

Evoluția sistemului de sănătate și schimbarea demografică în România: 1945–2018¹

Mălina Voicu*

Alexandra Deliu**

Institutul de Cercetare a Calității Vieții, Academia Română

Abstract: This article presents the demographic transition as it took place in Romania, focusing on the communist and contemporary periods. In general, demographic transition is governed by the increase of life expectancy at birth, doubled, in time, by the decrease of natality. These trends occur in the context of modernization, due to access to public utilities, to better healthcare and major improvements in life conditions. In the case of Romania, data seems to suggest that the communist period, albeit the numerous restrictions it imposed on population and its ideological constitution, was the period in which, at least from a demographic standpoint, Romania left its pre-modern condition and entered modernity. Another stake of the article is to problematize the current state of healthcare system, taking into account at least two major factors: population aging (due to demographic transition and mobility of people across borders) and the particular case of brain drain experienced by Romania in the past decades, focusing mainly on the emigration of medical staff. The paper points out that, in order to better address the needs of population, the healthcare system has to be adjusted to the socio-demographic context, paying a special attention to labor force shortage in the healthcare system.

Keywords: *demographic transition; ageing; modernization; healthcare system.*

Cuvinte-cheie: *tranziție demografică; îmbătrânire demografică; modernizare; sistem de sănătate.*

Modernizarea societății aduce cu sine o serie de schimbări de natură demografică. Dezvoltarea economiei, progresul științei și tehnicii, urbanizarea și industrializarea au dus la scăderea insecurității existențiale (Inglehart, 2018), având impact inclusiv asupra evoluției demografice. Creșterea economică și urbanizarea au contribuit la îmbunătățirea condițiilor de viață pentru un număr tot mai mare de oameni, în timp ce progresele în sfera îngrijirii sănătății au condus la scăderea mortalității și la prelungirea speranței medii de viață. Astfel, societățile moderne au traversat un proces de tranziție demografică, ce a constat în scăderea mortalității și fertilității

(Thomson, 1929; Notestein, 1954), proces al cărui debut a avut loc în momente istorice diferite de la o țară la alta și a cărui durată a variat de la o societate la alta în funcție de o serie de factori istorici (Trebici, 1978).

România face parte din grupul țărilor europene în care tranziția demografică a început relativ târziu și a avut o durată mai scurtă, evoluție similară cu cea din alte state din Sud-Estul Europei (Trebici, 1978; Simon, 2004). Studiile de demografie plasează începutul tranziției demografice în România, marcat de scăderea mortalității, la finele secolului al XIX-lea. Conform lui Ghețau (1997) în 1870 se înregistrează pentru prima dată o scădere a mortalității, iar

* Institutul de Cercetare a Calității Vieții, Calea 13 Septembrie, nr. 13, sector 5, București. E-mail: malina.voicu@iccv.ro.

** Institutul de Cercetare a Calității Vieții, Calea 13 Septembrie, nr. 13, sector 5, București. E-mail: alexandradeliu@yahoo.com.

din 1885 mortalitatea intră pe un trend descrescător. În ceea ce privește fertilitatea, aceasta începe să scadă în perioada interbelică și cunoaște două perioade de revigorare, imediat după cel de-al Doilea Război Mondial și în perioada 1966–1989 datorită politicii demografice promovate de regimul comunist (Ghețău, 1997). Ambele procese merg mână în mână cu dezvoltarea economică și socială, progresele medicinei și dezvoltarea sistemului de îngrijire a sănătății făcând parte din procesul de modernizare socială. Starea de sănătate a populației este un indicator al nivelului de dezvoltare al unei țări, aceasta fiind în strânsă legătură cu o serie de aspecte, cum ar fi: accesul la servicii de sănătate, măsuri de prevenție și eficiența lor, costul îngrijirii medicale. La rândul lor, toate acestea sunt determinate, la nivel structural, de configurarea sistemului de sănătate.

Această lucrare se focalizează pe interconexiunea dintre evoluția sistemului de sănătate din România și fenomenele care au dus la procesul de îmbătrânire demografică. Accesul populației la servicii de sănătate și, implicit, felul în care este constituită relația dintre indivizi, ca beneficiari ai sistemului de sănătate, și sistem ca întreg a trecut prin numeroase schimbări după cel de-al Doilea Război Mondial. Înainte de cel de-al Doilea Război Mondial, modelul Bismark, de origine germană, dădea seama de funcționarea sistemului de sănătate românesc. Acesta era bazat pe asigurări de sănătate plătite de către beneficiari și în baza cărora aceștia aveau acces la servicii medicale. După 1949, modelul Bismark a fost înlocuit de modelul Semashko, cu un sistem medical controlat în totalitate de către stat și centralizat. După 1989, sistemul de sănătate a trecut prin schimbări structurale, ajungând să semene din nou cu modelul Bismark (Vlădescu, Rădulescu și Căce, 2005).

Lucrarea se compune din patru părți. Prima expune pe scurt bazele teoretice ale tranziției demografice, cea de-a doua prezintă evoluția sistemului de sănătate ca

premisă a tranziției demografice în perioada comunistă, iar cea de-a treia se focalizează pe perioada postcomunistă. Secțiunea finală este dedicată unor scurte concluzii și recomandări pentru studiile viitoare.

Tranziția demografică

Termenul desemnează trecerea unei societăți de la un regim demografic caracterizat de fertilitate și mortalitate crescute, la unul în care ambele fenomene demografice au valori reduse (Chesnais, 2000). Scăderea mortalității este cea care apare prima, urmată de scăderea fertilității. Aceste fenomene apar ca urmare a urbanizării și industrializării, mortalitatea scăzând prima, datorită îmbunătățirii condițiilor de viață în societățile moderne comparativ cu cele agrare și a progreselor făcute de medicină. Într-un prim pas, volumul total al populației crește deoarece fertilitatea se păstrează la niveluri ridicate. Într-o etapă ulterioară, fertilitatea scade și ea, ca rezultat al amânării vârstei la prima căsătorie și la prima naștere prin cuprinderea largă a fetelor în sistemele de educație formală și prin extinderea perioadei de școlarizare. Astfel, se extinde celibatul definitiv, în timp ce familiile se formează mai târziu, ceea ce duce la scăderea numărului nașterilor de rang superior, deoarece suprapunerea dintre căsătorie și perioada fertilă estemai redusă (INS, 2012). Într-o a treia etapă, după ce mijloacele contraceptive devin accesibile la scară largă, fertilitatea scade drastic, deoarece cuplurile pot să controleze direct și să decidă numărul copiilor pe care îi doresc.

Acest model pune în legătură directă modernizarea și schimbarea demografică, dezvoltarea economică și schimbarea instituțională fiind direct corelate cu reducerea mortalității și reducerea fertilității. În această constelație, schimbarea nutriției, impunerea unor norme igienico-sanitare și dezvoltarea sistemului de sănătate au impact

direct asupra scăderii mortalității, în timp ce progresele în domeniul cercetării medicale fac posibil controlul nașterilor, ducând la reducerea fertilității.

Van de Kaa și Lesthaeghe (1987, 2010) elaborează o explicație alternativă pentru legătura dintre modernizare și fenomenele demografice, care are în centrul ei schimbarea valorilor sociale pe fondul trecerii de la societatea agrară la cea modernă și postmodernă. Autorii împart tranziția demografică în două etape, prima tranziție demografică constând în scăderea mortalității, centrarea pe familie și copii, context care conduce la creșterea importanței familiei ca și grup social, cu rol în socializarea generației următoare. Astfel, deși nupțialitatea rămâne crescută și divorțul este rar, fertilitatea scade prin scăderea nașterilor de rang superior. A doua tranziție demografică rezidă în scăderea drastică a fertilității, sub nivelul înlocuirii generațiilor, datorată utilizării mijloacelor contraceptive și a liberalizării avorturilor, fiind însoțită de scăderea nupțialității și de creșterea divorțului și a coabitării. Nucleul celei de-a doua tranziții demografice îl reprezintă schimbarea valorilor sociale, familia tradițională fiind mai puțin valorizată, accentul căzând pe egalitate de gen și auto-realizare individuală (Surkyn și Lesthaeghe, 2004).

Conform definiției stricte a termenului de tranziție demografică, acesta se termină atunci când societatea atinge un nou echilibru între numărul nașterilor și cel al deceselor, așa cum se întâmplă în societățile pre-industriale, unde numărul mare al deceselor era compensat prin fertilitate foarte ridicată (Chesnais, 2000). Cu toate acestea, evoluțiile produse în contextul celei de-a doua tranziții demografice nu se opresc atunci când se atinge un punct de echilibru, ci scăderea fertilității continuă, sub nivelul înlocuirii generațiilor, ceea ce conduce la scăderea volumului total al populației și la fenomenul de îmbătrânire demografică (Ghețău, 1997). În plus, migrația accentuează dezechilibrele demografice în

anumite societăți sau în rândul anumitor grupuri sociale (Ghețău, 2004). Dacă în perioada comunistă este vorba de îmbătrânirea demografică a populației rurale, după 1990 România se confruntă cu îmbătrânirea demografică la nivelul întregii populații, ca rezultat al tranziției demografice și al migrației externe. Vom expune în secțiunile următoare modul în care evoluția sistemului de sănătate influențează acest proces.

Perioada comunistă: modernizare socială și schimbare demografică

Starea de sănătate a populației s-a îmbunătățit considerabil în perioada comunistă în comparație cu perioada interbelică, într-un context social dominat de fenomene ca industrializarea, urbanizarea și modernizarea. Îmbunătățirea stării de sănătate și scăderea mortalității sunt aduse și de creșterea nivelului de educație și progresele înregistrate în medicină. Pe lângă acești factori, semnificative au fost și îmbunătățirile în ceea ce privește infrastructura sanitară și de transport, și politicile promovate de regimul comunist în domeniul sănătății.

Acesul la serviciile de sănătate este gratuit, urmând modelul Semashko „importat” din URSS. Sistemul de sănătate este integral finanțat de stat iar accesul este universal. Trecerea de la sistemul de tip Bismark, la cel de inspirație sovietică presupune o reconstrucție instituțională care se face în mai multe etape, prin măsuri legislative succesive. Întreaga perioadă comunistă poate fi conceptualizată ca având două etape în ceea ce privește evoluția legislației relevante pentru domeniul sanitar, aici marcant fiind anul 1965. Astfel, prima perioadă, cuprinsă între anii 1948 și 1965, este dominată de canalizarea eforturilor către schimbarea regimului de proprietate, inclusiv în domeniul sanitar (Bărbulescu,

2010). A doua perioadă, începută după 1965, este asociată cu construirea/restructurarea instituțională. Sistemul de sănătate este structurat prin intermediul elaborării mai multor legi, al căror caracter a fost mai degrabă general, dar a căror importanță în economia activității medicale a fost vizibilă: legea sănătății populației (1978), legea serviciilor medico-legale (1966), legea sanitară veterinară (1974).

Naționalizarea din 1948 a avut efecte și în ceea ce privește funcționarea sistemului medical, prin aceea că toate unitățile medicale au trecut în proprietatea statului. Schimbările generate de reorganizarea comunistă a sistemului de sănătate au avut efecte pozitive în ceea ce privește starea de

sănătate a populației, datorită accesului universal la serviciile de sănătate. Acest principiu s-a transpus în practică prin extinderea infrastructurii din domeniul sanitar prin construirea a noi unități sanitare, de tipul policlinicilor, spitalelor ori dispensarelor. Acestea din urmă au un rol foarte important, fiind înființate, alături de farmacii, în toate comunele. Astfel, de la 37 de policlinici existente în toată țara în 1938 se ajunge la 385 în 1970, iar numărul de paturi de spital crește în aceeași perioadă de la 33.000 la 150.000 (Rotariu, Dumănescu și Hărăguș, 2017, 22). Numărul personalului medical calificat crește corespunzător. În 1989, numărul de locuitori ce revin la un medic este de 4 ori mai mic raportat la 1938.

Table 1: Numărul de locuitori ce revin la un medic 1938–1989

Anul	Nr. locuitori/medic
1938	1.806
1950	1.047
1965	682
1975	624
1980	558
1985	480
1989	472

Sursa: Anuarul Statistic al României 1987 și 1993.

Dincolo de aceste investiții în extinderea teritorială a unităților sanitare, perioada comunistă a fost marcată de o pondere scăzută a cheltuielilor cu sănătatea în PIB-ul României, aceasta situându-se în jurul valorii de 4%, scăzând de la 4,1% în 1950 la 3,6% în 1989 în contextul în care investițiile majore în infrastructură au fost realizate până în 1965. Actul medical, ca și accesul la serviciile de sănătate, sunt influențate de această subfinanțare a sistemului de sănătate. Personalul medical/angajații din sistemul de sănătate au salarii mai mici decât angajații

din industrie, cercetare sau educație, ceea ce contribuie la dezvoltarea unui sistem informal de plăți pentru actele medicale. Fondurile reduse ale unităților sanitare au efecte în ceea ce privește dotarea cu aparatură medicală și stocul disponibil de medicamente, pacienții fiind adesea în situația de a-și achiziționa singuri medicamentele necesare. Aceste aspecte creează contextul de dezvoltare a inegalităților de acces la serviciile medicale, contrar logicii sistemului comunist, centrată pe diminuarea sau chiar eliminarea acestora.

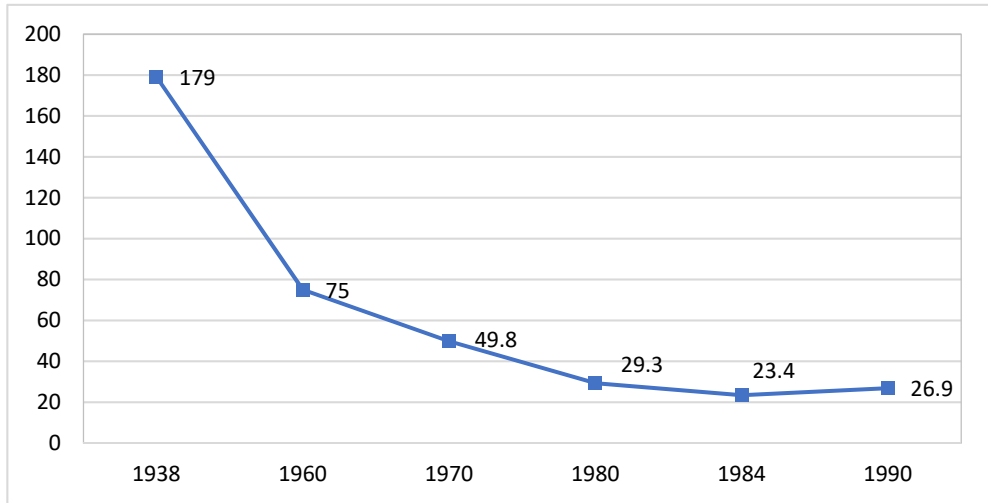
Table 2: Evoluția speranței medii de viață pe sexe, între 1930 și 1990

Anul	1930	1950	1960	1970	1980	1985	1990
Masculin	41,2	59,4	63,6	66,3	66,6	66,4	66,6
Feminin	42,6	62,8	67,1	70,9	71,8	72,3	73

Sursa: T. Rotariu, 2003, p. 144–145.

Dincolo de subfinanțarea sistemului, datele de tip demografic sugerează o îmbunătățire marcantă în perioada comunistă a stării de sănătate a populației. De exemplu, rata mortalității infantile scade de la 179 de decese la 1.000 de născuți vii în 1938, la 26,9 în 1990, iar speranța de viață la naștere

înregistrează creșteri semnificative din 1930 până în 1990, atât în cazul femeilor (cu 30 de ani), cât și în cazul bărbaților (cu 25 de ani). Astfel, România pare să fi făcut, în această perioadă, trecerea de la o societate premodernă la o societate modernă.



Sursa: UNICEF, 2005.

Figura 1: Rata mortalității infantile între 1938 și 1990 (la 1.000 de nașteri vii)

Mortalitatea generală scade și ea și durata medie de viață crește de la 42–43 de ani în perioada 1946–1948, la 69,59 ani în 1973 (Rotariu, Dumănescu și Hărăguș, 2017). Cu toate acestea, autorii citați arată că durata medie de viață nu mai crește de la începutul anilor '70 până la căderea comunismului. Ipoteza pe care o lansează este legată de calitatea serviciilor de sănătate care nu reușesc să combată bolile degenerative, cum sunt cele de tip cardiovascular.

O serie de factori, precum modernizarea infrastructurii și a condițiilor de locuire, urbanizarea, accesul la utilități (canalizare, apă curentă), cuplate cu implementarea unui management al deșeurilor și a controlului și tratării apei potabile, au dus la diminuarea incidenței bolilor de tip infecțios, cu transmitere pe cale digestivă. Acestea sunt înlocuite în locurile frunțașe ale ierarhiei

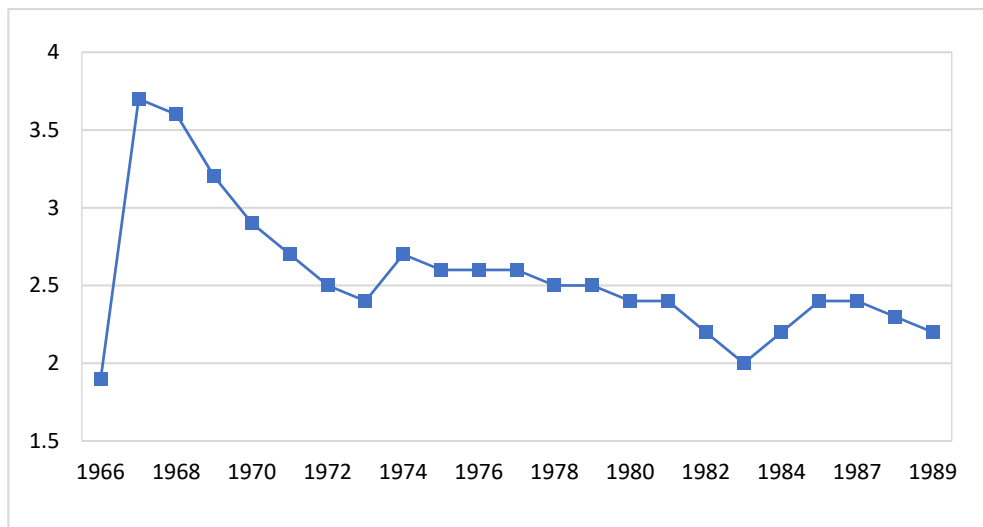
cauzelor de deces de către bolile cardiovasculare și cele de tip canceros. Situații similare sunt raportate și în țările dezvoltate, vest-europene (Rotariu, 2003). Această schimbare este semnificativă, deoarece marchează și ea transformarea României într-un stat modern, într-o perioadă ce urmează celei interbelice, în care cauzele principale ale deceselor, bolile și infecții ale aparatului digestiv și ale celui respirator, erau asociate subdezvoltării/condițiilor impropriei de locuire și accesului deficitar la utilități, cu care se confruntau majoritatea populației. Anul 1945, marcat de schimbarea structurală prin care a trecut România, punctează începutul acestei schimbări, importante aici fiind și accesul de masă și utilizarea pe scară tot mai largă a antibioticelor, evoluția descendentă a mortalității infantile, menținută la cote ridicate în perioada

interbelică și prealabil acesteia din cauza lipsei antibioticelor fiind sugestivă (Rotariu, 2003).

O serie de schimbări negative în condițiile de viață ale populației au loc în deceniul al optulea. Aceasta cuprinde raționalizarea alimentelor, furnizarea cu intermitență a utilităților (apă caldă, căldură, apă potabilă, curent electric). Aceste restricții erau motivate economic în discursul oficial al regimului Ceaușescu, prin apel la necesitatea/urgența plății datoriilor externe. În acest context, starea de sănătate înregistrează un declin ușor la finele anilor '80, vizibil în creșterea ratei mortalității generale. Acestea urcă de la 9,5‰ în anii '70 la 10,5‰ în anii '80. Ca și mortalitatea generală, și mortalitatea infantilă crește ușor în intensitate, cu rate ale căror valori cresc de la 26,4‰ în 1985 la 29,6‰ în 1989.

În domeniul sănătății, perioada comunistă a fost marcată de politica pronatalistă și impactul acesteia asupra vieții

populației. Decretul 770 din 1966 punctează debutul acestei politici. Prin acest decret, avortul devenea aproape universal interzis, fapt semnificativ având în vedere că el constituia principala metodă de prevenire a nașterilor nedorite în România acelor vremuri. Efectul demografic al decretului a fost, pe termen scurt, apariția așa-numitelor generații ale „decrețelor”, rata totală a fertilității crescând de la 1,9 copii/femeie în 1966 la 3,7 copii/femeie în 1967 (Rotariu, 2003). Această măsură a avut un puternic efect psihologic, reprezentând o încorsetare majoră a vieții sociale și a identității de gen a femeilor. Cu toate acestea, efectele sale demografice pe termen lung nu au fost cele scontate, rata fertilității situându-se sub limitele estimate/dorite de autorități, populația găsiind strategii prin care să prevină efectele decretului. Astfel, după o creștere în primii ani, rata totală a fertilității scade și se menține la valori constante, între 2,2 și 2,7, din 1970 până la finalul perioadei comuniste.



Sursa: INSSE.

Figura 2: Evoluția ratei totale a fertilității între 1966 și 1989 (număr de copii născuți vii/femeie de vârstă fertilă)

Între 1945 și 1989 România înregistrează un trend descendent al mortalității, pe fondul creșterii calității și accesului la serviciile de sănătate, trend care continuă evoluțiile

începute la finele secolului al XIX-lea, când debutează tranziția demografică. Progresele ating însă un plafon în anii '70 cauzele fiind multiple. Pe de o parte, condițiile de viață se

deteriorează din cauza restricțiilor impuse populației în ceea ce privește accesul la bunuri și servicii. Pe de altă parte, sistemul de sănătate suferă din cauză subfinanțării și a izolării externe, care împiedică accesul cadrelor medicale la rezultatele cercetărilor de ultimă oră și utilizarea echipamentelor medicale moderne. În ceea ce privește fertilitatea, regimul comunist a reușit să stopeze pentru scurt timp și apoi să îi încetinească trendul descendent. La finele perioadei comuniste România are o populație tânără comparativ cu alte state europene, însă premisele continuării tranziției demografice sunt prezente.

Tranziție socio-economică și tranziție demografică după 1989

Intrarea în perioada de tranziție a însemnat, și în cazul sistemului de sănătate, declanșarea a numeroase reforme și restructurări, ca și o schimbare a filozofiei sistemului: îngrijirea medicală (cu excepția urgențelor medicale) oferită pe baza contribuției individuale la fondul asigurărilor de sănătate a înlocuit accesul universal la servicii medicale/îngrijire medicală, definit legal în 1949 (Bara et al., 2002). Printre principalii actori instituționali actuali din sistemul de sănătate se numără Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), Ministerul Sănătății, Colegiul Medicilor, Colegiul Farmaciștilor. Personalul medical este organizat în sindicatul SANITAS.

Dacă în perioada comunistă sistemul medical era unul centralizat, odată cu legea administrației publice din 1991 este demarată descentralizarea acestuia, unele servicii trecând din subordinea Ministerului Sănătății în subordinea prefecturilor (Bara et al., 2002; Vlădescu, Rădulescu și Cace, 2005). Cadrul legislativ ce consfințează schimbarea în modul de finanțare a sistemului de sănătate de la bugetul de stat la fondul asigurărilor de sănătate constituit în

regim contributiv a fost stabilit în 1997. Varianta inițială a legii asigurării sociale de sănătate a trecut printr-o serie de modificări, intrând în vigoare de facto în 1999 (Vlădescu, Rădulescu și Cace, 2005).

Nivelul veniturilor este referința pentru stabilirea cuantumului plăților către fondul asigurărilor de sănătate. În afara celor care pot accesa servicii medicale doar în baza contribuțiilor, există și grupuri sociale care sunt asigurate a priori: femeile însărcinate (pe perioada sarcinii, chiar dacă nu au niciun venit), persoanele cu dizabilități, beneficiarii de VMG (venitul minim garantat), șomerii, pensionarii, minorii, studenții a căror vârstă este mai mică de 26 de ani. Aceste cazuri excepționale, care se abat de la regula contributivă, ar trebui, în principiu, să conducă la universalizarea accesului la servicii medicale. Totuși, adesea au loc cazuri de excluziune socială, în care anumite categorii, aflate de cele mai multe ori la intersecția mai multor forme de excluziune, au acces deficitar la servicii medicale. Asemenea cazuri vin inclusiv din rândul populației române, în situații în care mai mulți factori obiectivi, potențial dublați de atitudini discriminatorii ale prestatorilor de servicii, converg: absența formelor de identificare formală (cărți de identitate), forme de sărăcie care nu sunt cuprinse de reglementarea acordării VMG (Bleahu, 2006).

Finanțarea sistemului de sănătate, ca și eficiența cu care sunt utilizate resursele disponibile, sunt teme prezente atât în discursul public, cât și în studiile centrate pe analiza sistemului medical (Bara et al., 2002; Tinică, Bostan și Grosu, 2008; Vlădescu, Astărăstoae și Scîntee, 2010; Botezat și Copoeru, 2013). Cu alocări din PIB pentru sănătate mai mici decât media europeană, și în condițiile în care există o discrepanță între ritmul creșterii economice și ritmul creșterii cheltuielilor pentru sănătate la nivel european (Tinică, Bostan și Grosu, 2008), România pare să se confrunte cu o problemă importantă în acest domeniu.

Date ale Băncii Mondiale, prezentate în figura 3, arată evoluția cheltuielilor totale făcute în domeniul sănătății în România de la 3,2% din PIB în 1995 la 5,6 din PIB în 2014.

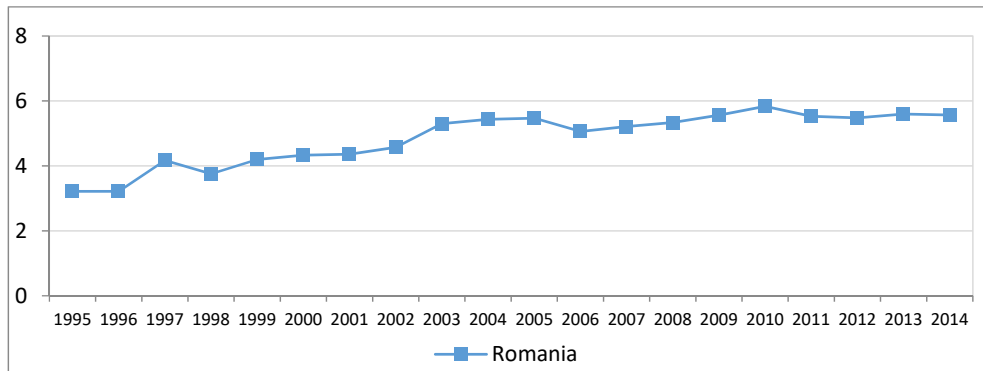


Figura 3: Evoluția cheltuielilor totale cu sănătatea ca procent din PIB. Date disponibile la <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL?locations=RO>

Suma cheltuielilor publice și a celor private pentru aspecte legate de sănătate, prezentate în figura 3, indică totalul cheltuielilor pentru prevenție, tratament, activități de planning familial, nutriție, servicii de urgență. Trendul este unul crescător, deși România este codașă comparativ cu alte state membre UE, în ceea ce privește bugetul alocat sănătății.

Date ale Eurostat arată pentru România 54.807 medici înregistrați oficial, în anul 2015. Cifra în sine nu oferă, singură, o imagine asupra sistemului de sănătate. Când este luată în calcul și dimensiunea populației, lucrurile capătă o mai mare claritate: deși numărul de medici la 100.000 de locuitori din România a crescut din 2010 până în 2015 de la 236,9 la 276,6, o valoare mai mică este înregistrată, în rândul țărilor UE, doar în Polonia.

Evoluția numărului de locuitori ce revin unui medic nu a fost una liniară după 1989. Astfel, imediat după schimbarea sistemului politic, valoarea acestui indicator a crescut, comparativ cu 1989. Trendul descendent, care se menține și în prezent, a început în 1998, când valoarea scade de la 558 (1997) la 545. Abia în 2003 se înregistrează o valoare mai mică decât cea din 1989: 463, față de 472.

Acest indicator pare să sugereze că starea sistemului de sănătate s-a îmbunătățit în prima parte a tranziției postcomuniste, prin creșterea accesului la servicii medicale oferite de un număr mai mare de medici. Totuși, înainte de a face inferențe cu privire la starea sistemului, în general, trebuie considerat un factor important aici, și anume scăderea numărului de locuitori ai României, în corelație cu îmbătrânirea demografică.

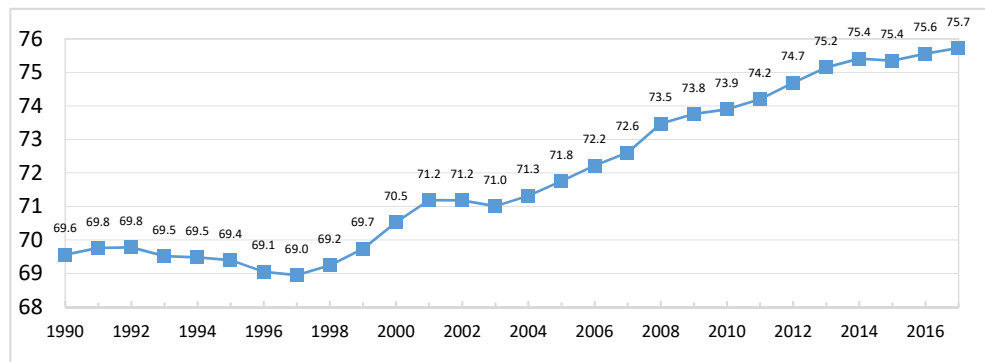
Table 3: Numărul de locuitori ce revin la un medic, 1990–2016

Anul	Nr. locuitori/medic
1990	555
1995	565
2000	490
2005	456
2010	411
2016	344

Sursa: Anuarul statistic al României, 1990–2017.

Schimbările produse în structura sistemului de sănătate și în modul de acces la servicii de sănătate are efecte contradictorii, în funcție de perioadă și de grupurile sociale le care ne raportăm. Începutul tranziției este

marcat de criză economică, care afectează atât sistemul de sănătate, cât și starea de sănătate a populației. Astfel, speranța de viață scade în primii ani ai tranziției și crește apoi continuu, însă evoluția este diferențiată.



Sursa datelor: INSSE.

Figura 4: Speranța medie de viață la naștere, total 1990–2017

În cazul femeilor aceasta stagnează între 1990 și 1997 și apoi crește vertiginos cu aproape 6 ani până în 2014, în timp ce la bărbați speranța de viață scade până în 1997

la toate grupele de vârstă ca să recupereze ulterior prin creșteri anuale (Rotariu, Dumănescu, Hărăguș, 2017).

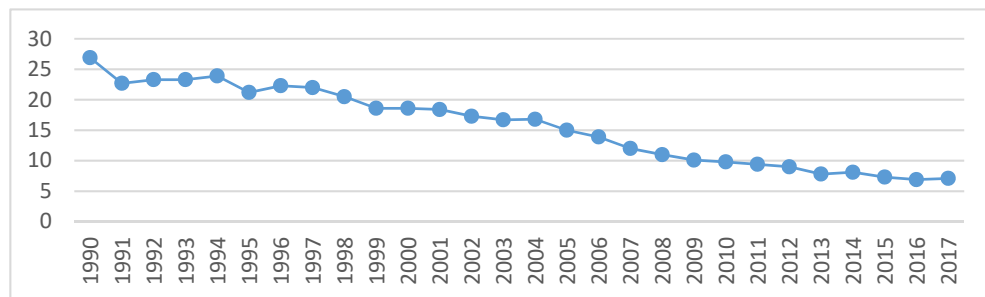
Table 4: Evoluția speranței medii de viață pe sexe, între 1991 și 2017

Anul	1991	1995	1997	2000	2005	2010	2017
Masculin	66,59	65,7	65,19	67,03	68,19	70,27	72,28
Feminin	73,05	73,36	73	74,2	75,47	77,64	79,24

Sursa: INSSE.

Mortalitatea infantilă, în schimb, cunoaște un trend descendent. De la valoarea de 29,3 decedați la vârsta de sub un an la 1.000 de născuți vii, aceasta ajunge la sub

10% în 2010. Cu toate acestea România înregistrează și la ora actuală cele mai ridicate valori ale acestui indicator, între țările membre ale UE.



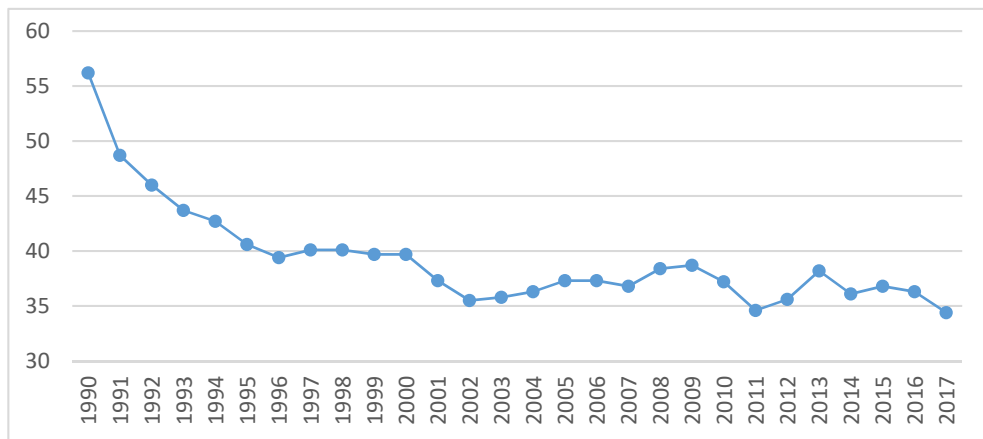
Sursa: INSSE.

Figura 5: Mortalitatea infantilă 1990–2017 (decedați sub 1 an la 1.000 de născuți vii)

După ridicarea restricțiilor cu privire la contracepție, impuse de regimul comunist, fertilitatea scade vertiginos. După 1990 fertilitatea scade brusc și, începând cu 1995, rata totală a fertilității (numărul mediu de copii la o femeie) se stabilizează la nivelul de 1,3 (Rotariu, Dumănescu și Hărăguș, 2017, 221; INSSE, 2012). Datele arată că politicile

impuse de regimul comunist au întrerupt doar un trend descendent, care este caracteristic tuturor statelor din zonă (Bradatan și Firebaugh, 2007).

Evoluția ratei generale a fertilității confirmă acest trend, înregistrând și ea o scădere în primii ani după 1989, ajungând la o relativă stabilizare în 1995–1997.



Sursa: INSSE.

Figura 6: Rata generală a fertilității 1990–2017 (născuți vii la 1.000 de femei de vârstă fertilă)

A doua tranziție demografică și-a urmat cursul în România postcomunistă, trendul descendent al fertilității combinat cu creșterea speranței de viață și migrația masivă în rândul populației de vârstă activă, accelerând procesul de îmbătrânire demografică (Bodogai și Cutler, 2014).

În contextul îmbătrânirii demografice, migrația unui segment anume ridică probleme speciale sistemului de sănătate: migrația personalului din sănătate. Pentru migrația medicilor români, anii 2007 și 2011 sunt cruciali, aceștia fiind ani în care se înregistrează cele mai multe plecări. Dacă 2007 marchează intrarea României în UE și, cu alte cuvinte, ridicarea restricțiilor cu privire la mobilitate în spațiul european, anul 2011 este un an de criză, în care salariile din sectorul bugetar sunt diminuate cu 25%, ca măsură de austeritate (Boncea, 2015). În rândul motivelor asociate cu emigrarea sau intenția de emigrare se numără salariile mici, ca și mediul de lucru, incluzând condițiile de

lucru/infrastructura spitalicească (Boncea, 2015). În condițiile în care o populație îmbătrânită, așa cum este cea a României, necesită atenție sporită cu privire la starea de sănătate și acces facil la servicii de sănătate în mod continuu pentru o calitate corespunzătoare a vieții (Stanciu, 2014), fenomenul migrației medicilor este de luat în seamă la nivel decizional, necesitând eforturi pentru stoparea sa și suplinirea curențelor create în sistemul de sănătate prin plecările înregistrate până în prezent.

Concluzii

România a parcurs după 1945 etapele tranziției demografice specifice unei societăți în curs de modernizare. Deși începută mai târziu decât în multe țări din Europa și marcată de efectele politicii comuniste, de izolare externă și de creștere a

natalității, tranziția demografică și-a urmat drumul ei, conducând România pe calea îmbătrânirii demografice. Efectele acesteia se simt tot mai acut și vor fi probabil mult mai nocive decât în cazul statelor din Vestul Europei, pe fondul migrației externe masive a populației de vârstă activă. În acest context predicțiile pe termen mediu și lung sunt greu de făcut, evoluțiile viitoare depinzând în mare măsură de contextul politic și economic european, atât de cadrul politic comun al Uniunii Europene, cât și de contextele particulare din diversele state care sunt destinații predilecte pentru migrații români.

În toată această perioadă sistemul de sănătate a furnizat condițiile favorabile tranziției demografice, susținând în ciuda restricțiilor bugetare și a izolaționismului din perioada comunistă, niște tendințe pozitive în ceea ce privește atât starea de sănătate a populației, cât și niște evoluții similare cu cele înregistrate în alte societăți europene. Deși încă la coada clasamentului în UE în ceea ce privește o serie de indicatori demografici precum mortalitatea infantilă sau speranța de viață, România a parcurs drumul tranziției demografice de la o societate agrară la una puternic dezvoltată². Atât evaluarea parcursului, cât și

cea a efectelor politicilor sociale și a celor cu impact demografic trebuie să țină seamă de faptul că România a luat startul mai târziu decât alte țări și a traversat experimentul comunist.

Așa cum arată literatura, sistemul de sănătate este unul dintre factorii cu contribuție majoră la schimbările demografice. În momentul de față însă migrația, un fenomen demografic, este cea care afectează puternic sistemul de sănătate. Migrația externă a medicilor și a cadrelor sanitare lasă descoperit un sistem care furnizează servicii de sănătate unei populații din ce în ce mai vârstnice și care numără din ce în ce mai mulți vârstnici peste 80 de ani. Îmbătrânirea demografică pune presiune pe un sistem de sănătate din ce în ce mai firav în ceea ce privește personalul angajat. Studiile viitoare ar trebui să se focalizeze pe analiza impactului pe care migrația personalului din sistemul de sănătate îl poate avea asupra evoluției speranței de viață și indicatorilor mortalității. Prognozele demografice ar trebui probabil să ia în calcul, dincolo de factorii standard, și trendurile demografice care afectează funcționarea sistemului de sănătate.

Note

¹ Acest text are la bază materialul extins pregătit pentru volumul *Istoria socială a României*, ce va apărea la finalul anului 2018.

² Indicele Dezvoltării Umane calculate de Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare clasează începând cu anul 2017 România în rândul țărilor cu nivel înalt de dezvoltare.

Bibliografie

- Bara, A. C., Van den Heuvel, W. J. și Maarse, J. A. (2002) Reforms of health care system in Romania. *Croatian Medical Journal*, 43, 4, 446–452.
- Bleahu, A. (2006) Mecanisme ale excluziunii de la serviciile de sănătate, cu accent pe problematica romilor. *Calitatea Vieții*, 1–2.
- Bodogai, S. și Cutler, S. (2007) Aging in Romania: Research and Public Policy. *The Gerontologist*, 54, 2, 147–152.
- Boncea, I. (2015). *Migrația forței de muncă înalt calificată: cazul medicilor din România*, Teză de doctorat, Academia de Studii Economice, București.

- Botezat, D. și Copoeru, I. (2013) Ethics and health care policies in today's Romania. *Revista Română de Bioetică*, 11, 1.
- Bradatan, C. și Firebaugh, G. (2007) History, Population Policies, and Fertility Decline in Eastern Europe: A Case Study. *Journal of Family History*, 32, 2, 179–192.
- Chesnais, J.-C. (2000) The future of French fertility: back to the past, or a new implosion. Below Replacement Fertility. *Population Bulletin of the United Nations*, 40/41, 1999, United Nations, New York.
- Ghețau, V. (2004) Declinul demografic al României: ce perspective? *Sociologie Românească*, II, 2, 5–41.
- Ghețau, V. (1997) Evoluția fertilității în România. *Revista de Cercetări Sociale*, 1, 2.
- Inglehart, R. (2018) *Cultural Evolution. People's Motivations are Changing and Reshaping the World*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Institutul Național de Statistică (2012) *Evoluția natalității și fertilității în România*. Disponibil la [http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/Evoluția natalității și fertilității în România](http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/Evoluția%20natalității%20și%20fertilității%20în%20România_n.pdf). Accesat în 20.01.2018.
- Lesthaeghe, R. (2010) The unfolding story of the Second Demographic Transition. *Population and Development Review*, 36, 2, 211–251.
- Notestein, F. W. (1954) Population: The long view, în T. W. Schultz (ed.), *Food for the World*, Chicago: University of Chicago Press, 36–57.
- Simion, M. (2004) Profilul demografic al României. *Calitatea Vieții*, XV, 1–2, 45–58.
- Stanciu, M. (2014) Current socio-economic premises for the access to public healthcare services in Romania, în M. Stanciu, A.-D. Jawad și A. Mihăilescu, *Healthcare services in Romania*, Saarbrücken: Lambert Academic Publishing, 31–46.
- Surkyn, J. și Lesthaeghe, R. (2004) Value Orientations and the Second Demographic Transition (SDT) in Northern, Western and Southern Europe: An Update. *Demographic Research*, 3, 3, 45–86.
- Thompson Warren, S. (1929) Population. *The American Journal of Sociology*, 34, 6, 959–975.
- Tinică, G., Bostan, C., și Grosu, V. (2008) Dinamica cheltuielilor publice pentru sănătate și evoluția demografică în Italia și România. *Revista Română de Bioetică*, 6, 3.
- Trebici, V. (1978) Tranziția demografică în România. *Viitorul Social*, VII, 2, 335–344.
- Van de Kaa, D. (1987) Europe's second demographic transition. *Population Bulletin*, 42, 1, Population Reference Bureau, Washington.
- Vlădescu, C., Radulescu, S. și Cace, S. (2005) The Romanian healthcare system: between Bismark and Semashko. *Decentralization in healthcare: Analyses and experiences in Central and Eastern Europe in the 1990s*, 436–485.
- Vlădescu, C., Astărăstoae, V. și Scîntee, S. G. (2010) Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului. România. Finanțarea, organizarea și politica medicamentului. Soluții (II). *Revista Română de Bioetică*, 8, 3.