https://doi.org/10.59295/stctce2025.II.18 CZU: 342.734:364.658:369.06

CONTRIBUȚII LA DESCRIEREA PROCESULUI DE EVOLUȚIE ISTORICĂ A IINSTITUȚIEI ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ ÎN SISTEMUL DE OCROTIRE A SĂNĂTĂȚII[17]

CONTRIBUTIONS TO THE DESCRIPTION OF THE HISTORICAL EVOLUTION OF THE INSTITUTION OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE IN THE HEALTH CARE SYSTEM

Ion GUCEAC,
Universitatea de Stat din Moldova,
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5144-788X,
e-mail: iguceac@gmail.com

Abstract. *In this article, the quality of health of the population in general and of the young generation in particular is qualified as an important „milestone of the quality" of life of society and the state, in which not only the current situation but also its future is projected. The main objective is to describe the process of evolution of the institution of compulsory health insurance in the Republic of Moldova. To achieve this objective, the following were analyzed: the Constitution of the Republic of Moldova and other normative acts, public policy documents, acts of the Ministry of Health and the National Health Insurance Company regarding the implementation of the national health insurance system, etc. Various scientific works were analyzed that reflect the image of the field researched at different historical stages. In carrying out the study, known methods were applied: historical analysis of the main stages of development of the compulsory health insurance system, identification of factors that influenced this path, as well as comparative evaluation of the experience of other states, members of the European Union. Consequently, it was found that the evolution of the institution of compulsory health insurance is a continuous process of development of the state's social policies and national legislation, which reflects its commitment to protecting people's health.*

Cuvinte cheie: *populație, ocrotirea sănătății, sănătate publică, asigurare obligatorie de asistență medicală.*

[17] Articolul este elaborat în contextul realizării Proiectului „Consolidarea mecanismelor socio-economice și juridice de asigurare a bunăstării și securității cetățenilor" (CONSEJ 01.05.02).

• Introducere

Un important „jalon al calității" vieții societății și a statului, care reflectă nu numai situația actuală, ci și prefigurează dezvoltarea acesteia în viitor, este calitatea sănătății populației în general și a tinerei generații în special. Din această perspectivă, sistemul de sănătate reprezintă un pilon esențial al funcționării societății moderne, accesul la servicii medicale fiind garantat prin promovarea dreptului la ocrotirea sănătății la rangul de drept fundamental. Concomitent, acest sistem joacă unul dintre rolurile cheie în crearea și dezvoltarea sectorului economic atât a țării în ansamblu, cât și a unităților administrative teritoriale din cadrul acesteia. Populația care beneficiază de asistență medicală promptă și calificată este principalul obiectiv al statului în calea obținerii unor rezultate înalte în ceea ce privește starea socio-economică a țării. Nu la întâmplare, **Strategia națională de dezvoltare „Moldova Europeană 2030" a inclus printre obiectivele generale: „**Îmbunătățirea stării de sănătate fizică și mintală a populației prin contribuția activă a unui sistem de sănătate modern și eficient, care răspunde nevoilor fiecărui individ". [1]

Grija pentru sănătatea populației nu este o preocupare recentă, aceasta constituind o direcție constantă urmărită de-a lungul timpului de guvernanți. În acest context, instituția asigurării obligatorii de asistență medicală a evoluat ca o formă ordonată de protecție socială, menită să garanteze finanțarea sustenabilă a serviciilor medicale și să atenueze inechitățile în accesul la tratament. Evoluția istorică a acestei instituții reflectă dinamica transformărilor prin care au trecut statele de azi, adaptându-se mereu la nevoile populației și la provocările din domeniul sănătății publice. De la formele incipiente de asistență medicală din secolele trecute până la sistemele contemporane de sănătate, această dezvoltare a fost marcată de etape importante și reforme profunde. În această ordine de idei, ne propunem să evidențiem unele aspect ale parcursului istoric al instituției asigurării obligatorii de asistență medicală, evidențiind, în măsura posibilităților, momente importante și factori determinanți ai acestei instituții în cadrul sistemului național de sănătate.

• Materiale și metode

Având ca obiectiv cercetarea evoluției instituției asigurării obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova, pentru atingerea acestuia, a fost efectuată o analiză a mai multor izvoare: Constituția Republicii Moldova și acte normative, inclusiv Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obli-

gatorie de asistență medicală, hotărâri ale Guvernului Republicii Moldova și reglementări ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM); **documente de politici publice**: strategii naționale în domeniul sănătății, acte ale Ministerului Sănătății și ale CNAM privind implementarea sistemului național de sănătate, etc. La fel, au fost supuse analizei diverse lucrări științifice, cum ar fi materiale de arhivă, publicații care reflectă starea de lucruri în domeniul cercetat din diferite etape istorice. Realizarea prezentului studiu a fost posibilă prin aplicarea unei metodologii eficace care a inclus analiza istorică a principalelor etape de dezvoltare a sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală în Republica Moldova, identificarea unor factori de natură politică, economică și socială care au influențat acest parcurs, precum și evaluarea comparativă a experienței altor state membre ale Uniunii Europene. Cercetarea a fost marcată și de metoda analizei instituționale, a cărei aplicare a scos în evidență modul în care a evoluat cadrul instituțional al asigurării obligatorii de asistență medicală.

• Rezultate și discuții

Una dintre principalele direcții ale sistemului de sănătate din Republica Moldova este asigurarea obligatorie de asistență medicală care reprezintă, în opinia noastră, cea mai importantă garanție juridică a implementării dreptului fundamental la ocrotirea sănătății (art. 36 din Constituție). [2]

Suntem convinși că identificarea unor soluții juridice de îmbunătățire a acestei direcții pot veni doar prin înțelegerea individualității și calificativelor acesteia. Un astfel de obiectiv este realizabil doar printr-o descriere holistică a parcursului formării asigurărilor de sănătate de la origini până la începutul secolului al XXI-lea. Pentru aceasta este necesar să fie cercetat specificul istoric, identificarea unor etape distinctive, analiza impactului politicilor publice în domeniul organizării și dezvoltării asigurărilor de sănătate, evaluarea calității cadrului normativ național și al altor state la diferite etape de dezvoltare. Rezultatele obținute în urma analizei și sintezei experienței țării noastre și a altor state în domeniul asigurărilor obligatorii de asistență medicală sunt în stare să impulsioneze modernizarea sistemului de sănătate, conturând, de asemenea, perspectivele dezvoltării acestuia. În plan mai general, transformările în acest domeniu ar trebui considerate ca fiind cel mai puternic factor care contribuie la conservarea și fortificarea sănătății generațiilor de azi și a celor viitoare.

În literatura de specialitate este promovată ipoteza potrivit căreia cele dintâi formațiuni cu caracter medical au fost constituite sub influența convingerilor

creștine (milostenia, ajutorarea apropiatului căzut în nevoie etc.). Călugării din Egipt (apr. 300 după Hr.), erau îndatorați să se ocupe de îngrijirea bolnavilor din comunitate. Conducătorii religioși erau îndemnați să organizeze cămine pentru bolnavi, în special pentru infirmi și cei săraci. [3, p. 16]

Studiind vestigiile aparținând civilizațiilor antice (Egipt, Mesopotamia, Babilon, India, China), găsim unele informații care demonstrează prezența unor norme care pot fi atribuite legislației medicale și care reglementau anumite activități de acordare a asistenței medicale. Cel mai vechi monument și izvor de drept formal este Codul lui Hammurabi, al șaselea rege al Babilonului, care a domnit între 1792 și 1750 î.Hr. Textul Codului conține unele paragrafe care reglementează activitățile vindecătorilor din perioada respectivă. Din conținutul acestui Cod aflăm că pentru serviciile medicale pacienții trebuiau să suporte anumite plăți. De exemplu, dacă o persoană lovea o altă persoană într-o luptă și îi provoca o rană, atunci aceasta era obligată să plătească pentru medic. Medicul care realiza o intervenție unei persoane „tăind cu un cuțit de bronz" și persoana respectivă se vindeca, urma să primească 10 sicli de argint... Pentru eliminarea unei cataracte nobilii trebuiau să plătească 10 sikeli de argint. Pentru aceiași intervenție sclavul plătea 2 sikeli, iar oamenii liberi – 5 sikeli. [4, p. 12-25]

Anumite reguli care reglementau relații de acordare a îngrijirilor medicale se găsesc și în India antică, în Legile lui Manu. Potrivit acestei culegeri, în cazul tratamentului cu succes, vindecătorul primea o recompensă, iar în caz de tratament nereușit, el era supus unei amenzi al cărei cuantum era determinat de statutul de castă al pacientului. [3, p. 25-34] La acordarea asistenței medicale s-a ținut cont de situația financiară a pacienților: pentru unul și același serviciu bogații plăteau mai mult decât săracii.

Activitatea medicilor era reglementată și în Sparta, prin Legea lui Lycurg. În Grecia antică și Imperiul Roman, în cadrul unor colegii profesionale, existau organizații de ajutor reciproc, care se preocupau de colectarea și plata fondurilor în cazul producerii unor accidente nefericite, traume, invaliditate, boală pe termen lung etc. Orașele erau obligate să angajeze și să întrețină așa-numiții „medici populari", ale căror atribuții includeau ocrotirea sănătății populației. Armata romană dispunea de un serviciu medical anume organizat, iar medicii de cohorte, legiuni și spitale militare nu numai că tratau răniții și bolnavii, ci și îndeplineau sarcini pentru a proteja sănătatea soldaților. [6, p. 142-143]

Într-o serie de state europene, inclusiv în Ţara Moldovei și în Muntenia, au fost identificate mai multe forme de organizare a asistenţei medicale, cele

mai importante fiind medicina populară, bisericească şi laică. [3, p. 18] Asistenţa medicală bisericească acordată populaţiei era considerată mai atașantă, mai ales datorită că se efectua în condiţii apropiate celor spitaliceşti, îngrijirea bolnavilor fiind susţinută, în mare parte, prin acţiunile de binefacere ale domnitorilor şi nobilimii moldoveneşti. Un promotor al asistenţei medicale a săracilor a fost și marele domnitor Ştefan cel Mare, care sprijinea „calicii şi neputincioşii» construind biserici şi mănăstiri pe lângă care funcționau așanumitele „bolniţe" care acordau asistenţă medicală populaţiei. [3, p. 29-21]

Istoricii relatează despre faptul că inițiatorul constituirii serviciului sanitar la români este domnitorul Alexandru Moruzi, care a hotărât angajarea a trei doctori în cadrul agiei (poliției). Fiind salarizați de către stat, aceștia erau datori să monitorizeze starea sanitară din București și să trateze gratuit bolnavii săraci. [7, p. 43]

Clauze în domeniul sanitar conținea și „Regulamentul Organic al Moldovei, care a instituit la Iași un „comitet al sănătății", în componența ministrului Trebilor din Lăuntru, hatmanului și protomedicului. [8, p. 280-281] Această structură trebuia să garanteze respectarea dispozițiilor „pentru sănătatea obștii".

După cum relatează unii autori, medicina publică în Moldova a început să se dezvolte pe la începutul secolului al XIX-lea, acest fapt fiind probat prin apariția primilor medici și farmaciști. [9, p. 94]

Până la sfârşitul secolului al XVIII-lea, asistenţa medicală de pe teritoriul Moldovei nu constituia o preocupare constantă a autorităţilor politice, fiind lăsată în întregime pe seama bisericii şi a iniţiativei particulare, în calitate de ajutoare caritabile. Această stare de fapt pare să corespundă adevărului, mai ales că sursele bibliografice menționează că în Basarabia anilor 1870, baza tehnico-materială a spitalelor era "extrem de slabă". Astfel, în Chişinău funcționa un spital orăşenesc, construit încă în perioada anilor 1816-1817, care dispunea de 104 paturi și care acorda tratament bolnavilor psihici, servicii chirurgicale, terapeutice şi dermatovenerologice, iar în cele 8 judeţe asistenţa medicală spitalicească lipsea, acestea dispunând doar de 5 secţii de primire (fiecare cu câte 4-5 paturi), care erau destinate „militarilor şi puşcăriaşilor". [10, p. 7]

În anii 1806-1812 politica financiară a Rusiei în principatele române avea drept scop fundamental aprovizionarea trupelor ruse cu „toate cele necesare". Potrivit unui ordin emis de feldmareșalul A. Prozorovschi, de la 1 ianuarie 1808, Divanele din ambele Principate erau obligate să plătească anual pentru finanțarea spitalelor militare câte 568.187.5 de ruble rusești de argint, ulterior aceste sume fiind mereu majorate. [11, p. 246-247]

Vistieria Moldovei nu era în stare să suporte aceste cheltuieli, situația populației devenind tot mai dezastruoasă, mai ales în condițiile secetei și foametei din 1810. [11, p. 250]

Pe lângă aceste plăți, Divanul era obligat să amenajeze spitale. De exemplu, la Iași, în Palatul domnesc a fost amenajat un spital pentru 1.300 de bolnavi, iar la Bender – un spital cu 400 de paturi duble. [11, p. 253]

Cu începere din anul 1810 veniturile Principatului Moldovei erau incluse în componența finanțelor Rusiei și erau repartizate în totalitatea lor potrivit indicațiilor administratorilor ruși, majoritatea fiind folosite pentru satisfacerea necesităților armatei ruse.

Îndată după anexarea teritoriului dintre Prut şi Nistru, în Basarabia s-a organizat Uprava Medicală (1813), care servea drept instituţie medico-sanitară cu dreptul de a dirija activitatea tuturor medicilor. Uprava era dotată de stat, se subordona guvernatorului Basarabiei, iar în aspect medico-organizatoric – Departamentului Medical al Ministerului de Interne din Sankt Petersburg. Spre finele anilor 40 ai sec. XIX, Uprava Medicală din Basarabia avea în componența sa circa 20 de medici orășenești sau de uezd. Dacă e să credem unor surse bibliografice, serviciul medical organizat în Basarabia la sfârșitul secolului al XIX-lea „a fost bine conceput”, iar așa numita medicină staționară „dădea posibilitate pacienților să apeleze după ajutor în anumite centre...”, care le acordau asistența necesară. [10, p. 77]

Totuși, potrivit unor cercetători, mijloacele financiare limitate disponibile pentru acest domeniu nu „permiteau autorităților publice locale să dezvolte... acest domeniu”, din care motiv, în adresa conducerii guberniale erau adresate demersuri prin care se solicita ca „veniturile încasate de la administrarea moșiilor mănăstirești din Basarabia, să fie repartizate uniform tuturor județelor”, deoarece doar așa se va „putea vedea eficiența utilizării acestor mijloace, destinate unui scop atât de nobil”. [12, p. 77] Medicii de zemstvo care activau în acea perioadă erau obligați să se prezinte „imediat la chemarea pacientului fără a încasa plată...” pentru serviciul acordat. [12, p. 78]

Între timp, dezvoltarea sferei de producere în Europa și creșterea costurilor serviciilor medicale au servit ca o condiție prealabilă pentru crearea unor fonduri, în care oamenii făceau plăți mici destinate, dacă era necesar, să achite îngrijirile medicale. Protecția populației în caz de boală sau handicap era realizată și de bresle meșteșugărești și biserică. Așa a apărut prototipul modelului actual de asigurare de sănătate.

Treptat, sistemul s-a dezvoltat, iar unele fonduri au început nu numai să achite pentru serviciile medicilor, ci și să încheie contracte cu ei, pentru ca

aceștia să ofere asistență membrilor fondurilor respective în mod regulat, creându-și propriile servicii de îngrijiri medicale sub formă de spitale și medici angajați. Administrarea fondurilor respective era înfăptuită în bază colectivă prin adunările fondurilor spitalicești și a organelor reprezentative elective.

Modelul de asigurare care a apărut bazat pe inițiativa societală, a fost aplicat în Germania în procesul de creare a sistemului de stat al asigurărilor sociale. Anume această țară oferă cea mai ilustrativă istorie a asigurării în sănătate, unde s-a constituit un sistem sui-generis de ocrotire a sănătății. Finanțarea acestui sistem era asigurată din trei surse: profitul întreprinderilor, bugetul de stat, contribuțiile obligatorii ale angajaților.

Prusia este considerată ca fiind prima care a introdus pentru prima dată în legislație instituția asigurării obligatorii de sănătate în 1845, chiar înainte de apariţia Germaniei ca stat. Legea impunea anumitor categorii de angajați (dar nu tuturor profesiilor și specialităților) să se asigure în caz de boală.

La inițiativa guvernului, cancelarului Reichului Otto von Bismarck, au fost adoptate trei legi privind asigurările sociale: 15 iunie 1883 – „Legea privind asigurările muncitorilor în caz de boală", 6 iulie 1884 – „Legea asigurărilor în caz de accidente", 22 iunie 1889 – „Lege privind asigurarea de invaliditate și bătrânețe". [13, p. 98]

Bismarck credea că principalii factori de risc pentru muncitori sunt bolile, accidentele și dizabilitățile, din care motiv legile adoptate sub guvernarea acestuia au creat un sistem de asigurare care a luat în considerare toate aceste cazuri. În calitate de cea mai importantă parte a sistemului de asigurări sociale a fost inclusă asigurarea obligatorie de sănătate, iar sistemul de sănătate care a luat naștere pe baza acestuia, a primit în istorie denumirea de „sistemul de sănătate Bismarck".

În 1911, în Germania, odată cu introducerea regulilor asigurărilor de stat în domeniul sănătății, au avut loc schimbări semnificative: asigurarea comunitară a fost desființată și limitat numărul minim de membri într-un singur fond de asigurări de sănătate, a fost extins contingentul persoanelor supuse asigurării obligatorii de sănătate. Nu întâmplător protecția socială a populației în Germania de azi este apreciată ca unul dintre cele mai eficiente sisteme sociale de stat din lume. Peste 90% dintre cetățenii țării sunt integrați în sistemul asigurării sociale și sunt asigurați. Astfel de rezultate pregnante sunt cu putință, mai întâi de toate, datorită dezvoltării consecvente a sistemului asigurării de stat în sănătate.

Primele date privind finanțarea permanentă de stat a asistenței medicale pentru populație în România s-au remarcat la mijlocul secolului al XVIII-lea.

Astfel, abia prin „Legiuirea pentru întinderea așezămintelor sanitare și îmbunătățirea serviciului sanitar” a fost prevăzută asigurarea fiecărui județ cu un medic, un chirurg și un felcer. Această măsură, însă, nu a fost suficientă pentru schimbarea situației astfel încât asistența medicală prin comunele rurale existând „numai de nume”. [14]

În anul 1874, în România a fost adoptată „Legea asupra serviciului sanitar” care prevedea acțiuni menite să protejeze populația în situațiile unor epidemii. [15, p. 303 și urm.] Potrivit Legii, așa numitele prefecturi și „comitete permanente” ale județelor asigurau „privegherea și controlarea serviciilor sanitare locale, a sănătății populațiunii districtului și a salubrității urbilor și a satelor”. [16, p. 1214] Legea asupra serviciului sanitar din 16 iunie 1874 stabilea că, în cazul persoanelor sărace, serviciul medical era oferit în mod gratuit, medicul de plasă fiind obligat ca cel puțin o data pe lună, să facă vizite în comunele date în competența sa. Legea mai prevedea că vaccinarea „este obligatorie și gratuită pentru toată populațiunea rurală”. Cheltuielile pentru vaccinarea locuitorilor din orașe erau suportate de casa comunală, iar în mediul rural - de casa județului. [16, p. 1215]

Spre sfârșitul secolului al XIX-lea, pentru România era caracteristic un ansamblu de obstacole în domeniul sanitar: acces limitat la surse de apă potabilă, nivel de viață precar, alimentație proastă, condiții de muncă deplorabile. Evenimentele, care se aveau loc în Occident, însoțite de impactul benefic al științei în perfecționarea legislației, a influențat guvernarea ca în 1874 să adopte prima lege consacrată cadrului sanitar. Drept rezultat, deja la sfârșitul secolului al XIX-lea, România dispunea de un sistem igienic și sanitar centralizat, dar și cu unele accente autonome la nivel județean, care stimula și învățământul medical.

Se opinează că prima lucrare științifică în care au fost „magistral sintetizate” preocupările privind asigurarea sănătății la români a fost elaborată de George Banu, apreciat ca făcând parte din cohorta celor mai „profunzi cercetători ai condițiilor de viață în mediul rural...”. [17] Autorul menționat identifică trei etape distincte din care reflectă interesul manifestat de către autoritățile române pentru protecția sanitară a locuitorilor din regat:

- prima etapă este determinată de începutul feudalismului românesc și durează până la sfârșitul secolului al XVI-lea, fiind numită și etapa „medicinei empirice”;
- etapa a doua durează până la jumătatea secolului al XIX-lea;
- a treia etapă are drept punct de pornire adoptarea primei legi din România privind organizarea serviciului sanitar.

O lege sanitară, numită și legea Cantacuzino a fost adoptată în anul 1910. Legea respectivă prevedea instituirea „Casei sănătății publice rurale”, al cărui scop ținea de realizarea activităților menite să asigurea salubritatea satelor. Legea stabilea întinderea circumscripțiilor sanitare rurale, care dispuneau de dispensar, salon de izolare, locuință pentru medic și moașă.

În iunie 1918, Ministerul Războiului al României a emis o Ordonanţă (circulară), care prevedea crearea Inspectoratului Sanitar din Basarabia, în calitate de „instituţie civilo-militară pentru combaterea bolilor contagioase în Basarabia” şi, implicit, pentru organizarea Serviciului Sanitar în Basarabia, care, printre altele, urma să asigure legătura dintre autorităţile sanitare locale și cele din Regat. [18, p. 9-11] Implementarea prevederilor acestei Ordonanțe întîlnea mari dificultăți cauzate de probleme de infrastructură dar și de „disensiunile lingvistice, insuficienţa şi ineficienţa de personal şi lipsa datelor detaliate (cartografiate) despre specificul pandemic... condiţii de austeriate financiară”. [19, p. 112] Ulterior, pentru Basarabia sunt adoptate: Legea cu privire la organizarea sanitară provizorie a Basarabiei (1918-1919), Legea privind trecerea serviciului sanitar al Basarabiei la Inspectoratul General Sanitar al României (1921) și Legea de numire a medicilor în Basarabia. Conținutul acestor legi sunt o mărturie a eforturilor Regatului României de **unificare administrativă şi sanitară** a Basarabiei după Unire, având o importanță incontestabilă pentru creșterea accesului populației la servicii medicale.

Prin Legea pentru Unificarea Administrativă din 1925 (art. 51), chestiunile privind sănătatea publică, întreţinerea şi supravegherea din punct de vedere administrativ a spitalelor comunale, dispensariilor, infermeriilor şi azilurilor de săraci, infirmi, copii găsiţi, orfani, etc., precum şi numirea personalului administrativ şi a celui sanitar necesar acestor instituţiuni şi altor servicii sanitare ale comunei afară de medicii de orice categorie era trecută în competența consiliilor locale. [20] Potrivit legii, în cadrul consiliilor județene pe lângă alte comisii se constiuia și „Comisiunea sanitară şi de asistenţă socială” în competența căreia intrau „toate chestiunile referitoare la sănătatea publică și asistenţa socială, combaterea epidemiilor şi în genere îmbunătăţirea şi întreţinerea instituţiunilor sanitare şi de asistenţă socială de orice fel”.

În anul 1927 în România este instituită Casa Sănătății. [21] Aceasta era calificată ca „un organ auxiliar”, printre atribuțiile căreia se număra și studierea condiţiilor sănătăţii publice şi „ocrotirilor sociale”, pentru a identifica factorii ce influențează „dezvoltarea şi valorificarea capitalului uman al țării...”. Casa Sănătăţii era finanțată din bugetul statului român, din care putea să ofere unităților administrative teritoriale (județe, comune) împrumuturi pentru efectuarea unor activități de asistenţă medicală și asistenţă socială.

Ulterior, în anul 1930 este adoptată Legea sanitară și de ocrotire, care stabilea că serviciile de ocrotire a sănătății să fie reglementate de norme unitare stabilite de Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, „oricare ar fi autoritatea de care depind ele din punct de vedere bugetar". [22] Legea a divizat administrația sanitară și de ocrotire a țării în șapte regiuni, conduse de către un serviciu local al Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale cu sediul în București, Iași, Chișinău, Cernăuți, Cluj, Timișoara și Craiova. Județele erau divizate în plase sanitare, iar în fiecare dintre acestea funcționa un spital de plasă întreținut din bugetul județului, un dispensar mixt condus de medicul comunal. Dispensarul e chemat „să dea consultațiuni și să asigure tratamentul ambulator oricăror categorii de bolnavi". În comuna reședință a plasei mai funcționa și un dispensar care consulta și asigura tratamentul ambulator a „oricăror categorii de bolnavi". Legea obligă comunele să asigure asistența medicală gratuită „tuturor bolnavilor lipsiți de mijloace, prin tratament spitalicesc sau prin vizita la domiciliu a medicului comunal". Lista persoanelor din localitate care aveau dreptul la tratament gratuit era stabilită de Autoritatea comunală împreună cu reprezentantul fiscului, odată pe an. Persoanele din această categorie obțineau un certificat, pe baza căruia, la caz de nevoie, li se acorda îngrijire din contul primăriei respective, în orice spitale ale statului, comunelor, județelor sau în cele ale instituțiunilor de utilitate publică. Legea prevedea că atunci când comuna nu era în stare să suporte aceste cheltuieli, ele erau asumate de județ. În cazul în care nici județul nu dispunea de mijloace, cheltuielile erau suportate de Fondul general sanitar și de ocrotire. Potrivit Legii (art. 528) în scopul satisfacerii necesităților serviciului sanitar și de ocrotire, în fiecare comună, oraș și județ se instituia un fond special local al Sănătății și ocrotirilor sociale. Fondul îngloba donații făcute în acest scop și includea cote din venitul net al diferitor instituții proprii ale comunelor, orașelor, județelor (cinematografe, exploatări de mine și păduri, uzine electrice, fabrici de cărămidă, tramvaie etc.).

În Basarabia aflată în componența Imperiului Rus, ca și în restul gubernniilor, asigurarea în sănătate a apărut aproape simultan cu dezvoltarea sa în România, ba chiar ceva mai târziu. Astfel, la 23 iunie 1912, Duma a III-a de Stat a inițiat formarea sistemului de asigurări a muncitorilor. Analiștii arată că Legea din 1912 este un act de reglementare complex (286 de articole), care constiuia două blocuri: primul - de fond (reglementa securitatea socială a muncitorilor în caz de accidente și boli), al doilea - instituțional, reprezentând latura organizațională a viitorului asigurărilor. [23, p. 12] În întreprinderile cu peste 200 de angajați au fost înființate fonduri de asigurări de sănătate, iar

întreprinderile mici puteau crea fonduri generale de asigurări de sănătate. Sarcina de bază a caselor de asigurări de sănătate era să plătească prestații în caz de boală, accidentare, naștere și deces. Tratamentul ambulatoriu și primul ajutor în caz de accidente și îmbolnăviri bruște membrilor fondurilor de asigurări de sănătate trebuiau, în conformitate cu legea, să fie oferite din contul antreprenorului, îngrijirea în spital și îngrijirea obstetricală – pe baza regulilor generale pentru întreaga populație. Totuși, acest sistem de asigurări a fost apreciat ca fiind imperfect, din care motiv a stârnit critici chiar și în ședințele Dumei de Stat. Acest sistem de asigurări era valabil numai pentru muncitorii angajați la întreprinderi relativ mari, care în Basarabia la acea vreme lipseau cu desăvârșire. În plus, legea nu se aplica în Siberia, Orientul Îndepărtat și Asia Centrală. Din totalul de 13 milioane de oameni, doar 2 milioane de muncitori (15%) cădeau sub incidența celor asigurați de accidente și boală. [24, p. 97]

În Moldova sovietică, nu era nevoie de asigurare în sănătate, deoarece în legislație era consacrată asistența medicală gratuită. Și aceasta deoarece Constituția RSSM din 1978 (art. 40) declara că dreptul cetățenilor la ocrotirea sănătății „este asigurat prin asistență medicală calificată gratuită...”. [25] Potrivit Legii cu privire la ocrotirea sănătății din 1971, acest drept era asigurat prin asistența medicală calificată gratuită acordată de instituțiile de stat de ocrotire a sănătății; extinderea rețelei de instituții de tratament și fortificarea sănătății cetățenilor; dezvoltarea și îmbunătățirea tehnicii securității și igienii muncii; efectuarea unor ample măsuri de profilaxie; măsuri de îmbunătățire a mediului inconjurător; prin grija deosebită pentru sănătatea tinerei generații, inclusiv interzicerea muncii copiilor, care nu are legătură cu instruirea și educarea lor prin muncă; prin desfășurarea cercetărilor științifice care vizează prevenirea și reducerea morbidității, pentru a asigura longevitatea vieții active a cetățenilor. [26] După cum se menționează în literatura de specialitate, acest sistem de sănătate era unul centralizat, numit sistem de tip Semașko, trăsătura de bază a căruia constând în „natura juridică a sursei de finanțare – impozitele și taxele generale, care formau bugetul de stat”. [27, p. 41]

Pe parcursul anilor, schimbările din sfera economică și politică au demonstrat incapacitatea statului de a oferi asistență medicală populației. În aceste condiții a apărut nevoia de a reforma sistemul de asigurări sociale și de a revigora instituția asigurării de sănătate. Reglementarea noului model a fost lansat în 1998 prin Legea Nr. 1585 din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală. [28]

Începând cu anul 1998, sistemul **asigurării obligatorie de asistenţă medicală** din Republica Moldova a acumulat anumite avantaje dar și multe

probleme și contradicții care necesită studii minuțioase și soluții pertinente. Populația nu este pe deplin mulțumită de calitatea și disponibilitatea îngrijirilor medicale. Asigurarea obligatorie de asistență medicală nu este „aplaudată", mai ales din cauza imperfecţiunii legislației în domeniu. În acest sens, este pertinentă constatarea făcută de profesorul Nicolae Sadovei, care semnalează că Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, pe parcursul de aplicare de circa douăzeci și șapte de ani, „a fost supusă unor modificări și completări prin intermediul a patruzeci și cinci de legi...". [27, p. 40] Ulterior, această lege a mai fost modificată de două ori. [29, 30]

Potrivit profesorului Nicolae Sadovei, „intervențiile multiple" în conținutul Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, a afectat majoritatea absolută a normelor din această lege. În opinia autorului citat, „intervențiile permanente" în conținutul normativ al legii respective au fost determinate de mai multe împrejurări, cum ar fi:

- lipsa experienței regulatorii a țării noastre în materia de asigurări de sănătate;
- fiind un act legislativ cu destinație socială directă, Legea privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală a produs efecte juridice chiar din momentul în care a fost pusă în aplicare, statul lipsit de experiență la acest capitol, a fost nevoit să se limiteze cu experiența acumulată din „mers", fiind nevoit să ajusteze cadrul legislativ la realitatea domeniului reglementat.

În ce privește conceptul modern de asigurare obligatorie de asistență medicală în Republica Moldova, acesta trebuie să țină cont de experiența pozitivă și evoluțiile care există atât în plan național cât și în modele occidentale de asigurări obligatorii de sănătate, care prezintă un interes incontestabil în cadrul îmbunătățirii modelului național al asigurării obligatorii de asistență medicală.

Implementarea cuprinzătoare a asigurării medicale obligatorii și facultative poate îmbunătăți calitativ nivelul serviciilor medicale în țara noastră. Cercetările științifice realizate în acest domeniu, vor contribui la extinderea fundamentului teoretic al asigurărilor de sănătate. Analiza multilaterală a numeroaselor publicații privind reforma asistenței medicale, inclusiv la diferite perioade istorice, ne permit să stabilim obiective suplimentare ale reformei în domeniul asigurărilor de sănătate într-un context politic specific.

• Concluzii

În urma unei radiografieri sumare a evoluției instituției asigurării obligatorii de asistență medicală în sistemul de sănătate, observăm un proces tranzitoriu complex, marcat de tendința de instituționalizare centralizată și apoi descentralizată și orientată spre solidaritatea socială și extinderea accesului populației la serviciile medicale. Dacă la etapa incipientă, accesul la serviciile medicale erau acordate prin acte de caritate, de către biserici, instituții sau persoane private, treptat, statul a preluat un rol activ în acest sens, mai ales după consacrarea în constituții a **dreptului la ocrotirea sănătății în calitate de drept fundamental**. În consecință, evoluția instituției asigurării obligatorii de asistență medicală este dovada unui proces continuu de **dezvoltare a politicilor sociale și a legislației statului,** care reflectă angajamentul acestuia față de protejarea sănătății oamenilor. Așa cum este normal, conținutul instituției asigurării obligatorii de asistență medicală diferă de la o țară la alta, comun pentru toate țările fiind menținerea unei **societăți cât mai sănătoase.**

• Referințe bibliografice:

1. Lege Nr. 315 din 17.11.2022 pentru aprobarea Strategiei naționale de dezvoltare „Moldova Europeană 2030". Monitorul Oficial Nr. 409-410 din 21.12.2022.
2. Constituția Republicii Moldova. Monitorul Oficial Nr. 466 art. 635, din 13.11.2024.
3. BACIU Gh. File din trecutul medicinei basarabene. Chișinău, 2015, 160 p. ISBN.
4. Законы Хаммурапи, царя Вавилона. În: Хрестоматия по истории государства и права зарубежных стран. Москва, Юридическая литература, 1984, 472 p.
5. Законы Ману. În: Хрестоматия по истории государства и права зарубежных стран. Москва, Юридическая литература, 1984, 472 p.
6. VATAMANU, N.; BRĂTESCU, G. O istorie a medicinei. Editura Albatros, București, 1975, 352 p.
7. BANU G, Sănătatea poporului român, București, Fundația pentru Literatură și Artă Regele „Carol II", 1935, 530 p.
8. Regulamentele Organice ale Valahiei și Moldovei, ed. de P. Negulescu și G. Alexianu, Vol. I, București, Întreprinderile Eminescu S.A., 1944, 368 p.
9. BILIBAN V. Activitatea medicului de zemstvă. În: Pergament. Anuarul Arhivelor Republicii Moldova. VII-VIII, 2004-2005. Chișinău, 2005.

10. NICHIFORCIUC V. Istoria dezvoltării serviciului medical în raionul Floreşti. Materialele Conferinţei a X-a a ortopezilor-traumatologi. În: Curierul medical Nr.2 (302) 2008. ISSN 0130-1535, p. 7.
11. AGACHI Alexei. Țara Moldovei și Țara Românească sub ocupația militară rusă (1806-1812). Ediția a II-a revăzută și completată. Pontos, Chișinău, 2008. ISBN 978-9975-72-087-8, 379 p.
12. CIOBANU C. Gh., GODOROZEA M., URSU M. Constantin Mimi. Viață consacrată Basarabiei. Chișinău, "Cartdidact" SRL, 2009, ISBN 978-9975-4001-8-3, 161 p.
13. КАЧАЕВА Т.М., Дей А.А. Исторические аспекты становления страховой медицины. În: Тихоокеанский медицинский журнал, 2015, № 1, ISSN 1609-1175.
14. CHIRIȚĂ L. Scurt istoric al asistentei medicale în România. Medicina Familiei. Nr. 13 (octombrie 1996). Disponibil: https://www.medfam.ro/mf/mf/mf13/intro13.html [Accesat: 11.03.2025].
15. MAMINA I. Monarhia constituțională în România. Enciclopedie politică. 1866-1938, București, Editura Enciclopedică, 2000, 423 p., ISBN 9734503154, 424 p.
16. ȘERBESCULU C. Codicii români precedați de Constituțiunea Regatului și urmați de legile, regulamentele și decretele cele mai usuale și de interesu generalu în vigore în România, volumulu II, Legile, regulamentele și decretele promulgate până la 1 iuliu 1890, Galați, Tipo-Litografia J. Schenk, 1895, 1187 p.
17. FUȘCAN Valentin-Ioan. Prima lege sanitară din România și măsurile de combatere a răspândirii epidemiilor – Legea asupra serviciului sanitar din 16 iunie 1874. Disponibil: https://biblioteca-digitala.ro/?realizator=25310-fuscan-valentin-ioan [Accesat: 16.03.2025].
18. SMADU, N. Privire asupra organizării şi stării sanitare din Basarabia, de la înfiinţarea Inspectoratului până azi, anii 1918-1920. Chişinău: Imprimeria statului, 1920.
19. GHETAN A. Reorganizarea sistemului medico-sanitar din Basarabia anilor 1918-1919. În: Studia Universitatis Moldaviae, 2018, nr. 4 (114) Seria "Științe umanistice" ISSN 1811-2668 ISSN online 2345-1009 p.107-113.
20. Lege nr. 95 din 13 iunie 1925 pentru Unificarea Administrativă. Monitorul Oficial nr. 128 din 14 iunie 1925.
21. Lege nr. 984 din 11 aprilie 1927 pentru organizarea Casei Sănătăţii. Monitorul Oficial nr. 81 din 12 aprilie 1927.

22. Legea sanitară și de ocrotire din 14 iulie 1930. Monitorul Oficial Nr. 154 din 14 iulie 1930.
23. НОМОКОНОВА З.П. Развитие медицинского страхования в истории Российского государства. În: Государственная власть и местное самоуправление. 2011, Nr. 7. ISSN 1813-1247.
24. КАЧАЕВА Т.М., Дей А.А.. Исторические аспекты становления страховой медицины. În: Тихоокеанский медицинский журнал, 2015, Nr. 1, p. 96 –100. ISSN 1609-1175
25. Constituția (Legea Fundamentală) a Republicii Sovietice Socialiste Moldovenești din 1978. În: GUCEAC I. Evoluția constituționalismului în Republica Moldova. Chișinău, 2000, 373 p. ISBN 9975-930-04-2.
26. Закон Молдавской ССР о здравоохранении. Ведомости Верховного Совета и Правительства Молдавской ССР 1971, № 7.
27. SADOVEI N. Prestatorii de srvicii de sănătate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală: scurt istoric al parcursului regulatoriu. În: Studia Universitatis Moldaviae. Seria Științe sociale, Nr. 8(158), 2022. ISSN 1814-319.
28. Lege Nr. 1585 din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală. Monitorul Oficial Nr. 38/39 din 30.04.1998.
29. Lege Nr. 336 din 09.11.2023 pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind organizarea sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală). Monitorul Oficial Nr. 452-454 art. 780 din 28.11.2023;
30. Lege Nr. 98 din 25.04.2024 pentru modificarea unor acte normative (încadrarea în sistemul asigurării obligatorii de asistență medical a beneficiarilor de protecție temporară angajați). Monitorul Oficial Nr. 209-212 art. 299 din 16.05.2024.