

THE SOCIAL DIMENSION OF THE ROMANIAN MEDICAL SYSTEM - A HISTORICAL REVIEW FROM THE END OF THE XIXTH CENTURY TILL PRESENT

**Andrea Neculau, Assist. Professor, PhD student, Liliana Rogozea, Prof., PhD,
"Transilvania" University of Braşov**

Abstract: Background: Any society is responsible in building its own Health Care System according to the values and norms of its members.

Accessibility to care, equity and justice, continuity of care are the social dimensions of a Health care system.

Having these values is the essence of a well functioning Health Care System and a Healthy Nation.

The historical review of the way the social role of the Romanian Health Care system has evolved from the very first organisation forms to these days can help us acknowledge the efforts of our predecessors and identify the needs for a change.

Methods: This research is based on the analysis of the literature between 1874 (the year of the first Sanitary Law in Romanian Provinces) to the actual date. Books, journals, official statistical documents and public health journals were reviewed.

Results: From the first sanitary laws in the Romanian Provinces (1874), the social character of care can be remarked. Medical attention for the disadvantaged has been freely delivered and access assured through the doctors and sanitary officers acting in the community. A very early acting primary care community was settled. The rapidly developing medical knowledge has been implemented in medical care and health of the population has improved.

This is maintained and developed during the Communist Period (1946-1989) when general access to free care was the core of the Communist Party Policy,

In the post-Revolution period, free access to the scientific progress has brought in our country the latest technologies. But technological progress, due to its increasing costs, has challenged the medical community. It has generated the impossibility of providing equal and continuous access to care and consequently more and more inequity is seen.

There is an intense pressure from the economic community towards the Health Care System which tends to diminish the social dimension of care.

Discussions: The discussion on how the Society should still influence the Health inequalities arising in the modern times is a debate that should comprise the entire community.

Keywords: Health Systems, social, history of medicine, equity, access to care

Introducere

Sistemele de sănătate au ca obiectiv preservarea vieţii, restabilirea funcţionalităţii, prevenirea şi ameliorarea suferinţei [1]. În funcţie de principiile după care sunt organizate ele răspund într-un mod divers la aceste obiective.

Să fie "dreptate socială" şi servicii asigurate pentru toţi sau "performanţă" şi accesul prin plata serviciilor? Să existe solidaritate socială sau economie de piaţă a serviciilor medicale? Cu siguranţă vor fi susţinători şi de o parte şi de alta.

Dar în ultimă instanţă, sistemele de sănătate sunt construcţia unei societăţi şi ca urmare ele ar trebui să fie în primul rând oglinda sistemului de valori al acesteia.

O societate care are ca valori de bază principiile eticii şi echităţii punând la bază Declaraţia Fundamentală a Drepturilor Omului [2] va alege un model diferit de una care are ca principii utilitarismul şi eficacitatea financiară [3].

Pentru primul grup, aspecte de bază precum accesul, echitatea, continuitatea serviciilor sunt caracteristici dorite pentru un sistem de sănătate

Pentru al doilea primează indicatorii de performanță și cifrele de morbiditate și mortalitate, cost-eficiența.

De-a lungul timpului nici un sistem nu s-a dovedit a fi perfect. Cele construite pe idei cu caracter puternic social, au pierdut cursa cu tehnologia și nu au putut asigura resursele necesare funcționării, iar cele construite pe baza ideilor de implementare a progresului științific, au pierdut legătura cu grupurile populaționale mari și nevoile acestora de îngrijire. Eșecul nu este însă doar al “planului inițial”, al modelului ales, ci a lipsei de adaptare la felul cum societatea a evoluat, și-a modelat nevoile și așteptările și a felului cum utilizează resursele din sistemul de sănătate.

În această ipoteză plasarea dimensiunii sociale ca fiind o valoare intrinsecă importantă a unui sistem de sănătate poate ajuta la restabilirea priorităților și efectuarea de alegeri simple și practice orientate pe nevoile individului și mai ales ale comunității. Urmărim acest aspect în felul cum a evoluat sistemul de sănătate românesc în ultimii 140 de ani. Întrebarea de cercetare vizează felul cum sistemul de sănătate românesc a răspuns nevoilor socio- umane pornind de la principiile de organizare ale acestuia.

Aspecte istorice ale dezvoltării sistemelor de sănătate la nivel mondial

Existența sistemelor de sănătate cu organizare statală, legiferată, datează doar din ultimii 200 de ani în Europa și în lume. Evoluția lor rapidă a fost influențată de dezvoltarea socială și de progresul științific. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, sistemul de sănătate cuprinde toate organizațiile, instituțiile și resursele al căror scop primar este îmbunătățirea sănătății și deservesc binele individului și al comunității (OMS).

Ele sunt construite pe mai multe dimensiuni care se întrepătrund: cea socială, medicală, economică, politică, etică, juridică, ideologică. [1]. Dimensiunea ideologică le cuprinde de fapt pe toate celelalte și dictează felul cum se dezvoltă un sistem de sănătate. Ideologi precum Bismarck, Semashko, Beveridge au conceput de-a lungul timpului modele de sisteme de sănătate diferite fundamental prin modul de finanțare și accesul la servicii.

Modelul Bismarck, denumit după cancelarul prusac care a gestionat unificarea Germaniei în secolul al XIX-lea, prevede existența unui sistem de asigurări, în general finanțat de către angajatori.

Modelul Beveridge, numit după reformatorul social care a proiectat sistemul de sănătate britanic, prevede finanțarea prin sistemul de taxe, gestionată de guvern. În acest sistem personalul medical este salariat. Accesul la serviciile medicale nu este grevat de criteriile financiare pacientul nefiind taxat direct.

Modelul Semashko este un sistem centralizat întâlnit în fostele țări comuniste. Este un model în care fondurile sunt colectate din taxe și impozite, administrate de către instituțiile statului.

Față de aceste modele inițiale au apărut forme hibrid de organizare. Modelul asigurărilor sociale de sănătate (o combinație dintre cele două de mai sus) utilizează furnizori de sănătate privați care primesc finanțare de la un sistem de asigurare centralizat.

Modelul care funcționează în România se datorează și evoluției istorice a acestuia. Analiza istorică a evoluției sistemului de sănătate din România aduce motive de reflecție

asupra alegerilor politice, sociale, a gradului de succes în îndeplinirea obiectivelor socio-umane de-a lungul a 150 de ani de existență și eventual să situeze dezbaterea actuală pe un punct de start corect.

Evoluția sistemului de sănătate din România la sfârșitul sec XVIII și în sec. al XIX-lea

La începutul secolului al XIX-lea în Principatele Române nu exista o formă de asistență medicală coordonată la nivel statal. Existau puțini medici și aceștia aduși din alte țări pentru a deservi în mod privat sănătatea domnitorilor și a boierilor.

Multiplele flageluri care bântuie în epocă, în special epidemiile de ciumă îi determină pe domnitori să solicite medicii privați să acorde și servicii publice. Extinderea acestor servicii către populația defavorizată s-a făcut prin finanțarea din așa zisa Cutie a Milelor, un fond înființat încă din 1793 de către Domnitorul Alexandru Ipsilanti cu scopul ajutorării săracilor, orfanilor, văduvelor, clerului sărac și familiilor numeroase. [4]

Alexandru Mavrocordat (1742-1812) este unul dintre primii domnitori în timpul căruia în Moldova doctorii de la curte au fost stimulați din fondurile din Cutia Milelor să presteze servicii publice: „, să fie aleși doftori, gerahi (chirurghi) cari să fie îndatorați a alerga cu sânguință la trebuințele nu numai ale boierilor, ci și la săraci și ticăloși”. [4]

Putem defini aceasta ca fiind prima orientare socială a medicinei. Caritatea dar și sentimentul de autoprotecție animă această mișcare. Ea se continuă cu înființarea de spitale și așezăminte cu caracter social de tipul orfelinatelor.

Spitalele s-au dezvoltat în jurul așezămintelor bisericești. Amintim înființarea în 1695 a Spitalului Colțea de către Spătarul Mihail Cantacuzino, a spitalului Sfântul Pantelimon în 1735 de către Grigore Ghica Vodă și a Spitalului Sfântul Spiridon din Iași în 1757. Spitalele erau însă privite cu neîncredere și suspiciune de către populație. Aici condițiile erau precare și mulți dintre cei aduși în stare gravă decedau. Populația săracă apela mai degrabă la remedii naturale, la babe și vraci decât la doctori. Spitalele funcționau mai mult ca izolatoare pentru împiedicarea diseminării maladiilor decât ca și unități curative. Aici se acordau însă și îngrijiri medicale în funcție de cunoștințele vremurilor.

Odată cu apariția Regulamentelor Organice în anul 1830, când Principatele române au intrat sub protectoratul rusesc apar forme statale de organizare sanitară. Scopul înființării Serviciului sanitar interior și a Comitetului carantinelor este stăvilirea valurilor epidemice care decimau populația țării (ciumă, holeră). Maniera centralizată de coordonare a acestor servicii a permis un control la nivelul frontierelor și a porturilor precum și implementarea de măsuri de igienă cu caracter de combatere a sursei îmbolnăvirilor (asigurarea de surse de apă potabilă, evacuare deșeuri menajere, asanarea mlaștinilor).

Pătrunderea serviciilor medicale către populația din mediul rural se făcea însă cu dificultate în special datorită lipsei personalului medical. Necesitatea sporirii numărului personalului medical a fost o necesitate. Acestea i s-a răspuns prin înființarea primelor forme de învățământ medical autohton prin școala de felceri a lui Nicolae Kretzulescu (1841). Eforturile ulterioare ale lui Carol Davila au transformat această școală întâi în Școală Națională de Medicină la 1857 și apoi în Facultatea de Medicină (1869). [4]

Școala lui Davila formează resurse medicale variate: medici, chirurghi, agenți sanitari. Acești din urmă aveau scopul de a asigura o pătrundere mai bună a asistenței medicale în zonele defavorizate. Dezvoltarea învățământului medical românesc s-a produs în cadrul

spitalelor în paralel cu medicina publică, medicii fiind considerați principalii promotori ai dimensiunii sociale a medicinei. De aceea, odată cu prima lege sanitară din 1874, când se înființează un serviciu sanitar în cadrul Ministerului de interne, resursele umane autohtone au putut fi utilizate în poziția de medici primari, de județe, subordonați prefectului, medici de oraș, subordonați primarului și medici de plasă, subordonați medicilor primari de județe. Acești medici, cu atribuții în principal epidemiologice, acționau în teritoriu implementând măsuri de prevenție și diseminând informația medicală de bază.

Deși aparent o formulă descentralizată și democratică de distribuire a resurselor, din rapoartele medicale ale medicilor, deducem profunda lor nemulțumire pentru felul cum erau nevoiți să-și practice profesia. Prost plătiți, cu mijloace terapeutice reduse, având un areal mare de acoperit, fiind primiți deseori cu ostilitate și neîncredere de către populație, aceștia își deplâng alegerea funcției de medic public în detrimentul practicii private. Un alt aspect disfuncțional este lipsa jurisdicției profesionale proprii, medicii fiind lăsați spre judecată pentru culpa medicală de către persoane fără cunoștințe medicale (primari și prefecți).

Evoluția sistemului de sănătate din România în secolul al XX-lea

Dezvoltarea ulterioară a legislației sanitare va urmări aceste aspecte: dezvoltarea profesiei medicale, dezvoltarea de spitale și accesul liber al populației la servicii medicale, dezvoltarea controlului igienei publice prin structuri de tip medical și polițienesc.

Este evident că efortul civilizator al legislației sanitare românești a fost unul purtat de grupurile de elită ale societății. Vorbim de personalități medicale cum ar fi dr. Carol Davila, dr. Iacob Felix, dr. Nicoale Manolescu, dr. Ioan Cantacuzino dar și de personalități politice cum ar fi I.C. Brătianu. Prin activitatea ferventă în cadrul asociațiilor profesionale, la congrese precum și prin acțiuni de lobby politic în Parlamentul României, aceste personalități au determinat amendarea frecventă a legislației sanitare și adaptarea la nevoile populației și ale comunității medicale.

Începutul secolului al XX-lea marchează în plan politic atât primul război mondial cât și Unirea Principatelor române de la 1918. Schimbările politice datorate reorganizării teritoriale au impus schimbări legislative care au vizat și legislația sanitară. După alipirea Transilvaniei aceasta preia cadrul legislativ din Vechiul Regat.

Legislația sanitară din România nu numai că a structurat pas cu pas un sistem de sănătate care la 1923 devine instituție autonomă sub numele de Ministerul sănătății și ocrotirilor sociale dar a dezvoltat și un sistem de igienă publică atât de necesar în controlul îmbolnăvirilor. Promovarea sănătății devine elementul central al politicilor sanitare. Promovarea sănătății era văzută ca o modalitate de „creștere a capacității de apărare a țării”. Legea sanitară din 1930 deschide o nouă oportunitate pentru largirea accesului la servicii de promovare a sănătății pentru populația rurală. “Plășile sanitare model” sunt subunități medicale administrative ale județului la nivelul cărora s-a dorit înființarea de spitale de plasă și a unui dispensar mixt. Medicii din unitățile respective erau medici igieniști cu rolul de a controla igiena comunităților și de a preveni îmbolnăvirile [4]. Acest proiect a funcționat doar temporar și în câteva regiuni pilot.

Perioada 1934-1938 se remarcă printr-o vie dezbateră politică în societatea românească privind problemele de sănătate ale populației și modul de reglementare a acestora. Principalele partide politice liberalii și țărăniștii își confruntă programele politice. Scopul

programele este în special creșterea accesului celor defavorizați la îngrijiri de sănătate preventive și curative. Liberalii, inițiază măsuri de motivare a medicilor pentru a practica în mediul urban în timp ce țărăniștii au ca preocupare dezvoltarea de structuri specifice de igienă și medicină preventivă în mediul rural. [5]

Ambele mișcări politice au în centrul politicii lor ocrotirea mamei și a copilului cu scopul ameliorării indicatorilor demografici (România ocupa un loc fruntaș la nivelul mortalității materno- infantile).[6]

Este de remarcat cum într-o țară dominată de o populație cu o cultură medicală extrem de redusă, dimensiunea socială este imprimată sistemului sanitar încă de la primii germeni prin efortul grupurilor de avangardă ale societății.

Marea problemă a legislației acelei perioade a fost însă aplicarea ei cu dificultate. Din punct de vedere al sistemului de sănătate barierele de implementare au fost fie din insuficiența finanțare, fie insuficiența resurselor umane și materiale.

Din punct de vedere al receptării schimbărilor putem susține că evoluția culturală lentă a populației a creat un decalaj și o întârziere în aplicare. Este cunoscută rezistența țăranilor în a-și vaccina copiii, adresarea târzie la medic și refuzul de a fi spitalizați [4]. În condițiile acestui model arhetipal, societatea nu era pregătită să primească formele moderne de organizare sanitară.

Perioada comunistă (1946-1989)

Data de 6 Martie 1946 la care se instalează guvernul dr. Petru Groza marchează intrarea în comunism a României [7]. A urmat o perioadă dificilă pentru societatea românească. Fiind secată de resurse după război, fiind jefuită de către ocupatorii sovietici, amenințată și terorizată de deportările masive precum și de asasinarea sau îndepărtarea principalilor oponenți ai sistemului, România se înscrie pe o traiectorie aparte în dezvoltarea sanitară.

Se preconizează instaurarea unei noi ordini sociale care restructurează societatea și toate sistemele ei. Ideologia marxist leninistă, bazată pe principiile egalitarismului „de le fiecare după capacități, fiecăruia după nevoi” aducea iluzia libertății și egalității în sânul clasei muncitoare. Ea era clădită însă pe o profundă nedreptate socială, îndreptată în special împotriva oponenților sistemului în principal intelectuali.

După abdicarea Regelui Mihai la data de 30 Decembrie 1947, în perioada 1948-1965 sistemul de sănătate a fost politizat intens. Personalități medicale precum precum Grigore T. Popa eminent anatomist și neuroendocrinolog, candidat la premiul Nobel, au fost îndepărtați pentru că nu se potriveau cu ideologia marxist leninistă. Suita de conferințe din care menționăm pe cea cu titlul "Morală creștină și timpurile actuale. Mai este posibilă astăzi credința în Iisus Hristos?", de la Ateneul Român din data de 15 Aprilie 1947 i-au atras marginalizarea.

Venirea la conducerea Partidului Comunist a lui Nicolae Ceaușescu, în 1966, a adus o aparentă relaxare a regimului prin despărțirea de dominația sovietică. Ideile megalomane ale lui Ceaușescu au transformat România într-un imens șantier. Construcția de spitale, policlinici, dispensare rurale, baze de tratament și recuperare era menită să asigure clasei muncitoare cele mai bune condiții de viață.

Sistemul însă a fost un mit. Nu a putut fi susținut financiar și falsitatea, minciuna au înlocuit și cosmetizat realitatea medicală românească. Datorită imposibilității de susținere a cheltuielilor, a izolării profesionale a lumii medicale de lumea științifică internațională, s-a produs degradarea progresivă atât a serviciilor cât și a structurilor. Corupția și-a făcut loc, pe principiul „supraviețuiește fiecare cum poate”. Legi aberante cum ar fi cea de interzicere a avorturilor introdusă în anul 1966 au avut consecințe nefaste la nivelul mortalității materno infantile [8].

Deși în mod tăcut unită împotriva ideologiei comuniste societatea s-a divizat în lupta pentru supraviețuirea de zi cu zi.

Eșecul sistemului sanitar românesc în această perioadă se bazează pe disjuncția severă între valorile sociale promovate la nivel ideologic și incluse în legislația sanitară cu titlu de lege și blocajul politic al unui regim extremist care nu a dorit decât să mențină puterea și privilegiile în mâinile unei clase politice corupte.

Perioada 1989- până în prezent

După Revoluția din 1989 societatea românească a început un proces de căutare a propriei identități. Restructurarea s-a produs la nivel de valori fundamentale. Monocromismul ideologic din perioada comunistă s-a transformat într-un amalgam imatur de idei cu care societatea s-a confruntat mai mult sau mai puțin zgomotos.

Dinamica socială s-a oglindit și felul cum s-a restructurat sistemul nostru de sănătate. Trecerea de la un sistem centralizat la unul bazat pe asigurări sociale de sănătate (Legea Asigurărilor Sociale de Sănătate - 1997) s-a făcut ca o reacție la realitatea din sistemul de sănătate românesc după perioada comunistă. Ruptura de sistem cerea și ruptura de ideologiile și structurile sale. Această schimbare s-a produs de altfel în toate țările fostului bloc comunist [9]. Speranța că un alt mod de colectare a fondurilor va aduce resursele necesare unei mai bune funcționări a determinat acest pas.

Ideile de la baza acestei legi au schimbat paradigma de la conducerea centralizată către descentralizare. Legea garantează dreptul la alegerea furnizorului medical, nediscriminarea și echitatea în distribuirea serviciilor. De necontestat caracterul de modernitate al acestei legi.

Crearea unui fond unic de asigurări de sănătate gestionat de către Casa Națională de Asigurări și de către casele județene era conceput să amelioreze și să adapteze la nevoile locale finanțarea serviciilor medicale. Existența unui Consiliu de administrație al caselor format și din aleși ai comunității urma să asigure transparența utilizării fondurilor.

Accesul la servicii a fost facilitat prin înființarea instituției medicului de familie. Deși existau medici generaliști și până atunci, momentul 1997 a fost cel de recunoaștere a medicinei de familie ca specialitate medicală. Acest aspect era un răspuns la politicile mondiale susținute de OMS [10]. Plasarea asistenței medicale primare în centrul sistemului de îngrijire, a fost considerată de către OMS ca soluție a trei probleme imperative ale societății: îmbunătățirea sănătății populației, păstrarea viabilității financiare a sistemului de sănătate și restabilirea orientării îngrijirilor către persoană : "persoana în centrul îngrijirii sănătății". Rolul social al medicinei de familie a crescut, MF fiind acum în centrul sistemelor de sănătate, în prim contact cu populația. MF rămâne singura și ultima categorie medicală cu un rol social adevărat, datorită relației de continuitate cu membrii societății

Caracterul social al legislației postdecembriste, îmbinat cu o colectare și utilizare transparentă a fondurilor pune România pe un punct de plecare corect. Ce a urmat însă ne-a îndepărtat pas cu pas posibilitatea implementării prevederilor acestei legi. Absorbția fondurilor de sănătate la bugetul unic, distribuirea nejudicioasă a lor, cheltuirea abuzivă pe servicii nejustificate, au spoliat sistemul de sănătate și l-au făcut să evolueze lent și inegal [11].

Criza profundă a sistemului sanitar are o dimensiune materială dar și una morală. Ea a creat o disjunctie între pacienți și sistem. Sentimentul de neîncredere și frustrare poate fi explicat de ambele părți. Personalul medical insuficient plătit, lucrând într-un sistem tot mai birocratizat, în structuri sanitare nemodernizate se orientează spre sistemul privat sau plecarea din țară. Pacienții accedează serviciile medicale greu și inconstant și beneficiind de drepturi pe care de fapt sistemul nu i le poate oferi.

Această criză se datorează și lipsei de asumare a ceea ce statul poate de fapt oferi. Lipsa unui contract semnat atât de casa de asigurări cât și de către pacient. În lipsa acestei unități a încrederii restul sunt numai legi și ordonanțe, contracte și norme care se schimbă după cum se schimbă și oamenii din minister.

Concluzii

Urmărind evoluția sistemului de sănătate românesc remarcăm generozitatea ideilor cu caracter social care au stat la baza organizării sanitare. Acestea s-au regăsit atât la nivelul primelor forme sporadice de organizare sanitară cât și în ideologiile politice ale partidelor care s-au succedat la putere. Accesul celor defavorizați la îngrijiri de sănătate, protejarea sănătății populației au fost elemente centrale ale programelor politice.

Fie că motivația a fost stimularea creșterii demografice văzută ca factor de progres social, fie protejarea purității rasei sau protejarea clasei muncitoare, fie mai noile idei globaliste de echitate și dreptate socială, sistemele de sănătate s-au structurat înspre beneficiul societății.

Succesul fragmentat al dimensiunii sociale a sistemelor de sănătate nu a fost ideologia ci modul de implementare a acesteia.

În perioada timpurie a organizării sanitare implementarea a fost făcută cu dificultate atât datorită nivelului cultural redus al populației care era insuficient pregătită să accepte progresul cunoașterii cât și al resurselor umane și materiale reduse din sistem.

Perioada comunistă a dus la sărăcirea sistemului și politizarea acestuia, prin urmare la coruperea lui și incapacitatea de realizare a scopurilor sale. Ea a produs o disjunctie majoră între sistemul sanitar românesc și cele ale țărilor dezvoltate. Subfinanțarea a dus la distrugerea structurilor iar ideologizarea a dus la vicierea mentalității colective.

Perioada de după Revoluția română a fost și este un permanent efort de recuperare a decalajului față de țările avansate atât la nivel de structuri, servicii, tehnologii cât și la nivel de percepție socială a sistemului de sănătate. Dacă este sau un eșec modul actual de organizare al sistemului de sănătate românesc și unde se află de fapt sursele acestei ineficiențe este o problema de dezbatere pe care societatea ar trebui să și-o asume.

BIBLIOGRAFIE:

*. Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. WHO. 2007. www.who.int/healthsystems

*. Declaration of Alma Ata, 1978. Universal Declaration on Human Rights 1948. <http://www.un.org/en/documents/udhr/>

Kluge, Eike-Henner: *Comparing Healthcare Systems: Outcomes, Ethical Principles, and Social Values*, http://www.medscape.com/viewarticle/564144_3

Banu, G: *Sănătatea Poporului Român*. Monitorul Oficial și Imprimeriile Statului, 1935

Duțescu, B; Ploiesteanu, I: *Aspecte ale politicii sanitare în România în perioada 1934-1938*.

Trecut și viitor în medicina sub redacția G. Brătescu. Editura Medicală, București 1981, pag 623-633

Răzmerița, E: *Primul „ centru de sănătate ” urban în țara noastră (1935-1949)*. *Trecut și viitor în medicina sub redacția G. Bratescu*. Editura Medicală, București 1981, pag 659-663

Bărbulescu, E. (coord.), Bărbulescu, C. Croitor, M. Onojescu, A. Popovici, A. Șuta, I. *Documente privind politica sanitară în România (1948– 1964)*, Editura Mega, Cluj-Napoca, 2009.

Bărbulescu, C. Bărbulescu, E. Croitor, M. Onojescu, A. *Documente privind politica sanitară în România (1965-1989)*, Editura Mega, Cluj-Napoca, 2010.

*. *Health and care in an enlarged Europe*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003

*. *Primary Health Care –Now more than ever*. WHO Report 2008. <http://www.who.int/whr/2008/en/>

Doboș, C. Dificultăți de acces la serviciile publice de sănătate în România. *Calitatea Vieții* , XVII, nr. 1–2, 2006, p. 7–24