiind sprijinită extinderea unităților sanitare legate de maternitate și acordarea asistenței la naștere și în primele luni de viață copiilor nou-născuți.

În anul 1931 s-au adoptat modificări legislative care au vizat concursurile pentru medicii de spital și a fost înființat Colegiul Farmaciștilor, cu scopul unei mai bune coordonări a activităților legate de furnizarea medicamentelor și al creșterii nivelului profesional al persoanelor implicate în respectivele activități.

În anul 1933, printr-o nouă lege sanitară, s-au stabilit condițiile de exercitare a profesiei de medic, precum și tipurile de medici și gradele profesionale ale acestora. Totodată, a fost înființat și au fost stabilite atribuțiile Consiliului Medicilor. S-a elaborat Regulamentul privind protecția mamei și copilului și au fost organizate comisiile de igienă. Tot prin intermediul unui regulament, a fost aprobat Statutul personalului tehnic auxiliar medical.

În anul 1934 a fost reînființat Consiliului Superior al Sănătății, a fost creată Comisia Interministerială pentru Marile Asanări Malarigene și a fost reorganizat Serviciul Demografic.

Pentru intensificarea acțiunilor de reducere a incidenței tuberculozei, s-a înființat în anul 1934 Liga Națională contra Tuberculozei, iar în anul 1937 s-a aprobat Regulamentul pentru asistența funcționarilor și aspiranților tuberculoși.

În anul 1939, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale a fost separat de Ministerul Muncii.

În anul 1940 au fost elaborate regulamente referitoare la funcționarea Consiliului Medicilor, la recrutarea chimiștilor și farmaciștilor din serviciile publice și la ocuparea posturilor de medici interni din spitale.

În perioada 1945-1947, principalele modificări ale cadrului instituțional-legislativ al sănătății publice au vizat: a) reorganizarea activității Ministerului Sănătății ca urmare a schimbării radicale a situației social-politice de după August 1944 și b) limitarea rolului inițiativei private în desfășurarea activităților de ocrotire a sănătății, în contextul favorizării impunerii economiei de comandă.

1.2. Resursele bugetare alocate sănătății publice

În cursul perioadei interbelice, schimbările realizate în cadrul instituțional-legislativ au fost acompaniate de importante modificări ale resurselor financiare alocate de la bugetul de stat pentru sistemul de sănătate publică. Înființarea unui minister specializat pe problemele sănătății și asigurărilor sociale a facilitat alocarea de resurse financiare de la bugetul statului și evidențierea modalităților de acțiune a autorităților publice în ceea ce privește ameliorarea stării de sănătate a populației. În intervalul 1922-1928, cheltuielile pentru sănătatea publică au reprezentat între 2,1% și 3,3% din cheltuielile bugetului de stat (Pavelescu, 2016a). În termeni reali, comparativ cu anul 1922, cheltuielile pentru sănătate publică erau în anul 1928 mai ridicate cu 144,38% (tabelul nr. 1). Prin majorarea resurselor financiare alocate de la buget, au fost create premise favorabile pentru susținerea aplicării unora dintre prevederile legale care vizau îmbunătățirea stării de sănătate a populației, precum și pentru dezvoltarea științei medicale naționale³.

În deceniul 1929-1938, evoluția volatilă a economiei a determinat o creștere moderată a cheltuielilor bugetare destinate sănătății publice, într-un ritm mediu anual de 1,35%, foarte apropiat de ritmul mediu anual de creștere a populației totale (1,28%).

Tabelul nr. 1

Dinamica cheltuielilor bugetare pentru sănătate publică, în termeni reali, în perioada 1922-1938

Anul	Cheltuieli totale pentru sănătate publică	Cheltuieli pentru sănătate publică per capita	Ponderea cheltuielilor de sănătate publică în cheltuielile bugetului de stat
1922	100,00	100,00	2,4
1928	244,38	224,43	3,1
1938	279,43	225,96	3,5

Sursa: Calculat după *Anuarul statistic* și Axenciuc (1994).

³ În asigurarea de resurse financiare pentru activitățile legate de sănătatea publică din perioada interbelică, un rol însemnat a revenit sistemului asigurărilor sociale, bazat pe concepția bismarkiană a fondului de ajutorare în caz de îmbolnăviri. Categoriile sociale care erau acoperite de respectivele asigurări sociale erau: lucrătorii industriali, comercianții, întreprinzătorii, lucrătorii pe cont propriu, precum și membrii familiilor acestora. Contribuțiile pentru sănătate erau suportate în mod egal de persoanele asigurate și de patroni. În fapt, asigurările sociale de sănătate se adresau cu precădere unei părți a populației urbane și, din acest motiv, ponderea persoanelor asigurate în populația totală era de doar circa 5% (cf. WHO, 2000).

În perioada 1939-1947, desfășurarea celui de al Doilea Război Mondial și consecințele acestuia în primii ani postbelici au influențat puternic resursele bugetare alocate sistemului de sănătate publică. Astfel, ponderea cheltuielilor destinate sănătății publice în cheltuielile bugetare totale a fost de 2,88% în anul 1939 și de 2,85% în anul 1940, sensibil mai scăzută în comparație cu nivelul consemnat în anul 1938.

În primii ani postbelici, respectivul indicator a înregistrat fluctuații însemnate, în funcție de prioritățile politicii guvernamentale și de resursele disponibile. În anul 1945, ponderea cheltuielilor pentru sănătatea publică în cheltuielile bugetare totale a fost de 1,7%, iar în anul 1946, de 6,42%. Creșterea sensibilă a alocărilor bugetare a avut loc în contextul luării de măsuri care prefigurau impunerea economiei de comandă, concretizate și prin blocarea inițiativei private în domeniul serviciilor medicale, dar și prin demararea unor campanii pentru combaterea bolilor infecțioase (febra tifoidă și tifosul exantematic), care aveau o incidență crescută și, implicit, puternice efecte negative în plan economic și social.

1.3. Caracteristici ale funcționării sistemului sanitar

În perioada interbelică, modificările operate în cadrul legislativ, precum și majorarea cheltuielilor bugetare alocate sistemului sanitar au avut ca principale obiective extinderea rețelei sanitare și îmbunătățirea stării de sănătate a populației. În fapt, se continua una dintre preocupările corpului medical din perioada antebelică, și anume cea privind precaritatea stării de sănătate a populației, cu deosebire a locuitorilor din mediul rural⁴, și se milita pentru inițierea de acțiuni care să permită rezolvarea acestei probleme. Conceperea și transpunerea în practică a măsurilor care să determine atingerea respectivelor obiective s-a diferențiat în timp.

În cursul primului deceniu interbelic (1919-1928) a fost acordată o atenție deosebită consolidării sistemului instituțional al sănătății publice și măsurilor pentru reducerea incidenței bolilor infecțioase. De asemenea, numărul de medici plătiți de la bugetul de stat s-a majorat de la 1.204 în anul 1920 la 1.375 în anul 1924. Tot în anul 1924, erau remunerați din fonduri bugetare 79 de farmaciști și 1.782 de moașe (Bordea, 1924).

În cursul perioadei 1929-1939, creșterea moderată a volumului de resurse financiare alocate de la bugetul de stat a contribuit la îmbunătățirea statisticii medicale, la extinderea bazei materiale a sistemului sanitar și la majorarea numărului de personal medical. Astfel, între 1929 și 1938, în cadrul unităților medicale subordonate instituțiilor de ocrotire socială, numărul de paturi s-a majorat de la 29.775 la 40.242. *Enciclopedia României* (1938) relevă că, la mijlocul anilor 1930, rețeaua Ministerului Sănătății cuprindea 379 de spitale cu 24.696 de paturi, 795 de farmacii urbane și 715 farmacii rurale.

După adoptarea Legii sanitare și de ocrotire din anul 1930, acțiunile autorităților publice pentru modernizarea instituțiilor sanitare, creșterea nivelului de calificare a personalului medical și reducerea disparităților dintre mediul urban și mediul rural s-au diversificat. Au fost construite noi spitale și sanatorii pentru diferite tipuri de maladii și pentru activitățile de asistență socială.

În pregătirea personalului medical au intervenit o serie de schimbări. Numărul de studenți de la facultățile de medicină și farmacie s-a redus în comparație cu intervalul 1920-1928⁵. Pentru personalul medical auxiliar au fost organizate școli speciale. A fost acordată atenție nu numai formării profesionale a moașelor, care reprezentau figura emblematică a personalului sanitar cu studii medii din lumea satelor de multe decenii, ci și agenților sanitari sau surorilor de caritate (ocrotire). Diversificarea profesională a personalului sanitar auxiliar a fost realizată cu scopul extinderii activităților profilactice și a celor de asigurare a medicinei și igienei sociale. În aceste condiții, numărul de medici plătiți din fonduri bugetare a crescut de la 1.915 în anul 1930 la 2.773 în anul 1939, iar cel al moașelor de la 1.743 la 3.364. În anul 1939 erau angajați în serviciul public de sănătate 3.971 de agenți sanitari și 1.242 de surori de caritate și infirmieri.

⁴ Școala de medicină din România, care s-a creat și consolidat în cea de a doua jumătate a secolului al XIX-lea, a fost preocupată nu numai de îmbunătățirea competențelor profesionale și de compatibilizarea acestora cu tendințele de avangardă care se manifestau pe plan european, ci și de rezolvarea unor probleme sociale sau epidemiologice cu care se confruntau românii în perioada respectivă. Numeroși medici au atras atenția că nerezolvarea problemei agrare conducea la perpetuarea sărăciei și genera multiple consecințe negative, nu numai din punct de vedere economic și social, ci și epidemiologic. Se sublinia faptul că alimentația de slabă calitate și numărul foarte mic de medici erau printre principalele cauze ale incidenței mari a morbidității determinate de bolile infecțioase, a unor boli sociale, precum pelagra, și a nivelului ridicat al mortalității infantile (Problema implicării medicilor în modernizarea instituțiilor și activităților de sănătate publică a fost pe larg abordată în proiectul de cercetare *Elita medicală românească și procesul modernizării rurale din România (1859-1914)*, coordonat de C. Bărbulescu, realizat în perioada 2009-2010 și finanțat din fonduri publice.)

⁵ Numărul de studenți înscriși la facultățile de medicină a fost de 2.592 în anul universitar 1919-1920, de 2.258 în anul universitar 1928-1929 și de 2.078, în anul universitar 1937-1938. Numărul de studenți înscriși la facultățile de farmacie a fost de 390 în anul universitar 1919-1920, de 1.256 în anul universitar 1928-1929 și de 559 în anul universitar 1937-1938 (cf. Pavelescu, 2016b).

Cu toate aceste progrese, numărul de medici salariați din fonduri publice reprezenta, în ajunul celui de al Doilea Război Mondial, doar mai puțin de o treime din numărul de medici cu liberă practică din România și era insuficient în raport cu numărul populației totale, deoarece unui medic îi reveneau în medie circa 1.900 de locuitori.

O problemă cu care se confrunta sistemul sanitar și în perioada anilor 1930 era disparitatea marcantă dintre mediul rural și mediul urban în ceea ce privește numărul de personal medical. În mediul rural, starea de sănătate pentru largi categorii ale populației era precară, fapt evidențiat de anchetele sociologice extinse, coordonate de Dimitrie Gusti în cursul anilor 1930. Pe această bază, se pleda pentru o mai puternică implicare a medicilor în rezolvarea problemelor sociale și chiar pentru construirea unui trio preot-învățător-medic, care să acționeze ca un factor al accelerării progresului economic și social în lumea satelor. Pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației din mediul rural au fost organizate plăși sanitare model în județele Cluj, Iași și Ilfov. Totodată, s-au făcut încercări de acordare de stimulente pentru stabilirea medicilor în mediul rural.

Acțiunile întreprinse pentru îmbunătățirea asistenței medicale în mediul rural au avut un efect limitat. La mijlocul anilor 1930, doar circa 10% dintre medicii autorizați își desfășurau activitatea în mediul rural. În aceste condiții, conform *Enciclopediei României* (1938), în mediul urban, unui medic îi reveneau în medie 390 de locuitori, în timp ce, în mediul rural, numărul de locuitori per medic era cuprins între 7.301 în județul Făgăraș și 38.816 în județul Neamț.

În mediul urban, progresele din domeniul asistenței medicale au fost sprijinite nu numai prin creșterea alocărilor bugetare și modificarea legislației, dar și prin continuarea activității instituțiilor create de inițiativa privată sau de parteneriatul public-privat încă din secolul al XIX-lea, precum Eforia Spitalelor Civile și Epitropia Așezămintelor Brâncovenești.

Eforia Spitalelor Civile, înființată în anul 1832, și-a continuat activitatea, în ciuda transformărilor din regimul proprietății funciare determinate de reforma agrară din anul 1921, care i-au redus patrimoniul într-o măsură importantă. În aceste condiții, în anul 1923 comparativ cu anul 1914, numărul de consultații gratuite acordate reprezenta 62,3%, iar numărul de pacienți internați, 60,4% (tabelul nr. 2). Chiar dacă volumul serviciilor medicale prestate a fost redus în comparație cu instituțiile sanitare de stat⁶, Eforia Spitalelor Civile a reprezentat cea mai importantă instituție de profilaxie și asistență medicală și socială (cf. *Enciclopedia României*, 1938). De asemenea, cele trei spitale ale Eforiei (Pantelimon, Colțea și Filantropia) au fost clinici ale Facultății de Medicină din București.

Tabelul nr. 2

Indicatori ai activității Eforiei Spitalelor Civile în perioada 1914-1938

Anul	Consultații gratuite	Pacienți internați	Zile-om internare
1914	106.940	32.211	...
1923	66.644	19.464	363.142
1928	45.422	26.496	561.776
1933	135.880	23.819	541.746
1938	192.276	30.478	687.322

Sursa: Anuarul statistic al României.

În perioada 1933-1938 s-a înregistrat o creștere a volumului prestațiilor medicale. Astfel, în raport cu anul 1914, în anul 1938, numărul de consultații medicale gratuite reprezenta 179,8%, iar cel al pacienților internați, 94,6%.

Epitropia Așezămintelor Brâncovenești, înființată în anul 1835 de Elisabeta (Safta) Brâncoveanu, a funcționat în anii interbelici ca spital universitar privat, cu mai multe clinici specializate în medicină internă, balneologie, ortopedie și chirurgie. În cadrul respectivei instituții și-au desfășurat activitatea, în perioada analizată, personalități marcante ale științei medicale românești, precum: D. Danielopolu, D. Gerota, E. Juvara, V. Gomoiu.

Numărul de pacienți internați a avut o tendință de creștere, care s-a accelerat în cursul celui de al doilea deceniu interbelic, când respectivul indicator s-a majorat de 3,7 ori (tabelul nr. 3). Numărul de consultații gratuite a înregistrat o tendință de diminuare în intervalul 1920-1928, urmată de o redresare în perioada 1929-1938, ceea ce a determinat în anul 1938 depășirea cu peste 21% a nivelului înregistrat în anul 1914.

⁶ În anul 1923, conform datelor statistice, în instituțiile de sănătate de stat s-au acordat 712.921 de consultații gratuite, au fost internați 238.783 de pacienți și au fost efectuate 5.215.125 de zile-om de spitalizare. Cu alte cuvinte, activitatea desfășurată în respectivul an de Eforia Spitalelor Civile a reprezentat, comparativ cu sectorul sanitar de stat, 9,4% în cazul consultațiilor gratuite, 1,3% în cazul pacienților internați și 0,9% din numărul de zile-om de spitalizare.

Tabelul nr. 3

Indicatori ai activității Epitropiei Așezămintelor Brâncovenesti în perioada 1914-1938

Anul	Consultații gratuite	Pacienți internați	Zile-om internare număr
1914	73.621	2.119	39.979
1920	64.008	2.340	42.610
1923	67.083	3.045	49.122
1928	56.262	4.666	70.967
1933	72.487	8.385	97.129
1938	89.311	17.302	150.974

Sursa: Anuarul statistic al României.

Activitatea celor două instituții menționate anterior nu trebuie să fie apreciată numai din punct de vedere cantitativ, ci mai ales prin contribuția adusă la dezvoltarea învățământului medical românesc. Totodată, a fost susținută afirmarea școlii medicale românești pe plan european și internațional⁷. Un exemplu de cooperare internațională reușită a medicinei românești în perioada interbelică au fost relațiile cu Institutul Rockefeller din SUA, care s-au concretizat prin studii aprofundate asupra stării de sănătate a populației.

În intervalul 1940-1944, angrenarea României în desfășurarea celui de al Doilea Război Mondial a însemnat constrângeri majore în funcționarea sistemului sanitar. Mobilizarea unei părți însemnate a personalului medico-sanitar în desfășurarea operațiunilor militare, precum și pierderile umane suferite au accentuat deficitul de medici la nivel național și au agravat distorsiunile legate de distribuția teritorială a respectivei categorii profesionale. O accentuată penurie de medici se manifesta în specialități precum pediatrie, igienă sau boli infecțioase. Astfel, în anul 1944, își desfășurau activitatea doar 148 de medici pediatri și 50 de medici specialiști în boli infecțioase (cf. Milcu și Dușescu (coord.), 1980).

În primii ani postbelici (1945-1947), pe fondul creșterii cheltuielilor bugetare pentru sănătatea publică, a fost mărit numărul de posturi de medici și de alte categorii de personal medico-sanitar, precum și numărul de paturi în spitale.

În aceste condiții, la sfârșitul anului 1945 se aflau în activitate 10.602 medici, iar numărul de paturi de spital se ridica la 45.789. Drept urmare, densitatea paturilor de spital era de 2,9 per 1.000 de locuitori, în timp ce numărul de locuitori care reveneau la un medic era de 1.485. În anul 1946 au fost finanțate de la buget încă 535 de noi posturi de medici și 1.900 de noi posturi pentru personalul medical auxiliar.

Concomitent a fost majorată și cifra de școlarizare pentru studenții din domeniul medico-farmaceutic. În anul universitar 1945-1946, numărul de studenți înscriși la studii din domeniul medico-farmaceutic era de 10.267, comparativ cu 3.403 în anul universitar 1937-1938 (cf. Mezincescu, 1947). Măsurile de îmbunătățire a asistenței medicale au avut și un caracter propagandistic, în contextul favorizării impunerii economiei de comandă și al blocării rolului inițiativei private în activitatea economico-socială. Indiferent însă de mobilurile care le-au generat, respectivele acțiuni de politică sanitară au creat premisele extinderii bazei tehnico-materiale a sistemului sanitar, creșterii numărului personalului medico-sanitar și lărgirii accesului populației la asistența medicală.

1.4. Evoluția morbidității și a speranței de viață la naștere

Modificările care s-au produs în activitatea instituțiilor sanitare în cursul perioadei interbelice au avut loc în contextul în care peste 80% din populație locuia în mediul rural. Acest fapt a limitat, așa cum am menționat anterior, accesul la asistența medicală și a influențat în mod negativ morbiditatea și speranța de viață. Datele statistice relevă o evoluție contradictorie a morbidității cauzate de bolile infecțioase. Astfel, în intervalul 1919-1928, pe medii de locuire întrunite, a fost consemnată o reducere a morbidității cauzate de bolile infecțioase de la 6,0‰ la 3,2‰ (tabelul nr. 4), ceea ce reprezintă un progres comparativ cu anul 1915, când se atingea nivelul de 7,2‰. Incidența bolilor infecțioase era mai puternică în mediul rural comparativ cu mediul urban.

⁷ Domeniile în care, pe parcursul perioadei interbelice, școala românească de medicină a adus contribuții valoroase au fost: imunologia (I. Cantacuzino, M. Ciucă), neurologia (Gh. Marinescu), endocrinologia (C. Parhon, Șt. Milcu), fiziologia (N. Paulescu, D. Danielopolu).

Tabelul nr. 4

Morbiditatea cauzată de bolile infecțioase pe medii de locuire, în perioada 1915-1943

Anul	%		
	Medii de locuire întrunite	Mediul rural	Mediul urban
1915	7,2	7,2	7,1
1919	6,0	6,3	5,0
1923	3,5	3,3	3,9
1928	3,2	3,2	3,0
1933	5,8	4,8	6,2
1938	10,7	10,8	9,9
1943	6,5

Sursa: Calculat după *Anuarul statistic al României*.

În timpul crizei economice de la începutul anilor 1930, morbiditatea cauzată de bolile infecțioase a crescut cu precădere în mediul urban. În mod paradoxal, respectivul indicator s-a majorat și în cursul avântului economic dintre anii 1934 și 1938. Explicația unei asemenea evoluții rezidă nu numai în extinderea lentă a asistenței medicale în mediul rural, ci și în progresele realizate de statistica medicală, fapt care a permis înregistrarea cu mai multă acuratețe a cazurilor de îmbolnăvire determinate de diferitele tipuri de boli⁸. De asemenea, nu trebuie ignorată recrudescența bolilor sociale, care au avut în intervalul 1930-1938 rate ale morbidității cuprinse între 12,0‰ și 21,5‰.

Un alt fenomen negativ, strâns legat de dezvoltarea lentă a instituțiilor de sănătate publică, a fost menținerea la cote ridicate a mortalității infantile. Astfel, respectivul indicator a fost de 197‰ în intervalul 1909-1912 și de 177‰ în intervalul 1930-1932. Pentru perioada 1936-1940, a fost estimat un nivel de 173‰ (Ghețău, 1978). În aceste condiții, speranța de viață la naștere a crescut lent, respectiv de la 39,6 ani în perioada 1909-1912 la 42,0 ani în perioada 1930-1932. De asemenea, s-a mărit decalajul de gen în favoarea femeilor, de la 0,9 ani în 1909-1912 (39,2 ani la bărbați și 40,1 ani la femei) la 1,4 ani în 1930-1932 (41,2 ani la bărbați și 42,6 ani la femei).

Perioada de relansare economică dintre anii 1934 și 1939 nu a adus schimbări semnificative ale speranței de viață la naștere. În timpul celui de al Doilea Război Mondial și al primilor ani postbelici, starea de sănătate a populației s-a înrăutățit. În anul 1947, rata natalității era de 23,4‰, iar rata mortalității de 22,0‰, iar evaluări ale unor experți internaționali, prezentate în Gh. Dobre, coord. (1997), relevă o rată a mortalității infantile de 200‰. Speranța de viață la naștere estimată pentru intervalul 1947-1948 a fost de 54,15 ani pentru bărbați și de 55,35 ani pentru femei⁹. Respectivul indicator releva importante decalaje între România și țările cele mai dezvoltate din Europa de Vest, precum Olanda (69,40 ani și, respectiv, 71,50 ani), Norvegia (69,25 ani și, respectiv, 72,62 ani) sau Franța (61,87 ani și, respectiv, 67,43 ani).

2. Funcționarea sistemului sanitar în perioada economiei de comandă (1948-1989)

Între anii 1948 și 1989, organizarea și funcționarea sistemului sanitar din România a fost puternic influențată de existența economiei de comandă și a sistemului social-politic asociat acesteia. Fazele evoluției respectivului tip de economie, caracteristicile politicii macroeconomice, precum și o serie de procese sociale asociate, între care se evidențiază mobilitatea teritorială și schimbarea comportamentului demografic, au avut un puternic impact asupra funcționării sistemului sanitar și a stării de sănătate a populației.

2.1. Modificări ale cadrului instituțional-legislativ al sistemului sanitar în perioada economiei de comandă

În perioada 1948-1989, existența economiei de comandă, precum și a regimului social-politic asociat acesteia a impus organizarea și funcționarea unui sistem sanitar în care a fost blocată și/sau strict controlată

⁸ În anii 1935, 1937 și 1938, la creșterea morbidității cauzate de bolile infecțioase, o contribuție importantă a revenit gripei și erizipelului, maladii care nu apăreau în datele prezentate în *Anuarul statistic* din perioada 1919-1927.

⁹ Diferența semnificativă dintre speranța de viață estimată pentru intervalul 1930-1932 și cea pentru intervalul 1947-1948 este explicabilă prin reducerea sensibilă a ratei mortalității generale în anul 1948 până la un nivel de 15,6‰ și a ratei mortalității infantile până la un nivel de 142,7‰. În intervalul 1930-1932, media ratelor mortalității generale a fost de 20,6‰.

inițiativa privată în furnizarea de servicii medicale, concomitent cu asigurarea unei supremații de necontestat a sectorului etatist în desfășurarea activităților legate de îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Schimbările din comportamentul demografic, creșterea gradului de urbanizare, dinamica economiei și starea de sănătate a populației au determinat modificări importante ale cadrului instituțional-legislativ referitor la sistemul sanitar.

În intervalul 1948-1953, sistemul sanitar a suferit modificări de amploare din punct de vedere instituțional-legislativ, echivalente cu o tranziție de la economia de piață la economia de comandă. Transformările au vizat cu precădere adoptarea de măsuri pentru reducerea rolului inițiativei private și etatizarea sistemului sanitar. Astfel, prin diferite metode, a fost stânjenită activitatea, iar ulterior, au fost desființate instituțiile private furnizoare de servicii medicale, care aduseseră, pe parcursul deceniilor anterioare, contribuții însemnate la dezvoltarea medicinei românești, precum Eforia Spitalelor Civile, Epitropia Așezămintelor Brâncovenești, Spitalul Elias, pe de o parte, și s-au naționalizat în trei etape (1948, 1949 și 1953) instituțiile sanitare de mari dimensiuni, precum și farmaciile, pe de altă parte. În anul 1949 au fost stabilite cerințele și, implicit, restricțiile impuse practicării profesiei de medic și, respectiv, de farmacist, în contextul tranziției către un sistem sanitar etatizat.

Concomitent cu transformările legate de regimul proprietății, s-au adoptat planuri pentru combaterea bolilor infecțioase sau sociale care aveau un impact negativ asupra sănătății populației. Între anii 1948 și 1953, au fost create oficii județene pentru ocrotirea mamei și copilului, precum și instituții specializate pentru studierea unor probleme de mare importanță pentru sănătatea publică. Totodată, au fost reglementate organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății.

Astfel, a fost construit, într-o perioadă scurtă de timp, un sistem sanitar care era în consonanță cu modelul impus în spațiul central și est-european de existența economiei de comandă (sistemul Semashko), dar care mai păstra unele dintre tradițiile interbelice. Deși pe parcursul tranziției la respectivul mod de organizare a asistenței medicale au fost impuse modificări radicale ale actelor normative referitoare la sănătatea publică, Legea sanitară și de ocrotire adoptată în anul 1930 nu a fost abrogată.

Sistemul sanitar care a funcționat în perioada 1953-1989 era organizat pe principiul teritorialității și al locului de muncă. Pe această bază, a putut fi asigurată alocarea centralizată a resurselor materiale, umane și financiare în funcție de obiectivele de politică sanitară sau de politică socială în cursul economiei de comandă. Astfel, s-au creat premisele reducerii decalajelor teritoriale referitoare la baza materială a instituțiilor de îngrijire a sănătății și la densitatea și structura personalului medico-sanitar, ale protejării sănătății unor grupuri sociale cu un specific aparte (mamele și copiii) și a fost privilegiat accesul salariaților la asistența medicală. Au fost definite și operaționalizate două mari tipuri de servicii medicale, și anume: a) servicii de medicină publică, al căror principal obiectiv era prevenirea epidemiilor și asigurarea profilaxiei pentru colectivități și grupuri sociale și b) servicii destinate sănătății individuale, care erau acordate de unitățile medicale pacienților la cererea acestora, principial în condiții de gratuitate.

Sistemul sanitar specific economiei de comandă a avut o tendință de universalizare a prestațiilor, ceea ce a determinat creșterea semnificativă a accesului populației la asistența medicală. Managementul instituțiilor sanitare a fost unul rigid, rezumându-se, de regulă, la îndeplinirea obiectivelor transmise de ministrul de resort și înregistrarea pasivă a unor indicatori de statistică medicală. Astfel, au fost create premisele ca, în timp, să se asiste la reducerea calității serviciilor medicale prestate sau la inadecvarea acestora pentru anumite categorii sociale. De asemenea, au fost create, la fel ca și în cazul economiei de comandă, premisele folosirii ineficiente a resurselor alocate și ale manifestării unei penurii de consumabile și medicamente pentru categorii importante de pacienți.

În decembrie 1957 s-a adoptat un act normativ care permitea întreruperile de sarcină în cele mai puțin restrictive condiții din Europa. Respectiva modificare legislativă a fost adoptată în contextul unei politici de stimulare a consumului populației și al unei crize de locuințe în marile centre urbane. Liberalizarea avorturilor avut un puternic efect asupra comportamentului demografic, în sensul reducerii bruște a natalității, mai ales în intervalul 1963-1966.

Ca o reacție la prefigurarea unei rapide îmbătrâniri demografice, a fost legiferată în noiembrie 1966 interzicerea avorturilor pentru femeile care nu născuseră patru copii și aveau o vârstă mai mică de 40 de ani.

În anul 1969 a fost înființată Academia de Științe Medicale, în subordinea Ministerului Sănătății, care avea ca principal obiect de activitate organizarea, îndrumarea și controlul activității științifice în domeniul ocrotirii sănătății. Tot în anul 1969, la data de 22 mai, au fost emise două importante acte normative pentru organizarea și funcționarea asistenței medicale. Pe de o parte, a fost emis Decretul nr. 452 privind redefinirea obiectivelor Ministerului Sănătății. Pe de altă parte, a fost publicată HCM nr. 51, care reglementa și extindea

asistența medicală cu plată. În acest fel, se relaxau, în mod implicit și explicit, o serie de restricții impuse, din motive ideologice, practicării profesiei de medic.

În anul 1978 a fost adoptată o nouă lege privind sănătatea populației. Chiar dacă în cuprinsul său existau imperfecțiuni și formulări propagandistice, acest act normativ a fost important pentru evoluția sistemului sanitar din România, deoarece a promovat o viziune unitară asupra funcționării domeniului de activitate reglementat. Se reconfirma principiul gratuității acordării asistenței medicale și al nediscriminării în funcție de sex, naționalitate, rasă sau religie. Se prevedea obligația statului de a lua măsuri și de a aloca resurse financiare pentru dezvoltarea rețelei de unități sanitare, dotarea acestora cu medicamente, formarea profesională inițială și învățarea continuă a personalului medico-sanitar, precum și repartizarea corespunzătoare a acestuia pe întreg teritoriul național. De asemenea, se întărea organizarea asistenței medicale pe principiul teritorial sau/și al locului de muncă.

Reducerea sensibilă a ratei natalității în anul 1983, până la un nivel comparabil cu cel înregistrat în anul 1966, a determinat, începând din anul 1984, adoptarea de măsuri dure pentru reprimarea efectuării de avorturi, concretizate prin mărirea rangului copilului și a vârstei mamei de la care se puteau întrerupe sarcinile în mod legal.

2.2. Periodizarea evoluției sistemului sanitar între 1948 și 1989

Schimbările din cadrul instituțional-legislativ operate pe ansamblul perioadei 1948-1989 au tins să modernizeze sistemul sanitar și să creeze, cel puțin în primele decenii de la aplicare, premise favorabile pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Transpunerea în practică a respectivelor obiective a depins, într-o măsură importantă, de volumul resurselor bugetare alocate.

Starea de sănătate a populației și problemele pe care sistemul sanitar a trebuit să le rezolve au depins, într-o măsură importantă, și de comportamentul demografic. Astfel, rata natalității a înregistrat o tendință de creștere în perioada 1948-1955, chiar și în contextul celei mai dure faze de impunere a economiei de comandă, ca urmare a predominării fenomenului nașterilor amânate din cauza desfășurării celui de al Doilea Război Mondial. În respectiva perioadă de timp, așa cum am arătat anterior, s-a derulat și tranziția de la sistemul sanitar care a funcționat în perioada interbelică și a primilor ani postbelici la sistemul sanitar concordant cu economia de comandă.

În intervalul 1956-1966, din cauza aplicării decretului privind legalizarea întreruperilor de sarcină, rata natalității s-a redus dramatic, până la un nivel la care nu se mai asigura înlocuirea generațiilor. Predominarea copiilor doriți în totalul nou-născuților a creat premise favorabile reducerii mortalității infantile.

Între anii 1967 și 1977, rata natalității a fost foarte ridicată, conform standardelor europene din epocă, în principal, din cauza aplicării legislației extrem de dure referitoare la interzicerea avorturilor, adoptate în noiembrie 1966. Forțarea menținerii ratei natalității la niveluri ridicate a avut consecințe negative în ceea ce privește mortalitatea infantilă și sănătatea maternă.

În intervalul 1978-1989, pe fondul apariției și agravării crizei economiei de comandă, rata natalității a fost sensibil mai scăzută decât cea consemnată între 1967 și 1977, cu toate că, la jumătatea anilor 1980, au fost impuse măsuri foarte dure de restricționare a avorturilor. Începând din anul 1978, speranța de viață la bărbați, care timp de trei decenii cunoscuse o creștere continuă, a înregistrat o diminuare.

În acest context, în analiza evoluției sistemului de sănătate publică din perioada economiei de comandă este recomandabil să se utilizeze următoarea periodizare: a) 1948-1955, b) 1956-1966, c) 1967-1977, d) 1978-1989.

2.3. Dinamica cheltuielilor bugetare alocate sistemului sanitar în perioada 1950-1989

Ca tendință generală, pe parcursul perioadei 1950-1989, cheltuielile pentru sănătate au crescut mai rapid atât față de cheltuielile bugetului de stat, cât și față de venitul național. Drept urmare, cheltuielile pentru sănătatea publică și-au majorat ponderea în cheltuielile bugetului de stat de la 3,38% în anul 1950 la 6,58% în anul 1989 și în venitul național de la 1,88% în anul 1950 la 3,00% în anul 1989 (tabelul nr. 5). Ponderea cheltuielilor alocate sănătății publice în cheltuielile social-culturale a avut o evoluție sinuoasă. Astfel, respectiva pondere a crescut între 1950 și 1955 de la 18,71% la 26,41%. Ulterior a fost înregistrată o tendință de reducere până la 17,58% în anul 1989.

În anul 1989 comparativ cu anul 1950, în termeni reali, cheltuielile totale alocate de la bugetul de stat pentru sănătate publică erau de circa 17,7 ori mai mari, cheltuielile per capita fiind de 13,06 ori mai mari.

Tabelul nr. 5

Indicatori ai dinamicii cheltuielilor bugetare destinate sănătății publice în perioada 1950-1989

Anul	Cheltuieli pentru sănătate publică totale	Cheltuieli pentru sănătate publică per capita	Ponderea cheltuielilor pentru sănătate publică în: %		
			Cheltuieli social-culturale	Cheltuieli bugetare	Venit național
1950	100,0	100,0	18,71	3,38	1,88
1955	242,7	228,8	26,41	4,19	2,39
1966	573,9	489,5	21,57	4,82	3,12
1977	1.239,5	978,6	19,98	4,17	2,71
1989	1.769,3	1.306,9	17,58	6,58	3,00

Sursa: Calculat după *Anuarul statistic al României*.

Creșterea volumului de resurse financiare alocate sănătății publice a avut o traiectorie concavă, fapt ilustrat de ritmul mediu anual de creștere, care a fost de 19,4% între anii 1950 și 1955, de 8,14% între 1955 și 1966, de 7,05% între 1966 și 1977 și de 3,01% între 1977 și 1989. Încetinirea ritmului de creștere al respectivului indicator a fost determinată de factori multipli. Astfel, în perioada 1951-1955, ritmul ridicat al creșterii resurselor financiare alocate de la bugetul de stat sistemului sanitar a fost un efect atât al bazei de raportare scăzute, cât și al blocării rolului inițiativei private în acordarea de servicii medicale.

Moderarea dinamicii cheltuielilor bugetare pentru sănătate publică în intervalul 1956-1977 a fost un efect combinat atât al măririi în timp a bazei de raportare, cât și al unei mai puternice corelații între dinamica venitului național și dinamica cheltuielilor bugetare pentru sănătate publică. Ritmul lent de creștere a cheltuielilor pentru sănătate publică dintre 1977 și 1989 a fost urmarea manifestării a tot mai numeroase blocaje și, ulterior, a intrării într-o criză tot mai accentuată a economiei de comandă.

2.4. Extinderea rețelei sanitare în perioada 1948-1989

Dinamicile diferențiate ale alocărilor de resurse bugetare din perioada economiei de comandă, precum și schimbările din cadrul instituțional au avut un impact însemnat asupra fizionomiei și capacității de tratament a rețelei sanitare. Astfel, a crescut numărul de instituții de ocrotire a sănătății (tabelul nr. 6). A fost o consecință a majorării resurselor alocate pentru ocrotirea sănătății, dar și a extinderii asistenței medicale spre noi categorii de populație, precum și a creșterii gradului de urbanizare. Dinamica numărului de instituții medicale a fost influențată și de soluțiile organizaționale adoptate pentru acordarea de servicii medicale. În intervalul 1948-1966, numărul de spitale s-a majorat de 3,97 ori, cel al policlinicilor de 2,55 ori, cel al dispensarelor de 2,76 ori, iar cel al farmaciilor de 1,55 ori, ceea ce reflecta, în mod indirect, dezvoltarea extensivă a sistemului sanitar.

Tabelul nr. 6

Indicatori ai rețelei de asistență medicală în perioada 1948-1989

Anul	Spitale	Policlinici	Dispensare	Farmacii	număr Paturi de asistență medicală
1948	779	164	2.342	1.110	47.971
1950	1.505	207	3.774	1.289	69.221
1955	2.797	320	4.227	1.612	111.503
1966	3.093	418	6.461	1.715	146.453
1975	2.393	419	11.057	1.819	196.236
1980	1.772	418	7.980	1.857	208.213
1989	1.342	541	10.432	1.935	216.295

Sursa: *Anuarul statistic al României* și *Anuarul sanitar*.

În perioada 1967-1989 a continuat majorarea numărului de instituții de asistență medicală, dar într-un ritm moderat. Astfel, comparativ cu 1966, în anul 1989, numărul de policlinici era mai mare de 1,29 ori, cel al dispensarelor de 1,61 ori, iar cel al farmaciilor de 1,13 ori. Excepția de la regulă a fost consemnată în cazul spitalelor, al căror număr s-a diminuat cu 56,6%. Dinamica moderată a numărului de instituții de asistență medicală a fost urmarea atât a atingerii limitelor cantitative de extindere a rețelei de asistență medicală, cât și a tendinței de creștere a dimensiunilor instituțiilor de asistență medicală, care s-a manifestat mai ales în cazul

spitalelor. Astfel, dimensiunea medie a spitalelor a crescut de la 47,3 paturi în anul 1966 la 161,2 paturi în anul 1989. Diminuarea numărului de spitale a avut loc în contextul unei evoluții sinuoase a numărului de policlinici și dispensare, mai ales după anul 1975. A fost un efect al încercărilor de redefinire a rolului instituțiilor de asistență medicală, în contextul apariției blocajelor majore și, ulterior, al intrării în criză a economiei de comandă.

În perioada 1948-1966, numărul de spitale, policlinici, dispensare și farmacii a sporit mai rapid decât numărul populației totale, ceea ce a determinat o creștere a densității rețelei de asistență medicală, definite ca raport între numărul de unități de asistență medicală și numărul de locuitori. Astfel, numărul de spitale per 1.000 de locuitori s-a majorat de la 0,05 la 0,16, cel al dispensarelor per 1.000 de locuitori s-a majorat de la 0,18 la 0,34, iar cel al farmaciilor per 1.000 de locuitori, de la 0,07 la 0,09. De asemenea, numărul de paturi de asistență medicală per 1.000 de locuitori s-a majorat de la 3,0 în anul 1948 la 7,7 în anul 1966 (tabelul nr. 7).

Tabelul nr. 7

Indicatori ai densității rețelei de asistență medicală în perioada 1948-1989

număr/1.000 de locuitori

Anul	Spitale	Policlinici	Dispensare	Farmacii	Paturi de asistență medicală
1948	0,05	0,01	0,18	0,07	3,0
1950	0,09	0,01	0,23	0,08	4,2
1955	0,16	0,02	0,24	0,09	6,4
1966	0,16	0,02	0,34	0,09	7,7
1975	0,11	0,02	0,52	0,09	9,2
1980	0,08	0,02	0,36	0,08	9,4
1989	0,06	0,02	0,45	0,08	9,3

Sursa: Calculat după tabelul nr. 6 și Anuarul statistic al României.

În perioada 1967-1989, densitatea spitalelor și a farmaciilor s-a diminuat, în timp ce numărul de policlinici per 1.000 de locuitori a rămas practic constant. În schimb, densitatea dispensarelor a avut o tendință de creștere, nu lipsită de sinuozități. A continuat să se majoreze numărul de paturi per 1.000 de locuitori, care a atins un nivel de 9,3 în anul 1989.

2.5. Dinamica personalului medical și a activităților spitalicești în perioada 1948-1989

În perioada 1948-1989, nu numai numărul de paturi de asistență medicală a înregistrat o creștere însemnată, ci și numărul de personal medical. Astfel, în anul 1989, numărul total de personal medical era de 5,1 ori mai mare decât în anul 1948, respectiv de 253.265, comparativ cu 49.727 (tabelul nr. 8). În intervalul 1948-1966, numărul total de personal medical s-a majorat de 3,3 ori, de la 49.727 la 163.901, ritmul mediu anual fiind de 6,86%. În perioada 1966-1989 a fost înregistrată o creștere de 1,55 ori a respectivului indicator, ritmul mediu anual fiind de 1,92%. Astfel, dinamica numărului total de personal medical a avut o traiectorie concavă, similar cu cea a principalilor indicatori ai rețelei de asistență medicală.

Tabelul nr. 8

Personalul medical în perioada 1948-1989

număr

Anul	Medici	Stomatologi	Farmaciiști	Personal medical mediu	Personal medical auxiliar	Personal medical total
1948	11.702	948	2.786	24.691	9.600	49.727
1950	14.660	923	3.281	35.780	14.100	68.744
1955	20.143	998	4.264	51.600	20.950	97.955
1966	26.634	2.266	4.836	81.289	48.876	163.901
1975	28.004	6.051	5.376	121.322
1980	32.762	7.029	6.415	132.912	58.100	237.218
1989	41.938	7.116	6.432	135.664	62.115	253.265

Sursa: Anuarul statistic al României.

Între anii 1948 și 1966, contribuția principală la creșterea numărului de personal medical total a fost adusă de majorarea numărului personalului medical auxiliar, a cărui pondere a crescut de la 19,3% la 29,8% (tabelul nr. 9). Concomitent, a fost consemnată o dinamică mai lentă a numărului personalului cu studii superioare. Respectiva evoluție a fost o consecință atât a concepției factorilor decizionali din epocă referitoare la rolul

diferitelor de categorii de personal în acordarea asistenței medicale, cât și a dezvoltării relativ lente a învățământului superior medical comparativ cu cererea de forță de muncă din respectivul domeniu de activitate.

Tabelul nr. 9

Structura personalului medical în perioada 1948-1989

Anul	Medici	Stomatologi	Farmaciști	%		
				Personal medical mediu	Personal medical auxiliar	Personal medical total
1948	23,5	1,9	5,6	49,7	19,3	100,0
1950	21,3	1,3	4,8	52,0	20,5	100,0
1955	20,6	1,0	4,4	52,7	21,4	100,0
1966	16,3	1,4	3,0	49,6	29,8	100,0
1980	13,8	3,0	2,7	56,0	24,5	100,0
1989	16,6	2,8	2,5	53,6	24,5	100,0

Sursa: Calculat după tabelul nr. 8.

În perioada 1966-1989, ritmuri mai rapide de creștere a numărului de personal comparativ cu ansamblul angajaților în ocrotirea sănătății au fost consemnate în cazul medicilor, stomatologilor și personalului medical mediu. A fost un rezultat al creșterii numărului de absolvenți ai învățământului superior medical, pe de o parte, și al unei creșteri moderate a numărului absolvenților diferitelor forme de pregătire a personalului medical mediu. Astfel, ponderea cadrelor cu studii superioare în totalul personalului medical s-a majorat de la 20,7% în anul 1966 la 21,8% în anul 1989.

Numărul total de personal medical a crescut mai repede decât populația totală în fiecare dintre etapele evoluției economiei de comandă. Mărirea densității personalului medical total a fost mai accentuată în intervalul 1948-1966 comparativ cu perioada 1966-1989. Numărul total de personal medical per 10.000 de locuitori a fost de 31,29 în anul 1948, de 85,63 în anul 1966 și de 109,39 în anul 1989 (tabelul nr. 10)

Tabelul nr. 10

Densitatea personalului medical în perioada 1948-1989

Anul	Medici	Stomatologi	Farmaciști	număr/10.000 de locuitori		
				Personal medical mediu	Personal medical auxiliar	Personal medical total
1948	7,36	0,60	1,75	15,54	6,04	31,29
1950	8,99	0,57	2,01	21,94	8,64	42,15
1955	11,63	0,58	2,46	29,78	12,09	56,54
1966	13,91	1,18	2,53	42,47	25,53	85,63
1975	13,18	2,85	2,53	57,11
1980	14,76	3,17	2,89	59,87	26,17	106,85
1989	18,11	3,07	2,78	58,60	26,83	109,39

Sursa: Calculat după *Anuarul statistic al României*.

Creșterea densității personalului medical a avut loc în contextul extinderii activităților spitalicești. Astfel, ponderea nașterilor asistate în entități medicale a înregistrat o creștere spectaculoasă în perioada 1948-1966, de la 6,49% la 84,36%. Indicatorul a continuat să se majoreze și în intervalul 1966-1989, pe fondul impunerii politicii pronataliste deosebit de dure. În anul 1989 a fost atins un nivel 99,40%, ceea ce înseamnă că, practic, toate nașterile erau asistate de medici sau personal medical în maternități și spitale (tabelul nr. 11).

Tabelul nr. 11

Indicatori ai activității spitalicești în perioada 1948-1989

Anul	Pondere nașterilor asistate în entități medicale (%)	Număr de internări/1.000 de locuitori	Număr mediu de zile de spitalizare	Număr de tratamente/pacient
1948	6,49	46,96	13,90	...
1950	...	74,50	13,15	38,30
1955	53,34	118,33	12,15	26,42
1966	84,36	143,62	13,04	42,18
1975	97,12	220,76	11,20	...
1980	98,45	229,87	11,08	38,05
1989	99,40	225,82	10,89	42,35

Sursa: Calculat după *Anuarul statistic al României* și *Anuarul sanitar*.

Totodată, a crescut semnificativ numărul de internări în spitale sau unități medicale asimilate per 1.000 de locuitori de la 46,96 în anul 1948 la 143,62 în anul 1966 și la 225,82 în anul 1989. Majorarea semnificativă a numărului de internări în intervalul 1948-1966 a fost determinată de creșterea numărului de persoane care erau beneficiare ale asigurărilor de sănătate, precum și de mărirea cheltuielilor bugetare pentru sănătatea publică. O altă cauză a creșterii numărului de internări per 1.000 de locuitori a fost specificul sistemului sanitar din epoca economiei de comandă, care favoriza activitățile medicale spitalicești în detrimentul medicinei primare (de familie). În perioada 1966-1975, numărul de internări per 1.000 de locuitori a continuat să crească, dar într-un ritm moderat. A fost un rezultat al atingerii unui anumit prag de saturație a prestațiilor realizate pentru pacienți în unitățile spitalicești. În intervalul 1975-1989, respectivul indicator a avut o evoluție sinuoasă, ceea ce a reflectat, într-o anumită măsură, reducerea resurselor bugetare alocate sănătății publice.

Durata medie a internărilor a avut o tendință de reducere, de la 13,90 zile în anul 1948 la 10,89 zile în anul 1989, datorită acțiunii unor factori multipli, între care se pot enumera reducerea timpului pentru realizarea investigațiilor și a tratamentelor sau reducerea resurselor financiare destinate activităților spitalicești, mai cu seamă în anii 1980.

2.6. Evoluția morbidității și a speranței de viață la naștere în perioada 1955-1989

Majorarea numărului de internări per 1.000 de locuitori în perioada 1948-1989 a avut loc în contextul creșterii ratei generale a morbidității. Respectivul indicator a crescut de la 439,42‰ în anul 1955 la 724,75‰ în anul 1975 și la 863,43‰ în anul 1989 (tabelul nr. 12). În intervalul 1955-1965, creșterea incidenței diferitelor maladii poate fi asociată, în principal, fazei extensive a dezvoltării sistemului sanitar din România, ceea ce a permis o mai corectă înregistrare a cazurilor de maladii cu care se confruntau pacienții. Astfel, la mijlocul anilor 1960, chiar dacă rata morbidității a avut o tendință de creștere, se poate aprecia că starea de sănătate a populației se îmbunătățise, fiind comparabilă, pe anumite paliere, cu situația din țările europene cu economie de piață consolidată (WHO, 2000).

Tabelul nr. 12

Rata morbidității în perioada 1955-1989

Anul	Rata de morbiditate	‰				
		Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4	Grupa 5
1955	439,42	42,43	0,83	2,22	99,07	109,13
1965	570,35	82,78	1,26	63,44	229,94	163,35
1975	724,75	89,39	1,04	66,37	361,50	198,59
1980	756,19	106,49	1,29	62,91	345,08	...
1989	863,43	103,89	2,05	100,95	335,73	304,73

Notă: Grupa 1 include TBC, boli infecțioase, boli parazitare, boli reumatismale; grupa 2 include tumori benigne și maligne; grupa 3 include leziuni traumatiche, tulburări mentale și comportamentale; grupa 4 include boli respiratorii și cardio-respiratorii; grupa 5 include boli digestive și boli genito-urinare.

Sursa: Anuarul sanitar.

În perioada 1965-1989, rata morbidității a continuat să crească, dar semnificația acestei evoluții sub aspect calitativ s-a modificat sensibil. Unul dintre factorii care au contribuit la mărirea incidenței diferitelor maladii a fost promovarea politicii pronataliaste, care a condus la o înrăutățire a stării de sănătate pentru o bună parte dintre femei. De la mijlocul anilor 1970 a început să se manifeste fenomenul îmbătrânirii demografice, care, în mod implicit, a determinat majorarea ratei morbidității. Un alt factor care a cauzat creșterea morbidității, mai ales în anii 1980, a fost criza economiei de comandă.

Schimbările din modul de organizare și funcționare a sistemului sanitar, modificarea structurii pe vârste a populației, precum și incidența diferitelor boli au influențat puternic rata mortalității. Caracteristicile sistemului sanitar specific economiei de comandă, precum și asimilarea unor progrese ale științei medicale realizate pe plan internațional au condus la reducerea semnificativă a ratei mortalității infantile de la 142,7‰ în anul 1948 la 44,1‰ în anul 1965 și la 26,9‰ în anul 1989 (tabelul nr. 13).

Tabelul nr. 13

Caracteristicile mortalității în perioada 1948-1989

Anul	Rata mortalității infantile (‰)	Rata mortalității (‰)	Pondere în decese (%)				
			Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4	Grupa 5
1948	142,7	15,60	15,87	3,26	3,61	25,04	8,71
1955	78,2	9,67	6,44	7,21	6,32	34,28	7,48
1965	44,1	8,59	3,97	14,33	7,38	61,83	6,73
1975	34,7	9,30	1,89	12,39	8,09	67,41	5,42
1980	29,3	10,44	1,16	12,93	7,68	69,38	5,89
1989	26,9	10,68	1,23	13,25	8,55	67,71	6,50

Notă: Semnificația grupelor de maladii este arătată la tabelul nr. 12.

Sursa: Anuarul statistic al României și Anuarul sanitar.

Rata generală a mortalității a avut o evoluție sinuoasă. Astfel, între 1948 și 1965, respectivul indicator a scăzut de la 15,60‰ la 8,59‰. Diminuarea ratei mortalității a avut loc în contextul reducerii ponderii deținute în numărul de decese de bolile infecțioase și de bolile digestive și genito-urinare. În schimb, s-a majorat ponderea bolilor respiratorii și cardio-respiratorii până la 61,83% în anul 1965, precum și a tumorilor benigne și maligne până la 14,33%.

Între 1965 și 1989, rata mortalității a crescut de la 8,59‰ la 10,68‰. În anul 1989, mai mult de 67% dintre decese au fost cauzate de bolile respiratorii și cardio-respiratorii. Ponderea bolilor infecțioase a continuat să se reducă până la 1,23%.

Evoluția sinuoasă a ratei mortalității a avut un puternic impact asupra speranței de viață la naștere. Respectivul indicator a crescut sensibil în raport cu perioada interbelică și a primilor ani postbelici și a atins 63,17 ani în anul 1956, chiar și în contextul celei mai dure faze a impunerii economiei de comandă și a etatizării sistemului sanitar (tabelul nr. 14).

Tabelul nr. 14

Speranța de viață la naștere în perioada 1956-1989

Anul	Total populație	ani	
		Bărbați	Femei
1956	63,17	61,48	64,09
1964-1967	68,51	66,45	70,51
1976-1978	69,82	67,42	72,18
1987-1989	69,42	66,51	72,32

Sursa: Anuarul statistic al României.

În perioada 1948-1956, saltul speranței de viață la naștere a fost posibil ca urmare a diminuării de amploare a ratei mortalității infantile și a incidenței bolilor infecțioase. Această evoluție a fost urmarea unora dintre caracteristicile sistemelor de sănătate sanitară congruente cu economia de comandă, și anume: caracterul universal al prestațiilor, privilegierea asistenței acordate mamei și copilului, capacitatea mare de mobilizare a resurselor. La aceste caracteristici se mai poate adăuga și disponibilitatea mai mare a resurselor care puteau fi alocate de la bugetul de stat pentru sănătatea publică în prima fază a evoluției economiei de comandă.

În perioada 1956-1966, speranța de viață la naștere a continuat să crească și a atins 68,51 ani în intervalul 1964-1967, în contextul unei îmbunătățiri notabile a stării de sănătate a populației și a funcționării sistemului sanitar.

În perioada 1967-1977, speranța de viață a crescut lent și a fost 69,82 ani în intervalul 1976-1978. În perioada 1977-1989, blocajele majore și criza economiei de comandă au influențat negativ speranța de viață, care a înregistrat un recul. În perioada 1987-1989, respectivul indicator a fost de 69,42 ani. A fost un efect al reducerii speranței de viață la naștere a populației masculine și al stagnării creșterii indicatorului analizat în cazul populației feminine.

Pe termen lung, mărirea speranței de viață la naștere la nivelul întregii populații a fost însoțită de mărirea decalajului de gen în favoarea femeilor de la 2,61 ani în anul 1956 la 5,71 ani în intervalul 1987-1989.

3. Transformarea economiei și reforma sistemului sanitar în perioada 1990-2015

Implementarea, începând din anul 1990, a unor schimbări profunde ale mediului economic și ale regimului proprietății, precum și redefinirea rolului statului în coordonarea diferitelor domenii de activitate au avut puternice implicații asupra organizării și funcționării sistemului sanitar. Reformarea respectivului domeniu a devenit stringentă și a reprezentat atât o cale de accelerare a transformării economiei, cât și una de compatibilizare a modelului social din România cu modelul social european.

Din aceste motive, între 1990 și 2015, în funcționarea sistemului sanitar se pot identifica mai multe etape care sunt legate atât de modificările cadrului instituțional-legislativ, cât și de fluctuațiile activităților economice, și anume: a) 1990-1999, b) 2000-2008 și c) 2009-2015¹⁰.

3.1. Reforma cadrului instituțional al sistemului sanitar în perioada 1990-2015

Creșterea rolului mecanismelor concurențiale a generat necesitatea găsirii de noi forme de protecție socială și de reformare a sistemului sanitar. Reforma sistemului sanitar din România, realizată în contextul transformării economiei și, ulterior, al integrării europene, a fost, într-o măsură însemnată, corelată cu mutațiile structurale din economie produse în perioada 1990-2015.

În cursul anilor 1990 au fost adoptate măsuri de modificare a legislației referitoare la ocrotirea sănătății. Astfel, în prima jumătate a perioadei analizate (1990-1995), a fost conservat, în esență, vechiul sistem de sănătate publică, modificările aduse cadrului legislativ referindu-se la plata concediilor medicale, compensarea medicamentelor, prevenirea îmbolnăvirilor profesionale, elaborarea statutului medicilor și finanțarea ocrotirii sănătății în noul context economico-social. Totodată, în anul 1991 a fost începută colaborarea cu organizațiile internaționale pentru modernizarea și restructurarea componentelor sistemului de sănătate publică. Pe această bază, cu asistența Băncii Mondiale, între anii 1992 și 1994, a fost implementat un program pilot referitor la mecanismele de plăți și descentralizarea activității medicale în patru județe (cf. Vlădescu *et al.*, 2008).

În anul 1995 a fost adoptată legea privind exercitarea profesiei de medic și înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului Medicilor. Prin respectivul act normativ au fost precizate condițiile de exercitare a profesiei de medic, autorizarea liberei practici și organizarea profesională a medicilor.

În intervalul 1997-1999, pe fondul adoptării de măsuri pentru accelerarea reajustărilor structurale ale economiei, a fost modificat substanțial cadrul instituțional-legislativ referitor la sistemul sanitar, în special în ceea ce privește asigurările sociale de sănătate, definirea și sfera de cuprindere a asistenței medicale, precum și organizarea și funcționarea spitalelor.

Astfel, s-a statuat că asigurările sociale de sănătate reprezentau principalul mijloc de asigurare a ocrotirii sănătății, erau plătite atât de angajați, cât și de angajatori și constituiau una dintre principalele componente ale fondului de asigurări sociale de sănătate. Se mai prevedea posibilitatea organizării și a altor forme de asigurări de sănătate (private) care nu erau obligatorii. Pe de altă parte, a fost definită și delimitată sfera de cuprindere a asistenței medicale, faptul că aceasta este garantată de stat. Se menționa că spitalele pot fi publice sau private, au personalitate juridică și că este necesar să fie supuse unei evaluări referitoare la îndeplinirea cerințelor de calitate ale serviciilor medicale.

Măsurile de reformă adoptate la sfârșitul anilor 1990 au contribuit la demantelarea sistemului sanitar specific economiei de comandă și la crearea unui compatibil cu economia de piață, în cadrul căruia relațiilor contractuale dintre fondurile de asigurare a sănătății și furnizorii de servicii medicale le revenea un rol însemnat (Vlădescu *et al.*, 2008). Implementarea sistemului sanitar bazat pe asigurările de sănătate a contribuit și la extinderea rolului inițiativei private în respectivul domeniu de activitate, care a devenit, în cursul anilor 2000,

¹⁰ Periodizarea propusă are în vedere atât evoluția macroeconomică, cât și măsurile adoptate pentru implementarea reformei sistemului de sănătate publică din România. **În intervalul 1990-1999** a fost parcursă faza cea mai dificilă a procesului de transformare a economiei în direcția reimplementării mecanismelor concurențiale, concomitent cu adoptarea de măsuri care au modificat sensibil modul de organizare și funcționare a sistemului de sănătate publică. **Între anii 2000 și 2008**, pe fondul unei creșteri economice în ritm rapid, a fost continuată reforma și a fost consolidat sistemul de sănătate publică specific economiilor de piață. De asemenea, a fost asigurată compatibilizarea cu bunele practici și cu metodele de management specifice utilizate în statele membre ale Uniunii Europene. **Intervalul de timp 2009-2015** reprezintă ultima parte a perioadei analizate în prezenta lucrare și a fost caracterizat atât prin fluctuația de tip recesiune-relansare economică, cât și prin implementarea unor măsuri de reformă, care au avut printre obiective: sporirea rolului inițiativei private în respectivul domeniu de activitate, eficientizarea resurselor alocate, îmbunătățirea managementului instituțiilor medicale și a salarizării personalului medical.

nu numai un jucător tot mai important în furnizarea de servicii medicale și în modernizarea infrastructurii medicale, ci și în susținerea creșterii economice, precum și în ocuparea și utilizarea personalului de specialitate.

În perioada 2000-2008, modificările legislative referitoare la ocrotirea sănătății au avut ca principale obiective: asigurarea asistenței sociale pentru persoanele vârstnice (2000), prevenirea SIDA și protecția persoanelor suferinde de respectiva maladie (2002), înființarea Fondului național pentru accidente de muncă și îmbolnăviri profesionale (2002), începerea descentralizării în domeniul infrastructurii publice legate de ocrotirea sănătății, prin transferuri de la nivel central la nivel local (2002), relevarea drepturilor pacienților (2003).

În anul 2006 a fost adoptată o nouă lege a sănătății, prin care s-a încercat oferirea de răspunsuri adecvate la problemele cu care se confrunta sistemul sanitar în pragul aderării României la Uniunea Europeană. Respectivul act normativ a asigurat transpunerea *acquis*-ului comunitar și, implicit, a facilitat, integrarea țării noastre în respectiva organizație supranațională. Alte obiective ale legii au fost: consolidarea cadrului instituțional construit în intervalul 1997-2005, accesul egal al cetățenilor la asistența medicală de bază, îmbunătățirea calității serviciilor medicale, creșterea rolului medicinei primare și a măsurilor profilactice, utilizarea rațională a resurselor materiale, umane și financiare alocate, îmbunătățirea semnificativă a stării de sănătate a populației.

În intervalul 2009-2015, modificările legislative au avut printre obiectivele principale eficientizarea utilizării resurselor alocate ocrotirii sănătății și compatibilizarea cu bunele practici din Uniunea Europeană, fapt care a determinat modificarea repetată a Legii sănătății din 2006. De asemenea, au fost adoptate noi acte normative referitoare la: introducerea taxei de *claw-back* și recalcularea prețului de referință pentru medicamentele prescrise (2009), descentralizarea administrării spitalelor publice (2010), lansarea sistemului național informatic integrat pentru asigurările de sănătate (2010), închiderea unor spitale care nu îndeplineau standardele pentru desfășurarea activității (2011), introducerea rețetei electronice pentru medicamentele compensate (2012), implementarea Directivei europene referitoare la dreptul pacienților la asistență medicală în străinătate (2013), înființarea Autorității Naționale pentru Calitatea Managementului Asistenței Medicale (2015), introducerea cardului național de asigurare de sănătate (2015), majorarea substanțială a salariilor personalului din sistemul sanitar public (începând din 2015). Totodată, a fost facilitată expansiunea tehnologiilor informaționale în gestionarea sistemului sanitar, precum și utilizarea de noi metode de management.

Măsurile de reformă a cadrului instituțional au fost acompaniate de mutații notabile în alocarea de resurse financiare de la bugetul de stat, care au fost sensibil influențate de evoluția ciclică a economiei.

3.2. Dinamica cheltuielilor pentru sănătate alocate de la bugetul de stat în perioada 1990-2015

În intervalul 1990-2015, resursele financiare alocate prin bugetul consolidat al statului pentru sănătatea publică au avut o tendință de creștere, în pofida fluctuațiilor de amploare ale activităților economice, determinate de reimplementarea mecanismelor concurențiale și de deschiderea economiei către fluxurile externe de bunuri, servicii și factori de producție. Astfel, în raport cu anul 1990, în termeni reali, în anul 2015, cheltuielile bugetare pentru sănătate publică erau de peste 2,25 ori mai mari, cheltuielile per capita fiind de peste 2,63 ori mai mari (tabelul nr. 15).

Tabelul nr. 15

Indicatori ai dinamicii cheltuielilor bugetare destinate sănătății publice în perioada 1989-2015

Anul	Cheltuieli pentru sănătate publică totale	Cheltuieli pentru sănătate publică per capita	Ponderea cheltuielilor pentru sănătate publică în:	
			Bugetul consolidat	Produsul intern brut
1989	93,5	93,7	6,58	2,4
1990	100,0	100,0	7,56	2,7
1999	120,6	124,6	12,51	3,8
2008	253,7	273,8	15,45	4,8
2015	225,2	263,6	12,10	4,1

Sursa: Calculat după *Anuarul statistic al României*.

Creșterea importantă a alocațiilor bugetare pentru sănătatea publică a fost obținută în contextul majorării importanței relative a respectivelor cheltuieli în bugetul consolidat al statului de la 7,56% în anul 1990 la 12,10% în anul 2015.

Astfel, **pe parcursul anilor 1990**, cheltuielile pentru sănătatea publică au crescut într-un ritm mediu anual de 2,37%. Dinamica respectivelor cheltuieli s-a corelat doar parțial cu starea generală a economiei. Majorări ale alocărilor de resurse bugetare au fost consemnate nu numai în contextul relansării economice dintre 1993 și 1996, ci și în unii ani în care produsul intern brut a scăzut în termeni reali (1990-1991 și 1998-1999). Între motivele care au determinat o asemenea evoluție se numără adoptarea de modificări în domeniul protecției sociale, precum și schimbările realizate în cadrul instituțional al sănătății publice.

În intervalul 2000-2008, boomul economic și promovarea unei politici economice prociclice au permis creșterea într-un ritm mediu anual de 7,8% a resurselor bugetare alocate pentru dezvoltarea sistemului sanitar și consolidarea cadrului instituțional creat la sfârșitul anilor 1990. Ponderea în produsul intern brut a cheltuielilor bugetare pentru domeniul de activitate analizat a crescut de la 3,8% în anul 1999 la 4,8% în anul 2008. Majorarea respectivei ponderi în intervalul 2007-2008 a fost obținută cu prețul generării unui deficit bugetar excesiv.

Între 2009 și 2015, resursele bugetare alocate sistemului sanitar au avut o evoluție instabilă. Astfel, recesiunea din intervalul 2009-2010 a impus adoptarea de politici de austeritate bugetară, care au redus sensibil cheltuielile pentru sănătate publică în intervalul 2009-2011. Relansarea creșterii economice a determinat, în intervalul 2012-2015, majorarea cheltuielilor bugetare pentru funcționarea sistemului sanitar, care au reprezentat 4,1% din produsul intern brut în anul 2015. Creșterea rapidă a resurselor financiare alocate între anii 2012 și 2015 nu a putut compensa reducerile de amploare din intervalul 2009-2011, astfel încât nivelul atins în anul 2015 reprezenta în termeni reali doar 88,8% din volumul cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății din anul 2008.

3.3. Evoluția rețelei sanitare în perioada 1990-2015

Modificările operate în cadrul instituțional-legislativ, dinamica alocărilor bugetare și dinamica demografică au modelat într-o măsură însemnată evoluția rețelei sanitare.

Astfel, în anul 2015, numărul de spitale, policlinici și dispensare era mai mic decât cel înregistrat în anul 1989. În schimb, numărul de farmacii a crescut de peste 4 ori, de la 1.935 în anul 1989 la 7.758 în anul 2015 (tabelul nr. 16).

Tabelul nr. 16

Indicatori ai rețelei de asistență medicală în perioada 1989-2015

Anul	Spitale	Policlinici	Dispensare	Farmacii	Paturi în spitale
1989	1.342	541	10.432	1.935	216.295
1990	1.165	540	11.377	1.948	217.285
1999	428	447	1.234	4.052	164.215
2008	458	269	213	6.127	138.184
2015	554	143	187	7.758	132.149

Sursa: Anuarul statistic al României.

Farmaciiile au reprezentat instituțiile de asistență medicală în care inițiativa privată s-a manifestat încă de la mijlocul anilor 1990, astfel încât gradul de privatizare era de 86,8% în anul 1999 (tabelul nr. 17)

Tabelul nr. 17

Ponderea segmentului privat în numărul de unități de ocrotire a sănătății în perioada 1999-2008

Anul	Spitale și unități asimilate	Policlinici	Dispensare	Farmacii
1999	0,7	29,1	0,0	86,8
2008	6,6	91,4	0,9	92,1
2015	33,8	93,7	0,0	94,8

Sursa: Calculat după Anuarul statistic al României.

Numărul de dispensare s-a redus cu 98,2%, în condițiile neimplicării inițiativei private în dezvoltarea respectivului tip de instituție de asistență medicală. Numărul de policlinici s-a redus, mai ales în perioada 1999-2015, de la 447 la 143, chiar și în condițiile majorării gradului de privatizare de la 29,1% la 93,7%. În fapt, implicarea inițiativei private a stimulat raționalizarea costurilor de funcționare a policlinicilor și, implicit, concentrarea activității.

În cazul spitalelor, se poate constata o reducere a numărului acestora în perioada anilor 1990, în contextul unei firave prezențe a inițiativei private, concomitent cu creșterea dimensiunii medii de la 186,5 paturi în anul 1990 la 383,7 în anul 1999. Între 1999 și 2015, numărul de spitale s-a majorat cu 29,4%, de la 428 la 554, în condițiile creșterii gradului de privatizare de la 0,7% la 33,8% și ale reducerii dimensiunii medii de la 383,7 paturi la 238,6 paturi. S-au reflectat implicarea tot mai activă a inițiativei private în activitatea de ocrotire a sănătății, precum și respectarea cerințelor de eficientizare a utilizării resurselor umane și financiare alocate. Totodată, au fost create premisele pentru introducerea de noi tehnologii medicale și diversificarea serviciilor medicale oferite.

Ca urmare a acestor procese, densitatea rețelei de asistență medicală s-a modificat substanțial. Astfel, între anii 1989 și 2015, s-a majorat numărul de farmacii per 1.000 de locuitori de la 0,08 la 0,39 (tabelul nr. 18). În schimb, numărul de dispensare per 1.000 de locuitori s-a redus de la 0,45 la 0,01, iar numărul de policlinici per 1.000 de locuitori s-a diminuat de la 0,02 la 0,01.

Tabelul nr. 18

Indicatori ai densității rețelei de asistență medicală în perioada 1989-2015

Anul	Spitale	Policlinici	Dispensare	Farmacii	număr/1.000 de locuitori
					Paturi de spital
1989	0,06	0,02	0,45	0,08	
1990	0,05	0,02	0,49	0,08	9,36
1999	0,02	0,02	0,05	0,18	7,31
2008	0,02	0,01	0,01	0,28	6,43
2015	0,03	0,01	0,01	0,39	6,67

Sursa: Calculat după tabelul nr. 6 și *Anuarul statistic al României*.

Densitatea spitalelor a avut o tendință de reducere în anii 1990, a fost relativ stabilă în cursul relansării economiei dintre anii 2000 și 2008 și s-a majorat în intervalul 2009-2015. Numărul de paturi per 1.000 de locuitori a avut o certă tendință de diminuare între anii 1990 și 2008, de la 9,36 la 6,43. Ușoara creștere a indicatorului dintre 2008 și 2015 este urmarea reducerii mai lente a numărului de paturi de spital decât numărul populației totale.

3.4. Dinamica personalului medical și a activităților spitalicești în perioada 1989-2015

Redimensionarea instituțiilor de asistență medicală a însemnat, în perioada 1989-2015, și modificări importante în numărul și structura personalului medical. Pe ansamblul intervalului de timp analizat, s-a conturat o tendință de creștere a numărului total de personal medical de la 253.265 în anul 1989 la 284.831 în anul 2015 (tabelul nr. 19). Respectiva tendință nu a exclus manifestarea unor sinuozități în cursul anilor 1990, când dificultățile procesului de transformare a economiei au determinat reducerea numărului total de personal medical într-un ritm mediu anual de -0,98%.

În intervalul 1999-2008, pe fondul măririi semnificative a resurselor bugetare alocate sănătății publice, numărul total de personal medical a crescut într-un ritm mediu anual de 1,93%, respectiv de la 229.476 la 272.675. Între 2008 și 2015, ritmul mediu anual de creștere a numărului total de personal medical a fost de 0,63%, în contextul instabilității resurselor bugetare alocate pentru sănătatea publică.

Tabelul nr. 19

Personalul medical în perioada 1989-2015

Anul	Medici	Stomatologi	Farmaciști	Personal medical mediu	număr	
					Personal medical auxiliar	Personal medical total
1989	41.938	7.116	6.432	135.664	62.115	253.265
1990	35.096	6.717	6.286	131.949	70.315	250.363
1999	38.530	7.708	6.610	118.875	57.763	229.476
2008	50.267	11.901	11.704	132.464	66.339	272.675
2015	56.110	15.556	17.135	133.173	62.857	284.831

Sursa: *Anuarul statistic al României*.

Mărirea numărului total de personal medical a fost asigurată, în esență, de majorarea numărului de personal medical cu studii superioare. În anul 2015, numărul de personal medical mediu era mai redus cu 1,84%, iar numărul de personal medical auxiliar era mai mare cu 1,19% în comparație cu cel înregistrat în anul 1989. Astfel, ponderea personalului medical cu studii superioare s-a majorat de la 21,9% în anul 1989 la 31,2%

în anul 2015. Concomitent, s-a redus ponderea personalului medical mediu de la 53,6% la 46,8% și a personalului medical auxiliar de la 24,5% la 22,1% (tabelul nr. 20).

Tabelul nr. 20

Structura personalului medical în perioada 1989-2015

Anul	%					
	Medici	Stomatologi	Farmaciiști	Personal medical mediu	Personal medical auxiliar	Personal medical total
1989	16,6	2,8	2,5	53,6	24,5	100,0
1990	14,0	2,7	2,5	52,7	28,1	100,0
1999	16,8	3,4	2,9	51,8	25,2	100,0
2008	18,4	4,4	4,3	48,6	24,3	100,0
2015	19,7	5,5	6,0	46,8	22,1	100,0

Sursa: Calculat după tabelul nr. 19.

Tendința de majorare a efectivelor de personal medical, în contextul reducerii numărului populației, a determinat creșterea densității personalului medical total cu 31,4%, de la 109,39 per 10.000 de locuitori în anul 1989 la 143,72 per 10.000 de locuitori în anul 2015 (tabelul nr. 21). Creșterea densității personalului medical a fost, în bună măsură, și efectul majorării numărului de locuri în cadrul diferitelor componente ale învățământului medical din România.

În ciuda acestor evoluții pozitive, se mențin încă decalaje însemnate față de media Uniunii Europene în ceea ce privește densitatea medicilor și a personalului medical mediu. Totodată, este de notat că, pe parcursul ultimilor ani, a fost practic lichidat decalajul României față de media Uniunii Europene referitor la densitatea stomatologilor și a farmaciștilor¹¹.

Tabelul nr. 21

Densitatea personalului medical în perioada 1989-2015

Anul	număr/10.000 de locuitori					
	Medici	Stomatologi	Farmaciiști	Personal medical mediu	Personal medical auxiliar	Personal medical total
1989	18,11	3,07	2,78	58,60	26,83	109,39
1990	15,12	2,89	2,71	56,86	30,30	107,88
1999	17,16	3,43	2,94	52,93	25,72	102,18
2008	23,38	5,53	5,44	61,60	30,85	126,80
2015	28,31	7,85	8,65	67,19	31,72	143,72

Sursa: Calculat după *Anuarul statistic al României*.

Mărirea numărului de medici și de personal sanitar cu studii medii per 10.000 de locuitori a avut loc în contextul unei emigrații masive a cadrelor medicale, mai cu seamă în ultimul deceniu, spre țările cu economie de piață consolidată, precum Germania, Italia, Franța, Regatul Unit, unde nivelul salariilor acordate este sensibil mai ridicat în comparație cu România. Respectivul fenomen a creat și creează probleme în funcționarea sistemului sanitar pe multiple planuri. Pe de o parte, se irosesc eforturile depuse în cadrul sistemului de educație și pregătire profesională pentru asigurarea de personal specializat pentru diferitele componente ale sistemului sanitar. Pe de altă parte, s-au generat și se generează deficite structurale de personal, fapt care provoacă dificultăți majore în derularea activităților legate de ocrotirea sănătății.

Chiar dacă densitatea personalului medical a avut o tendință de creștere, cronicizarea emigrației cadrelor medicale a determinat și determină dezechilibre ale structurii de personal specializat și afectează calitatea actului medical și, implicit, starea de sănătate a populației. Deficitele de personal medical se manifestă cu acuitate în plan teritorial, cele mai afectate fiind zonele cu un nivel de dezvoltare economică și socială mai redus. Totodată, comparativ cu media națională, densitatea personalului medical este semnificativ mai redusă în mediul rural, unde locuiește o populație îmbătrânită, care, pentru menținerea unei stări de sănătate acceptabile, necesită servicii medicale suplimentare.

Modificarea numărului de personal medical a avut loc în contextul unei tendințe de reducere a activităților spitalicești și medicale per capita în raport cu anul 1989. Numărul de internări per 1.000 de locuitori a avut o tendință de diminuare nu lipsită de sinuoșități, de la 225,8 în anul 1989 la 206,2 în anul 2015. Totodată,

¹¹ Vlădescu *et al.* (2016) arată că, în anul 2013, pe ansamblul Uniunii Europene, la 10.000 de locuitori reveneau 34,7 medici, 67,3 stomatologi, 82,8 farmaciști și 85,0 personal medical mediu.

numărul mediu de zile de spitalizare s-a redus continuu, de la 10,9 în anul 1989 la 9,5 în anul 1999 și la 7,6 în anul 2015 (tabelul nr. 22).

Tabelul nr. 22

Indicatori ai activității spitalicești

Anul	Ponderea nașterilor asistate în entități medicale (%)	Număr de internări/1.000 de locuitori	Număr mediu de zile de spitalizare	Număr de tratamente/pacient	Număr de zile de utilizare a paturilor de spital
1989	99,40	225,82	10,9	42,32	266,6
1990	99,13	201,20	11,1	41,02	247,1
1999	98,27	207,2	9,5	30,77	276,9
2008	97,85	259,7	7,6	...	299,2
2015	...	206,2	7,6	...	252,6

Sursa: Calculat după *Anuarul statistic al României*, *Anuarul demografic* și *Anuarul sanitar*.

Din cauza extinderii activităților private din domeniul medical, dar și a acțiunii unor factori economico-sociali multipli, ponderea nașterilor asistate în unități medicale în totalul nou-născuților viabili a avut o ușoară tendință de reducere, de la 99,40% în anul 1989 la 97,85% în anul 2008.

Și în cazul unor servicii medicale efectuate atât în spitale, cât și ambulator se observă o reducere a prestațiilor per locuitor în anul 2015 comparativ cu anul 1989. Excepția de la regulă a fost consemnată în cazul transfuziilor pe locuitor, care au crescut de 0,014 la 0,030 (tabelul nr. 23).

Tabelul nr. 23

Evoluții ale unor servicii medicale pe locuitor în perioada 1999-2015

Număr servicii medicale / locuitor

Anul	Consultații	Tratamente	Vaccinări revaccinări	Radioscopii, radiografii, terapie Roentgen	Analize de laborator	Transfuzii	Vizite la domiciliu
1989	5,403	4,160	0,260	0,496	5,371	0,014	1,688
1990	4,593	3,662	0,222	0,462	4,699	0,011	1,294
1999	3,814	2,562	0,178	0,469	6,285	0,020	0,67
2008	4,525	1,128	0,332	0,140	4,740	0,020	0,15
2015	3,883	0,781	0,125	0,105	5,200	0,030	0,04

Sursa: Calculat după *Anuarul statistic al României*.

Reducerea serviciilor medicale și a activității spitalicești pe locuitor a fost un efect al schimbărilor operate în tehnologiile medicale și al modului de organizare a activității spitalicești, dar și al creșterii prețurilor la care acestea pot fi efectuate. Astfel, dinamica volumului respectivelor activități nu s-a corelat decât în mică măsură cu evoluția ratei morbidității.

3.5. Evoluția morbidității și a speranței de viață

Reducerea volumului de servicii medicale per locuitor a avut loc în contextul unei evoluții sinuoase a ratei generale a morbidității. Respectivul indicator a înregistrat o reducere în cursul anilor 1990, de la 863,43% în anul 1989 la 625,66% în anul 2015 (tabelul nr. 24). Acest fapt nu a însemnat o îmbunătățire a stării de sănătate a populației, ci reducerea într-o măsură însemnată a cererii pentru investigații medicale și diagnosticarea maladiilor în contextul unui climat economic și social instabil.

Tabelul nr. 24

Rata morbidității în perioada 1989-2015

Anul	Rata morbidității	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4	Grupa 5
1989	863,43	103,89	2,05	100,95	335,73	304,73
1990	736,28	95,05	1,83	96,40	305,28	212,98
1999	625,66	90,13	1,57	55,34	311,40	154,54

2008	667,88	116,44	2,45	79,19	319,91	113,20
2015	751,59	131,98	4,51	101,74	339,71	133,91

Notă: Grupa 1 include TBC, boli infecțioase, boli parazitare, boli reumatismale; grupa 2 include tumori benigne și maligne; grupa 3 include leziuni traumatice, tulburări mentale și comportamentale; grupa 4 include boli respiratorii și cardio-respiratorii; grupa 5 include boli digestive și boli genito-urinare.

Sursa: Calculat după *Anuarul statistic al României* și *Anuarul sanitar*.

În perioada 1999-2015, rata generală a morbidității s-a majorat de la 625,66‰ la 751,59‰ și a depășit nivelul înregistrat în anul 1990. A fost o consecință atât a extinderii metodelor de investigare a sănătății populației, care au permis diagnosticarea cu mai multă acuratețe a diferitelor maladii de care suferă populația, cât și a accentuării îmbătrânirii demografice.

Fenomenul îmbătrânirii demografice și performanțele încă scăzute ale sistemului de sănătate publică au condus la majorarea ratei mortalității de la 10,68‰ în anul 1989 la 13,15‰ în anul 2015 (tabelul nr. 25). Între cauzele deceselor, cele mai importante au fost bolile respiratorii și cardio-respiratorii și tumorile benigne și maligne.

Tabelul nr. 25

Caracteristicile mortalității în perioada 1989-2015

Anul	Rata mortalității infantile (‰)	Rata mortalității (%)	Pondere în decese (%)				
			Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4	Grupa 5
1989	26,9	10,68	1,23	13,25	8,55	67,71	6,50
1990	26,9	10,65	1,25	13,35	8,63	68,03	6,10
1999	18,6	11,81	1,27	14,96	6,73	68,71	6,52
2008	11,0	11,77	1,02	18,36	7,26	65,34	7,06
2015	8,1	13,15	1,10	19,65	6,65	64,69	6,83

Sursa: Calculat după *Anuarul statistic al României*.

Rata mortalității infantile a continuat să se reducă, de la 26,9‰ în anul 1989 la 8,1‰ în anul 2015. Chiar dacă respectiva evoluție reprezintă un progres evident al practicii medicale din România, se menține încă un decalaj față de țările dezvoltate, nivelul mediu al respectivului indicator pe ansamblul Uniunii Europene fiind de 3,8‰ în anul 2013 (cf. Vlădescu *et al.*, 2016).

Diminuarea ratei mortalității infantile a fost unul dintre factorii care au contribuit la creșterea speranței de viață la 69,42 ani în anul 1989, la 69,74 ani în anul 1999 și la 75,41 ani în anul 2015 (tabelul nr. 26). Speranța de viață la naștere a stagnat în cursul anilor 1990, când a fost realizată partea cea mai dificilă a tranziției la economia de piață, și a crescut semnificativ în contextul relansării economiei din intervalul 2000-2008, dar și al accentuării îmbătrânirii demografice, determinate într-o măsură însemnată de rata scăzută a natalității și de emigrarea pentru muncă a persoanelor din grupele de vârstă tinere.

Tabelul nr. 26

Speranța de viață la naștere în perioada 1989-2015

Anul	Total populație	ani	
		Bărbați	Femei
1989	69,42	66,51	72,41
1990	69,56	66,56	72,65
1999	69,74	66,05	73,67
2008	73,47	69,99	77,05
2015	75,41	71,96	78,91

Sursa: *Anuarul statistic al României*.

Creșterea lentă a speranței de viață la naștere în cursul anilor 1990 a avut loc în contextul adâncirii decalajului de gen în favoarea femeilor de la 5,90 ani în anul 1989 la 7,62 ani în anul 1999. Majorarea semnificativă a speranței de viață la naștere din intervalul 1999-2015 a avut loc concomitent cu reducerea decalajului de gen în favoarea femeilor, care a fost de 7,06 ani în anul 2008 și de 6,95 ani în anul 2015.

Concluzii

Sistemul sanitar, prin modul de organizare și funcționare, a acționat în direcția consolidării unității naționale desăvârșite în anul 1918, prin faptul că a fost între primele domenii de activitate în care a fost aplicată

o legislație unitară pe teritoriul național reîntregit. De asemenea, deoarece a avut și are ca principal obiectiv îmbunătățirea stării de sănătate a ansamblului populației, respectivul sistem a reprezentat și reprezintă un factor de creștere a calității capitalului uman și de susținere a dezvoltării economice pe termen lung.

Pe parcursul ultimului secol, rolul pozitiv al sistemului sanitar a fost jucat în condiții interne și externe cu un grad de complexitate ridicat. În perioada analizată, România a avut de făcut față unor șocuri externe (al Doilea Război Mondial, modificarea radicală a ordinii economice și politice internaționale de la sfârșitul anilor 1980 și începutul anilor 1990), care au exercitat puternice presiuni în direcția schimbării modului de funcționare a serviciilor publice esențiale. De asemenea, pe plan intern, au fost înregistrate schimbări majore ale regimurilor social-politice, mutații de amploare ale structurii economiei, creșterea gradului de urbanizare a populației, schimbări ale comportamentului demografic, precum și mobilitatea profesională și teritorială a unei părți însemnate a populației. În aceste condiții, a fost imperios necesar ca sistemul de sănătate publică să găsească forme adecvate pentru susținerea proceselor de dezvoltare economică și modernizare socială.

În fiecare dintre cele trei mari etape ale evoluției economico-sociale a României din perioada 1919-2015, se evidențiază o serie de tendințe pozitive la care sistemul sanitar a avut contribuții esențiale, dintre care cele mai importante sunt: a) reducerea ratei mortalității infantile, b) creșterea speranței de viață la naștere, c) eradicarea unor boli contagioase, d) reducerea impactului bolilor infecțioase și sociale, e) extinderea accesului la asistența medicală de bază a cetățenilor, indiferent de starea economico-socială a acestora, f) adoptarea de bune practici în acordarea asistenței medicale, în concordanță cu tendințele care se manifestau și se manifestă pe plan internațional, g) consolidarea tradițiilor școlii medicale românești constituite înainte de Primul Război Mondial atât în ceea ce privește diagnosticarea și tratarea bolilor, cât și în ceea ce privește implicarea medicilor în rezolvarea sau atenuarea unor probleme legate de starea precară de sănătate a unor categorii sociale.

Progresele realizate în cadrul sistemului sanitar au condus doar la reducerea parțială a decalajelor față de țările dezvoltate în ceea ce privește unii dintre indicatorii sintetici ai stării de sănătate a populației. De asemenea, nu întotdeauna au fost găsite soluții adecvate pentru alocarea de resurse umane și financiare, pentru utilizarea eficientă a respectivelor resurse, stimularea creșterii performanței medicilor și a altor categorii de personal medical, definirea rolului inițiativei private în funcționarea sistemului de sănătate publică.

În fapt, pentru fiecare dintre cele trei etape ale istoriei contemporane a României se pot identifica atât progrese, cât și neîmpliniri în funcționarea sistemului de sănătate publică. Astfel, pentru **perioada 1919-1947**, principalele aspecte pozitive se referă la: a) implicarea corpului medicilor în soluționarea unora dintre problemele sociale grave ale perioadei, cu deosebire în mediul rural, b) rolul personalului medical în protejarea vieții persoanelor mobilizate pe front în cursul celui de al Doilea Război Mondial, c) consolidarea prestigiului internațional al școlii medicale românești, d) progresele realizate în asistența medicală din mediul urban. Neîmplinirile sunt legate, în principal, de: a) progresul lent al asistenței medicale în mediul rural, b) menținerea la nivel foarte ridicat a mortalității infantile, c) rata ridicată a morbidității generate de bolile infecțioase și sociale, chiar și în perioadele de relansare a economiei, d) dezechilibrele majore dintre mediul urban și mediul rural în ceea ce privește densitatea personalului medical și a infrastructurii medicale, e) accesul limitat la asistența medicală pentru categorii sociale importante.

În cursul economiei de comandă (1948-1989), progresele din funcționarea sistemului sanitar au determinat: a) creșterea accesului la asistența medicală pentru cea mai mare parte a populației, b) acordarea unei atenții speciale unor grupuri sociale care necesită asistență medicală specializată (mame, copii, profesii expuse unor riscuri profesionale), c) reducerea rapidă a incidenței bolilor infecțioase și a unor boli sociale, d) reducerea semnificativă a mortalității infantile, e) creșterea speranței de viață la naștere în perioada de dezvoltare extensivă a economiei de comandă, f) alocarea relativ echilibrată în profil teritorial a resurselor umane și financiare destinate sănătății publice. Deficiențele respectivului sistem sanitar s-au manifestat cu precădere în cursul fazei descendente și al agravării crizei economiei de comandă și s-au concretizat prin: a) stagnarea și chiar reducerea speranței de viață la naștere, b) reducerea în ritm lent a mortalității infantile, c) nivelul tot mai redus al eficienței resurselor financiare alocate pentru îndeplinirea obiectivelor legate de asigurarea sănătății populației, d) centralismul exagerat și practicarea unui management sanitar de tip conservator.

În perioada 1990-2015, între progresele realizate de sistemul de sănătate publică se numără: a) crearea și dezvoltarea cadrului instituțional care a permis funcționarea activităților de asistență și servicii medicale în

concordanță cu logica economiei de piață, b) menținerea standardului ridicat de pregătire a cadrelor medicale, c) preluarea unor bune practici din țările dezvoltate referitoare la sistemul de management medical, d) extinderea cooperării internaționale în domeniul medical, e) reducerea mortalității infantile, f) extinderea utilizării tehnologiilor informaționale și a altor noi tehnologii în medicina românească, g) precizarea drepturilor pacienților.

Deficiențele care se manifestă actualmente cu mai multă sau mai puțină acuitate în funcționarea sistemului medical se referă la: a) menținerea unor decalaje însemnate față de țările cu economie de piață consolidată în ceea ce privește rata morbidității referitoare la unele boli sociale și contagioase, la rata mortalității infantile, la speranța de viață la naștere, precum și la speranța de viață în stare bună de sănătate, b) alocarea insuficientă a resurselor umane și financiare în raport cu nivelul care ar asigura îmbunătățirea semnificativă a asistenței medicale, c) existența unor deficiențe însemnate în sistemul de remunerare a diferitelor categorii de personal medical, fapt care blochează creșterea calității actului medical și acționează ca un stimul pentru migrația externă către țările dezvoltate, d) lipsa de mecanisme sau modalități de organizare a activității medicale care să determine un raport adecvat între medicina de familie și medicina de specialitate.

Din aceste motive, continuarea reformei și găsirea de soluții pentru sporirea substanțială a eficacității funcționării sistemului sanitar, precum și pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației rămân și în viitorul previzibil obiective cărora autoritățile publice și alți actori economici și sociali este necesar să le acorde o atenție deosebită.

Bibliografie selectivă

1. Aldea Anca, Vătășelu Oana (2007), *Spitalul Brâncovenesc – Gloria apusă*, Jurnalul național, 8 ianuarie.
2. Axenciuc Victor (1994), *La formation et le développement du marché intérieur moderne en Roumanie. Etude et séries statistiques à long terme (1860-1947)*, Académie Roumaine, Institut National de Recherches Economiques, Bucarest.
2. Axenciuc Victor (1996), *Evoluția economică a României. Cercetări statistico-istorice, 1859-1947*, Editura Academiei Române, București.
3. Banu Gheorghe (1935), *Sănătatea poporului român*, Fundația pentru Literatură și Artă „Regele Carol al II-lea”, București.
4. Bărbulescu Elena (coord.) (2009), *Documente privind politica sanitară în România (1948-1964)*, Editura Mega, Cluj.
5. Bologa Valeriu, Brătescu George, Duțescu Bogdan, Milcu Ștefan (1972), *Istoria medicinei românești*, Editura Medicală, București.
6. Bordea I. (1924), *Sănătatea poporului român*, Tipografia Cultura, București.
7. Chiriță Livia (1997), *Scurt istoric al asistenței medicale în România*, Medicina familiei, nr. 13, Timișoara.
8. Constantinescu Nicolae N. (coord.) (2000), *Istoria economică a României*, vol. 2 (1939-1989), Editura Economică, București.
9. Dobre Gheorghe (coord.) (1997), *Economia României în context european 1947*, Editura Fundației Științifice Memoria Oeconomica, București.
10. Ghețau Vasile (1978), *Speranța de viață a populației din România*, Viitorul social, nr. 1, București.
11. Gusti Dimitrie (coord.) (1938), *Enciclopedia României*, vol. I, Asociația Științifică pentru Enciclopedia României, București.
12. Iancu Aurel (coord.) (2003), *Dezvoltarea economică a României. Competitivitatea și integrarea în Uniunea Europeană*, Editura Academiei Române, București.
13. Majuru Adrian (2007), *Eforia Spitalelor Civile*, Capital, decembrie.
14. Mezincescu Eduard (1947), *Sănătatea poporului român în lumina faptelor*, București.
15. Milcu Ștefan, Duțescu Bogdan (coord.) (1980), *Istoria științelor în România. Medicina*, Editura Academiei, București.
16. Pavelescu Florin Marius (2016a), *Ciclurile economice, evoluția demografică și funcționarea sistemului sanitar din România în perioada 1859-1999*, ediție revizuită, Editura Expert, București.
17. Pavelescu Florin Marius (2016b), *Evoluția cadrului instituțional și dinamica sistemului educațional al României în secolul al XX-lea*, Editura Expert, București.
18. Poenaru Maria (2009), *Politica socială în România. Provocări actuale și viitoare*, Editura Expert, București.
19. Șuța Alina Ioana et al. (2009), *Legislația sanitară în România modernă (1874-1910)*, Editura Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.
20. Văcărel Iulian (coord.) (2016), *Cunoaște România. Retrospectivă 2007-2013*, Editura Academiei, București.
21. Vlădescu Cristian, Scîntee Gabriela, Olsavszky Victor, Allin Sara, Mladovsky Philipa (2008), *Health Systems in Transition, Romania*, Health System Review, Vol. 10, No. 3, p. 1-172.
22. Vlădescu Cristian, Scîntee Gabriela, Olsavszky Victor, Hernández-Quevedo Cristina, Sagan Anna (2016), *Health Systems in Transition, Romania*, Health System Review, Vol. 18, No. 4, p. 1-170.
23. WHO – World Health Organization, Regional Office for Europe & European Observatory on Health Care Systems (2000), *Health care systems in transition: Romania 2000*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.